

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RAMON MORAES PENHA

A Espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean
Watson: Análise de Conceito

**SÃO PAULO
2012**

RAMON MORAES PENHA

A Espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean
Watson: Análise de Conceito

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

Orientadora: Profa. Dra. Miako Kimura

**SÃO PAULO
2012**

ii

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Penha, Ramon Moraes.

A Espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: Análise de Conceito. /Ramon Moraes Penha. – São Paulo, 2012.

224 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Miako Kimura.

1. Teoria de Enfermagem 2. Comunicação 3. Cuidados de Enfermagem (Aspectos Espirituais) 4. Religião (Psicologia)

I. Título.

Nome: *Ramon Moraes Penha*

Título: *A Espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: Análise de Conceito*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____ .

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alexander Moreira-Almeida Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa Dra. Ana Catarina Araújo Elias Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa Dra. Diná de Almeida L.M. da Cruz Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Mauro Antonio P.D. da Silva Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Quero dedicar este trabalho a Enfermagem. Ao revisar com um pouco mais de acurácia as linhas que compõe este escopo, observei que este campo profissional tem me proporcionado coletar uma incomensurável gama de experiências nesta existência. De certo modo, tais eventos têm corroborado muito para minha construção como Ser Humano e também Ser Espiritual. O Campo do Cuidar tem se apresentado fértil para que novas possibilidades floresçam. É chegada a hora de ciclar em novos elos da espiral. Vamos falar de Espiritualidade, Vamos falar da Vida, Vamos Sentir o Cuidar!

AGRADECIMENTOS

Para mim, momentos de agradecimentos têm sido cotidianos. Cotidiano indica que cada momento deveria ser único, ímpar, exclusivo e não rotineiro. Isto implica no fato de que, em um nível intenso, o contato com os outros deveria ser um Momento de Cuidado, do mais profundo agradecimento. Assim, quero deixar registrado aqui alguns agradecimentos partindo deste nível de interação.

À inteligência Edna que topou ser veículo biológico para minha atual existência. Obrigado mãe pelo que pôde fazer por mim e pela minha educação. Amo você, incondicionalmente.

***In Memoriam:** ao meu pai, Francisco. Continue bem. Estamos com saudades.*

Às minhas irmãs Flávia e Rafaela pela parceria nestes anos de jornada. Agradeço pelas preocupações, discussões, conselhos e olhares. Vocês são, e sempre serão muito importantes para mim;

A minha querida sobrinha Bianquinha pelos sorrisos e desventuras da infância, pois me são grandes estímulos para ir além da minha capacidade de sentir e abarcar outros modos de perceber a vida em um campo mais sutil. Beijo Grande.

Aos tios Victor, Célia, Luiz e ao 'cabeça' Luiz Junior, pela parceria, apoio, suporte e amorosidade. Estamos juntos para o que der e vier. Obrigado.

Ao Prof. Dr. Alexander Moreira-Almeida. Muito além das contribuições para a edificação deste estudo, tem sido um semeador de sonhos e oportunidades. Obrigado Alexander pelo incentivo, confiança e parceria nesta tarefa. Como você mesmo diz: "Tarefa dada é tarefa cumprida".

Ao Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva. Primeiro por ser a manifestação daquilo que pesquisa, ensina e problematiza: Ética. Segundo pela simplicidade cotidiana que nos cativa e, finalmente, pela confiança em mim depositada. Sou grato à vida por ter oportunizado nosso encontro. São aprendizados constantes ao teu lado. Muito obrigado.

À Profa. Dra. Ana Catarina que acompanha este trabalho há algum tempo. Além de pleno domínio e, de certo modo, convivência direta com as questões da espiritualidade, manifesta em seu olhar e sorriso cativantes a amorosidade.

À Profa. Dra. Diná de Almeida pelas grandes contribuições para com a Enfermagem e pelo modo zeloso com que tem conduzido nossa Escola de Enfermagem.

***I Memoriam:** George Bessa, agradeço a você que reforçou para mim a ideia de que a temporalidade é relativa. Você foi, tem sido e será sempre um grande amigo, daqueles que ficam guardados do lado esquerdo do peito. Obrigado pelos estímulos, pelo palavrear sempre rápido e intenso. Agradeço pela confiança e, acima de tudo, a PARCERIA nos sonhos. Esteja bem e saiba que invisibilidade não quer dizer ausência.*

Quero também agradecer ao Dr. Marcelo José dos Santos, ou simplesmente "Celo" (à moda do George). Marcelito, obrigado pela amizade, pelos momentos partilhados e pelas discussões acerca da vida e da própria Enfermagem. Obrigado pela companhia nos momentos de mar revolto.

Aos companheiros, sem exceção, da 'Gestão Unir, Participar e Avançar'. Obrigado pela disponibilidade em dividir sonhos para uma Enfermagem melhor. Que possamos juntos aprender a materializar sonhos. Há muito trabalho pela frente!!!

Aos Amigos Fabiola de Campos, Penélope, Maria Otilia, Angela Palmeira, Jaqueline Rabelo, Eli, Josiane Peralta, Eder Dan, Esther Laura, Marlayne Wolf, Wilson Brum e tantos outros que estiveram mais proximamente a mim e sustentaram minhas ausências. Obrigado pelo apoio incondicional.

A amiga Márcia Alvarenga, Vânia e ao Thiago pela amizade incondicional. Mesmo distantes permanecemos juntos.

Aos amigos Gustavo e Dani pela companhia fraterna e pelos ideais que nos une;

À Marlete e ao Lucas, amigos sempre presentes e que tem confiado incondicionalmente em nossa capacidade de ser mais pleno e mais conscientes;

À Equipe de Amor a Luz pela disponibilidade consciente em compreender as movimentações humanas com amorosidade;

Às Essencialidades quem compõe o 'Projeto Tempo de Ser', obrigado pelos estímulos. Agradeço ainda aos amigos da Equipe de Pesquisa do Projeto Tempo de Ser (Daniel, Marcinha, Luciana e Danilo) pela dedicação e companheirismo. Acima de tudo, obrigado por compreender a necessidade de ausência nestes últimos momentos.

Aos colegas do Grupo de Comunicação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Obrigado por compartilharem suas ideias, projetos e sonhos;

Às parceiras Luciane Lúcio, Eliana Mara, Melina Mafra, Patrícia Salles, Rosely Kalil, Rosiani Castro, Léia Salles, Rosemeire e todos aqueles que diretamente contribuíram com este estudo. Sem vocês as possibilidades seriam mínimas. Obrigado.

A Monica Trovo, amiga-irmã. Obrigado pelo apoio incondicional a este trabalho e pelas preciosas contribuições. Sinto-me lisonjeado em partilhar momentos de vida ao teu lado. Sonhos, sempre!!!

LLuciana Della Barba e a Gina, obrigado pela amizade e imensas contribuições para com este trabalho. Obrigado pela força em um momento de grande fragilidade.

Profa Dra Katia Grillo Padilha. Quero manifestar aqui a importância que teve em minha construção acadêmica. Quando desacreditei, titubeei, eis que em uma fraterna conversa senti a seriedade ética do retorno aos sonhos. Obrigado.

Aos Professores do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica pelo acolhimento e convívio quase diário. Obrigado por todo apoio para condução deste trabalho.

Aos colegas da Pós Graduação pelo empenho em continuar na lida da representação discente. Desejo, do fundo do coração, que as sementes plantadas gerem bons frutos.

Ao time da secretaria da Pós-Graduação pela dedicação a este programa de Pós-Graduação e pela seriedade na condução das orientações aos Pós-Graduandos. Realmente, sem vocês, nós seríamos barcos a deriva. Obrigado

Aos times do Laboratório, da Portaria, Biblioteca, Informática e da Cozinha, Obrigado pelo apoio, pelo sorriso e pelas longas horas de conversas e desabafos;

À CAPES, pelo financiamento deste estudo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Entendo como *Agradecimento Especial* o registro, pela linguagem, dos estímulos que geraram impressões fortemente arquivadas em meu campo do sentir. Em meio a tantas movimentações, quero manifestar aqui um pouco daquilo que posso traduzir.

Professora Miako Kimura tem acompanhado meu desempenho acadêmico desde 2006, quando ingressei neste Programa de Pós Graduação. De lá para cá, muitos foram os encontros e desencontros que tivemos e, só agora, próximo do final de mais uma etapa compreendi as entrelinhas que sempre nos mantiveram próximos. Por horas discutimos um tema que merece ser discutido e por vezes marejamos os olhos quando projetamos sonhos e possibilidades de ancorar questões de Espiritualidade no cuidado de Enfermagem.

Agradeço professora pela seriedade e dedicação com que direcionou este estudo dentro das tantas atividades que já tinha planejado. Obrigado pela compreensão de minhas limitações em um momento tão frágil e pela sabedoria com que direcionou meus silêncios. Com você aprendi a nobreza acadêmica e a diferença entre fazer pesquisa e fazer ciência. Sem dúvida aprendi com o caminho na medida em que nele caminhei ao teu lado.

Parceria sempre!

Trabalhar com conceitos é adentrar em um campo desconhecido. Desconhecido pelo fato de que penetramos na invisibilidade das palavras, muito embora sejamos norteados pelo desejo de chegar a elas na tentativa de descrever aquilo que, enquanto humanos, percebemos do mundo e das coisas do mundo.

De certo modo, investigar conceitos é tornar visível aquilo que está invisível à razão, mas que paira o tempo todo e todo o tempo ao redor de nosso campo de experiências. O caminho dos conceitos pode até parecer uma trilha solitária, mas em verdade é um caminho de silêncios. E os Silêncios são necessários para que o SENTIR seja mais profundo e mais marcante. Só pelo silêncio é possível acessar dimensões sutis.

Talvez, ao trilhar este caminho silencioso poder-se-á ouvir alguns sussurros que parecerão nos amedrontar, mas então, lá ao fundo, alguma canção nos estimulará os sentidos novamente.

Penha RM. A espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: Análise de conceito. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos: analisar o conceito de Espiritualidade a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal proposta por Jean Watson e Discutir as relações entre Experiências da Consciência (Espirituais), nos campos de interação denominados pela teórica de ‘Momento Presente’, ‘Campo Fenomenológico’ e ‘Ocasão Real de Cuidado. Método: foi utilizado a Análise de Clarificação de Conceito, proposto por Wilson. As seguintes etapas foram seguidas: 1. Isolar as questões de conceito; 2. Encontrar as respostas certas; 3. Casos Modelo; 4. Casos Contrários; 5. Casos Relacionados; 6. Casos de Difícil Diagnóstico; 7. Casos Inventados; 8. O Contexto Social; 9. Anseios Basilares; 10. Resultados Práticos e 11. Resultados na Linguagem. As questões norteadoras para análise foram: a) Qual a natureza da Espiritualidade no Cuidado Transpessoal? e b) Espiritualidade se difere de Materialidade nas relações de cuidado, uma vez que a primeira exigiria diferentes níveis de interação para que uma dimensão mais sutil pudesse ser acessada?. Resultados: na Teoria do Cuidado Humano a Espiritualidade é concebida como o *Mundo do Espírito*, experienciado através de um campo fenomenológico de interação entre dois Seres caracterizado pela ocorrência de Experiências da Consciência (ou espirituais). Na Teoria do Cuidado Humano os antecedentes para Espiritualidade foram: **Alma/Espírito**, caracterizado por: Imortalidade, Imaterialidade, Essência, Auto Conhecimento, Consciência e Energia Criativa; **Individualidade**, configurada por Alma/Espírito e Transcendência física, mental e emocional e, por fim, **Experiências da Consciência**, indicada por: Intuição, Experiência Espiritual/Sobrenatural/Metafísica/Mística. Os atributos encontrados para acessar à dimensão espiritual foram os dez Clinical Caritas Process. Também verificou-se que o Processo Interacional Paciente-Profissional é direcionado a partir da triade: Mente-Corpo-Espírito onde os resultados esperados estão relacionados à ocorrência de **Ocasão Real de Cuidado**, percebida pela Conexão a partir das Histórias de Vida, Dilatação da Percepção do Campo Fenomênico, Rupturas na relação espaço-tempo, culminando na Transpessoalidade e **Processo de Cuidado Humano**, evidenciado pelo Contato Profundo com o Outro e Consigo, Uso de Linguagem Pertinente para Descrever a Experiência Vivida e, por fim, Sistematização do Plano de Cuidados a Partir dos Dados Obtidos da Experiência.

Palavras-Chave: Experiências Espirituais, Espiritualidade, Teoria do Cuidado Humano, Cuidado Transpessoal.

Penha RM. The spirituality in Watson's Transpersonal Theory: Concept Analysis. [thesis]. São Paulo, Brazil: Nursing School, University of São Paulo; 2012.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the concept of spirituality from Human Caring Theory by Jean Watson and Discuss the relationship between Experiences of Consciousness (Spiritual), in the interaction field called by theorist of 'Present Moment', 'Phenomenological Field' and 'Actual Caring Occasion'. Method: Wilson's concept clarification was used. The following steps were followed: 1. Isolate questions of concept 2. Find the right answers; 3. Model Case 4. Contrary Cases 5. Related Cases 6. Borderline 7. Invented Cases 8. Social Context 9. Underlying anxiety 10. Practical Results and 11. Results in language. The guiding questions for analysis were: a) What is the nature of Spirituality in Caring? b) Spirituality differs from materiality in relations of care, since the first would require different levels of interaction for a more subtle dimension could be accessed'. Methodological steps performed this study concluded that: the Theory of Human Caring Spirituality is conceived as the World of Spirit, experienced through a phenomenological field of interaction between two beings characterized by the occurrence of experiences of consciousness (or spirit). In Human Care Theory were the background for Spirituality: Soul/Spirit, characterized by: Immortality, Immateriality, Essence, Self Knowledge, Consciousness, and Creative Energy, Individuality, set by Soul /Spirit and Transcendence physical, mental and emotional, and finally, Experiences of Consciousness, indicated by: Intuition, Experience Spiritual/ Supernatural / Metaphysical / Mystical. The attributes found to access the spiritual dimension were the ten Clinical Caritas Process. It was observed that the Patient Process-Interactional Professional is directed from the triad: Mind-Body-Spirit where the outcomes are related to the occurrence of Care Real Deal, the perceived connection from Life Stories, dilatation of Perception Field phenomenal, breaks in the space-time, culminating in transpersonal Process and Human Care, evidenced by the Deep Contact with the Other and I can, Use of Language Relevant to describe the experience and, finally, Systematization Plan of Care Data Obtained from Experience

Keywords: Spiritual Experiences, Spirituality, Theory of Human Caring, Transpersonal Caring.

SUMÁRIO

1. Introdução	15
2. O Contexto	28
2.1 O Foco: A Espiritualidade no Cuidado de Enfermagem.....	36
3. Referencial Teórico	51
3.1 Identificando um Referencial Teórico.....	52
3.1.1 O Cuidado Transpessoal de Jean Watson.....	64
3.1.1.1 Um Pouco sobre a Teorista.....	64
3.1.1.2 Sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal: Marco Filosófico Conceitual.....	66
4. Objetivos	94
5. Considerações Metodológicas	95
5.1 A Análise de Conceito: Aspectos Históricos.....	99
5.2 O Método de Análise de Conceito de Wilson: Descrição e Operacionalização do Estudo.....	103
5.2.1 Clarificando o método de Análise de Conceito.....	105
6. Resultados e Discussão	118
6.1 Isolando Questões de Conceito.....	119
6.2 Encontrando as Respostas Certas.....	121
6.3 Casos Modelo.....	132
6.4 Casos Contrários.....	139
6.5 Casos Relacionados.....	142
6.6 Casos de Difícil Resolução.....	146
6.7 Caso Inventado (Fictício).....	149
6.8 Contexto Social.....	159
6.9 Anseios Basilares.....	163
6.10 Resultados Práticos.....	168
6.11 Resultados na Linguagem.....	169

7. Conclusão.....	182
8. Referencias.....	186
Anexos.....	201

1. Introdução

Espiritualidade é a consciência da existência de algo maior do que nós, de um Ser que criou este universo, criou a vida e a consciência de que somos uma autêntica, importante e significativa parte Dele e que podemos contribuir para a própria evolução.
Elizabeth Kubler-Ross

1.1 A Caminhada

*Postulei uma substância. Trata-se de uma substância elaborada, criada. Menor do que metais e minerais; em uma escala espiritual é inferior a sais e os grãos de terra; ocorre embaixo dos cristais da terra, na profundidade mais viscosa dos planetas, mas nunca em sua superfície, onde os homens podem discerni-la. Ela está em contato com o absoluto, na base. O nome dessa substância é 'solo sagrado'.
Annie Dillard*

Várias foram as questões que durante minha vida pessoal, profissional e acadêmica, geraram (e geram) determinado incomodo investigativo no que diz respeito à atenção em saúde e, de modo muito especial, o Cuidado em Enfermagem. Hoje me é bem menos turva a idéia de que essas questões têm estreita relação com aspectos tanto das relações interpessoais quanto da comunicação, ou seja, trilham por caminhos da dúvida perene e que imaginariamente refletem imagens sempre duais. Um contato, momentos felizes, nem tão felizes, bons, desafiadores, espaços criativos e criadores, temporais e atemporais. De modo evidente, estes fatores pressupõem contato humano, pois é disto que trata o trabalho em saúde.

Correndo todos os riscos, mas na certeza de que uma tese de doutoramento é pautada pela potencialidade de produção do inédito, do criativo e que subsidia, também, referencial teórico/filosófico para execução de uma prática, não necessariamente nova, mas que rompe com o igual, o contínuo e que transita por espaços mais porosos, fazendo mutações sutis ou mais densas, na medida em que a capacidade de ser revisto por diferentes olhares, gestos e toques perpassam pelo silêncio criativo.

Sempre pensei que minha busca estivesse destinada à exploração exclusiva de questões relacionadas à Espiritualidade no cuidado em saúde. Hoje, um pouco mais lúcido, me inclino a pensar que essa busca trata de investigar 'Momentos de Cuidado', uma vez que há fortes indícios teóricos de que nestes espaços habita algo de espiritual ou imaterial. Nesta perspectiva, alguns eventos, de modo muito particular, me mobilizaram a escapar do sonoro e escavar silêncios, sentir melhor o que vibra, especialmente após um reencontro recente com um trecho de uma anotação por mim redigida em meu diário de campo no primeiro dia de trabalho em uma Unidade de Cuidados Intensivos para adultos, datado em 17 de Julho de 2003, logo após a visita familiar.

Registrei alguns aspectos da dinâmica dos familiares de 12 pacientes graves que ocupavam os leitos naquela tarde fria de inverno sul-matogrosense. Um de modo especial me chamou a atenção:

Os familiares se sentiram impotentes e carentes de informação. O medo do toque, de falar, da dúvida se o paciente está ou não ouvindo... Percebi em seus olhares o medo, insegurança e ansiedades frente à sensação de 'nada posso fazer'. Tentei confortá-los, passar-lhes segurança e demonstrar o quanto importante é o seu apoio através da presença. A cena que me tocou de modo profundo hoje foi quando um pai ficou do lado da filha (13 anos internada por trauma crânio-encefálico e está em pós-operatório imediato de craniotomia descompressiva), olhando fixamente para os olhos edemaciados da menina e tentou, por duas vezes aproximar a mão para afagar-lhe os cabelos, mas o medo de tocar nas ataduras que fixavam o curativo da ferida operatória o fez recuar. Parecia que existia algo entre os dois, um espaço diferente, visivelmente vazio, mas que vibrava e que seu eu pudesse teria ficado ao lado, colocado minhas mãos entre o corpo da menina e a mão do pai para sentir o calor... .

Embora experiências como esta, carregadas de algo espiritual ou imaterial, se apresentassem naturalmente para mim, minha formação acadêmica não contemplou aspectos relacionados a questões de espiritualidade no cuidado.

Muito superficialmente contávamos com algumas poucas páginas que sugeriam diretrizes no atendimento humanizado, mas mesmo assim, foram à época insuficientes para subsidiar qualquer fundamentação para a construção de um plano de cuidados que abordasse tais questões.

Neste aspecto, pude observar que o cuidado humanizado ou a humanização da assistência estava muito mais próxima aos valores constituídos no decorrer da vida do que no desenvolvimento acadêmico. Da mesma forma, o interesse pela espiritualidade e o acesso à dimensão espiritual dos pacientes constituiu-se inicialmente a partir da orientação religiosa e, *a posteriori*, pela inquietude científica.

Ainda enquanto enfermeiro assistencial, pude discutir acerca das questões de espiritualidade em pelo menos quatro estados federativos diferentes, a saber - Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Santa Catarina e São Paulo - onde tive o privilégio de atuar em Unidades de Terapia Intensiva destinadas a adultos. Um adendo importante a se fazer é o fato de que o *setting* das Unidades de Terapia Intensiva proporciona campo observacional privilegiado uma vez que, além das restrições do espaço físico e de pessoal, a assistência intensiva (relações humanas) exige proximidade, atenção e dedicação quase exclusiva. Tais características potencializam os processos observacionais do comportamento humano.

Independente da cultura, pude observar que meus colegas e equipe demonstravam inquietações e angústias ao discutir questões relacionadas às experiências sensitivas ocorrentes durante o direcionamento de procedimentos assistenciais. Não raras vezes presenciávamos situações *a priori* inexplicáveis

cujo modo mais acessível para descrevê-las era por meio de linguagens religiosas específicas, distanciando assim o uso destas experiências para a construção de planos assistenciais.

Hoje não tenho dúvidas de que muitos profissionais já experienciaram situações “misteriosas” decorrentes dos processos de cuidar, mas por questões das mais diversas ordens, dentre elas o medo de ser considerado insano ou ainda pela inabilidade em lidar com estas questões, pouco foi – e tem sido – compartilhado acerca destas experiências.

Alojadas em meus silêncios, junto às experiências que transcorreram do aprender técnico e tecnológico, as inquietudes se mantiveram sempre direcionadas ao *espaço entre*, ao movimento, além do sensível e um pouco mais próximo do inteligível. Até então para mim estava claro que estas questões diziam respeito exclusivamente a algo espiritual ou imaterial^{a1} e fui por isto motivado a procurar recursos intelectivos e metodológicos no mestrado a fim de explorar melhor esta dimensão.

Na ocasião, percebi que o tema da humanização vinha sendo tratado na Enfermagem fortemente ancorado aos referenciais do relacionamento interpessoal. Assim, nos valemos desta mesma linha na tentativa de explorar o significado de espiritualidade para uma equipe de Enfermagem.

No mestrado², exploramos as relações entre o conhecimento sobre espiritualidade e o reconhecimento de necessidades espirituais de pacientes internados em Unidades de Cuidados Intensivos por parte da equipe de

^a Os termos Espiritual e Imaterial são empregados aqui no sentido de aproximar a ideia de uma dimensão imaterial da vida que interage cotidianamente no trabalho em saúde da qual a cultura científica dominante, estruturada no paradigma newtoniano e cartesiano, tem procurado se aproximar.

Enfermagem de um Hospital Universitário da cidade de São Paulo. O estudo oportunizou vislumbrar alguns caminhos, modos e lugares pelos quais *indícios de espiritualidade* transitam pelos espaços entre pacientes, familiares e profissionais de Enfermagem mediados por relações religiosas, afetivas e também conflituosas.

Ao fazer um corte nas quatro categorias que emergiram do estudo², uma merece destaque aqui: **A Dimensão Espiritual e seus Significados**, composta pelas subcategorias: *Fé e Crença Religiosa; Crença em uma Força/Poder Superior; Bem-Estar Espiritual e Atributo do Espírito*. Esta categoria evidenciou a discussão existente na literatura no que diz respeito ao cabedal de significados de espiritualidade. Foi possível explorar um pouco melhor o modo pelo qual os trabalhadores do campo estudado expressaram o conteúdo simbólico do fenômeno Espiritualidade.

Todavia, um fato muito curioso que foi captado esteve relacionado à grande dificuldade dos participantes em expressar suas ideias através de um campo de linguagem pouco conhecido. A maioria dos profissionais lançou mão dos recursos da linguagem religiosa para manifestação de suas experiências. Este fato, de certo modo, validou o que empiricamente já havíamos observado na prática profissional.

Particularmente a subcategoria *Atributo do Espírito* pareceu mais próxima ao sentido etimológico do termo Espiritualidade e que compõe os atributos do conceito de Dimensão Espiritual. De modo interessante, esta não excluiu as outras concepções emergentes, mas possibilitou o descortinar de um campo de possibilidades através de discursos tais como:

*Para mim espiritualidade é referente a espírito **né**, ao espírito da pessoa, e o que eu entendo por espírito é essa coisa que é, que acompanha o corpo físico durante a existência e é ele que faz com que a pessoa é, seja [pausa], tenha necessidades diferentes, viva e perceba as coisas de maneiras diferentes. É isto que eu acredito. É isto que eu acho que é espiritualidade.(E18)^{2:111}*

*Pra mim (...) pra mim espiritualidade é tudo aquilo que você vê dentro da pessoa. Não o corpo dela, sabe. Eu sou meio assim, [silêncio seguido de suspiro profundo e lento] como se fala, eu acredito nisto **né**, então para mim é aquilo que a gente não está vendo, não é o corpo da pessoa, mas o espírito dela. Por que muitas vezes a gente [corpo] pode estar doente, mas o espírito não. (T29)^{2:111}*

Ficou clara a emergência em potencializar os discursos oriundos dos profissionais de modo a oferecer oportunidade de criar Momentos de Cuidado capazes de despertar, tanto nos profissionais quanto nos pacientes, o desejo de manifestar suas experiências a fim de contribuir com um campo ainda pouco explorado em nosso meio.

Pouco depois da defesa, realizada em maio de 2008, após as naturais releituras de aprofundamento acerca do tema dissertado, incursões ocorreram sobre as anotações feitas no diário de campo do pesquisador onde foram registrados, na ocasião da coleta de dados, elementos não verbais emitidos pelos participantes do estudo tais como lágrimas, silêncios, suspiros e tonalidade de voz, que estavam associadas às histórias de alguns pacientes, narradas para exemplificar a conjectura de ideias que compuseram as respostas às perguntas realizadas para o estudo.

Muitos dos colaboradores da pesquisa manifestaram suas emoções e *insights* ao lembrar pacientes que os marcaram profundamente e associaram este fato como algo espiritual e não puramente religioso, uma vez que estavam

relacionados à essência das pessoas, a imagens de alegrias e tristezas, cenas que geraram aproximações realmente humanas e afetuosas. Por vezes, aspectos religiosos facilitaram essa aproximação, mas também, não raras vezes, promoveram afastamentos e insatisfações. Neste aspecto, o trabalho de mestrado nos permitiu identificar alguns rastros, pistas no modo como, em Enfermagem, têm-se procurado identificar necessidades espirituais².

Mais timidamente, alguns profissionais narraram outras experiências místicas tais como visões de espíritos que se desvincularam do corpo na hora da morte, sensações auditivas e olfativas inexplicáveis, coincidências como sonhar com determinado paciente grave e, no sonho, este se manifestou dizendo que estava de partida e, quando o profissional retornou no outro dia ao trabalho, constatou que o paciente havia morrido.

Quando eu passo de um Box para outro o “ar” daquele Box está diferente; o cheiro muda, o “ar” muda. Mesmo que a pessoa esteja consciente e orientada eu olho para ela e eu consigo perceber. Então [...] quando eu sinto um cheiro, eu não sei te explicar, mas quando eu sinto aquele cheiro e percebo aquele “ar” diferente e a pessoa fala assim para mim: “vem aqui” [silêncio], é na hora. Não tenho que esperar fazer medicação, não tenho que esperar nada, é na hora [...] É, eu acho que é sensibilidade [...]. Não tem explicação científica para isto. Científica assim, na Brunner [Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica] não tem, pode até ser que tenha algo, mas é tudo muito sistematizado; Nenhuma Brunner vai conseguir descrever o cheiro que eu sinto e o ar que eu sinto como fica, e os colegas não conseguem perceber, ou melhor, alguns percebem, outros não. (E20)

Olha, eu já vi muitos pacientes [...] principalmente idosos, que chegam e [...] começam a citar familiares que já morreram [...] : “há, será que meu filho não vem me buscar?”, mas quantos filhos a senhora tem? “há, meu filho já morreu. Será que ele não vem? Eu sinto que meu filho está aqui perto”. Já ouvi isto, relato de paciente mesmo. Aí muitas vezes eu penso: “será que o paciente está confuso? Mas aí você vai conversando, conversando e você percebe que o paciente não está confuso. Parece que ela [paciente] sai um pouco desta vida que agente está aqui na terra e vai um pouco além; é essa a sensação que eu tenho.(T14)

[...] Tinha uma pessoa aqui no isolamento, aí fui falar: “Ei, por que liberaram visita?” Daqui a pouco a Enfermeira falou: “não, eu não liberei visita”. Quando fui ver não tinha ninguém, aí o paciente, depois de uma hora e meia morreu. Aqui tem muito idoso e eles falam: “Eu estou vendo a minha mãe! Olha ela aí atrás de você”. Pacientes de quase cem anos falando que está vendo a mãe deles atrás da gente. Você olha e não vê nada e vem aquele calafrio. Eu ficava até com medo de madrugada.(T10)

Além de tais experiências, alguns profissionais relataram compreender que, na medida em que uma determinada área está desestabilizada, há influencia em outras dimensões. Entretanto muitas dúvidas e inseguranças perpassam quando a questão é abordar este assunto:

Eu acho que se o paciente está sentindo dor, de algum modo a Dimensão espiritual dele [...] também está prejudicada, por que ninguém consegue ficar tranquilo para conversar com Deus sentindo dor, [...] se você está com falta de ar, se você está desconfortável por causa de uma posição, ou se você está com medo, ansiedade. É interessante por que no período noturno, isso aflora muito mais. [...] É a noite que os “fantasmas” acabam aflorando por que tem diminuição da luz, tem diminuição dos ruídos, da movimentação e eu acredito que quem está deitado, muitas vezes com os membros restritos, com um tubo na boca sem poder de mexer, deve sentir muito mais medo.(E19)

Olha, eu até acho Ramon [que é importante abordar a espiritualidade] mas só que de que maneira? Eu não consegui entender até hoje. Não consegui. Muitas vezes é um tipo de paciente que está cansado de viver aqui no leito hospitalar, não vê a hora de morrer. Recentemente, um mês ou dois, eu tive um paciente aí que só falava “eu vou morrer, eu vou morrer, eu quero morrer”. Agente tenta dar apoio psicológico, mas assim, de que maneira? Eu não encontrei respostas para mim. De que maneira vou conseguir ajudar nisto que ele está falando. Apoio psicológico é uma coisa, agente até tenta, né, mas sinceramente Ramon, eu não sei como ajudar.(E14)

A partir de então, observamos que há desafios hercúleos em ancorar o ‘fazer’ quando a questão diz respeito à espiritualidade, uma vez que o processo relacional pessoa-a-pessoa é enviesado por variáveis tecnológicas, mecanicistas, religiosas e de conflitos existenciais². Além dos profissionais, em conversas

informais com pacientes e com a população geral, sempre que o tema da espiritualidade entra em foco a pergunta recorrentemente inevitável é sobre o modo como abordar a espiritualidade no cuidado; “De que modo podemos acessar a dimensão espiritual dos pacientes na prática clínica?”.

De certo modo questões desta natureza e que fazem estreita relação com aspectos de reconhecimentos de sinais verbais ou não verbais emitidos pelo paciente e pelo meio. Mas como é possível decodificar, de modo coerente, manifestações espirituais quando o conteúdo mental e intelectual não oferece subsídios para este reconhecimento? Se há dificuldade em manter relações interpessoais na assistência, como poderia então haver acesso a dimensões imateriais, ou seja, elevar à máxima potência o contato com aquilo que está humano, uma vez que a ideia de espiritualidade paira, quase que exclusivamente, em uma dimensão profana ao humano, sitiada nos mais longínquos recôncavos metafísicos?

A necessidade de aprofundar a escavação a respeito das relações interpessoais em Enfermagem a fim de subsidiar a elucubração de possibilidades, me motivou a permanecer junto ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Comunicação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (GPCOM), vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, e explorar mais profundamente a ideia de comunicação incorporada pela Enfermagem brasileira.

Baseado nesta experiência e numa série de estudos desenvolvidos, foi possível observar que o conceito de comunicação é instável e não há consenso quanto ao melhor aplicável e os estudos que têm se proposto a explorar relações

comunicacionais em Enfermagem tendem a utilizar desenhos qualitativos com pequena variância quanto às técnicas de coleta de dados. Ainda mais restritos são os estudos que se valem de referencial teórico/filosófico como fomentadores de questionamentos e para sustentação/arguição de resultados.

Há um caleidoscópio conceitual que tangencia as questões relacionadas à Comunicação na Enfermagem, muito embora os atributos conceituais que têm definido comunicação estão mais proximamente relacionados à ideia de Relacionamento Interpessoal.

Tão pulverizado quanto o conceito de comunicação, a espiritualidade tem sido tratada com base em atributos conceituais a ela determinados, uma vez que não existe um consenso sobre uma definição globalmente aceita. De certo modo, a dificuldade em se atribuir um conceito cientificamente aceitável, decorre, dentre outros fatores, das dificuldades em mensurar e validar terminologias que descrevem o fenômeno Espiritualidade em sua extensão mais original: a que faz íntima relação com um plano imaterial.

Atribuir significados mensuráveis ou ao menos compreensíveis para espiritualidade por meio de indicadores empíricos parece ter sido a estratégia utilizada por pesquisadores³ como veículo para início da exploração deste fenômeno, cujo impacto para a saúde tem sido amplamente confirmado por estudos rigorosamente desenhados.

O enlace destas inquietações, hóspedes silenciosas, resultou em algumas reflexões publicadas⁴ no sentido de explorar novas possibilidades de comunicação em saúde, pressupondo a necessidade de maneiras diferentes de olhar e interpretar o novo, uma vez que paradigmas emergentes no século tecnológico

são paradoxalmente circunscritos: ao mesmo tempo que o homem conseguiu se aproximar da mínima parte da matéria, tocá-la com o olhar, descrevê-la com maestria, criou abismos profundos nas relações pessoa-a-pessoa e é neste contexto que temas como a espiritualidade, preditora de contato humano, têm sido debatidos.

Finalmente o ponto de corte para amadurecimento desta tese e captação de experiências para problematizar o objeto de estudo ocorreu em maio de 2011, quando participei de um importante congresso na cidade de Estocolmo, Suécia, ocasião em que apresentei os resultados da minha dissertação. O congresso denominado *“Toward a Science of Consciousness: Brain-Mind-Reality”*^b oportunizou contato com pesquisadores de diversas partes do mundo cujo objetivo principal tem sido explorar a consciência em suas múltiplas formas de manifestação. Oportunamente, tive o privilégio de conhecer e trocar experiências com o Prof. Peter Fenwick, PhD do King’s College, School of Medicine – Londres, exímio estudioso dos fenômenos relacionados à perda da consciência nos momentos finais do processo de morrer e reforçou a ideia de que o campo da consciência, bem como das experiências espirituais, constituem um campo aberto na ciência e que é mais que passado o tempo de investigar os fenômenos dela oriundos.

De modo especial, contribuíram para materialização desta tese os membros do GPCOM que me fizeram compreender a urgência em dimensionar os processos interacionais e aprofundar o conceito de comunicação. Do mesmo

^b O congresso é promovido anualmente pelo Center of Consciousness Studies da Universidade do Arizona. www.consciousness.arizona.edu

modo, sou igualmente grato aos colegas do Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP que se dispuseram a discutir Espiritualidade a partir da proposta teórica do Cuidado Transpessoal.

Ao lançar as ideias em um meio rico em experiências de estudos e pesquisas tanto sobre Comunicação quanto Qualidade de Vida, os comentários tecidos ecoam por entre espaços íntimos fomentando questionamentos que norteiam este estudo. Nos últimos anos muito tem sido produzido na tentativa de aproximar aspectos de humanização, de resgatar valores humanos dispersos na história da humanidade, então por que não pensar a Espiritualidade como dimensão inerente ao Cuidado? Como proporcionar com que *Ocasões de Cuidado* ofereçam estímulos para se acessar àquilo que no homem é pensante, que rompe com átomos de carbono da estrutura humana e que tem potencialidade de transcender para além dos limitados sentidos que nos norteiam diuturnamente?

2. O Contexto

*O que será da Enfermagem [saúde],
no que a Enfermagem [saúde] se tornará,
como a Enfermagem [saúde] será definida/redefinida,
quando os sistemas que a tem definido,
controlado e dado a sua identidade
não estiverem mais lá, de pé por trás disso?
Jean Watson*

Temos acompanhado mudanças significativas no modo de pensar o mundo e as coisas nele e dele oriundas. Atrelados à pós-modernidade elementos novos estão circunscritos por neologismos que objetivam descrever, aproximar o conhecimento das necessidades humanas emergentes nesta nova era. Assim, o paradoxo habita em dois polos distintos: entre o tecnológico, enquanto mediação interativa das relações humanas e de acesso investigativo, e o existencial, pautado na busca pelo sentido e conexão com o divino, o sagrado e não necessariamente ao que é religioso, embora em nossa cultura esse aspecto pareça ser mais evidente enquanto fator de mediação das relações entre o que é humano com o que é desconhecido.

A preocupação com a estrutura e conhecimento do corpo humano, desde as ideias primárias e originais de Galeno, as refutações de Paracelso e o primorismo de Vessalius na descrição minuciosa dos forames anatômicos na *Humani Fabrica*^c foram constantes no campo das ciências médicas durante boa parte da história da humanidade. Com o início do século XVII surgiram também avanços significativos na Biologia Experimental especialmente, aprimoramentos de técnicas exploratórias no que diz respeito à dissecação cadavérica, bem como a consolidação das academias enquanto espaços de descoberta. As técnicas cirúrgicas, recursos medicamentosos, o desenvolvimento de conceitos e alicerces epidemiológicos foram rapidamente absorvidos pelo fértil campo do conhecimento humano. Neste ínterim, ecoou nos guetos parisienses o grito cartesiano do *Cogito*, que marcou a dualidade Mente-Corpo e com ela, o surgimento *das Regras para*

^c *De Humani Corporis Fabrica Libri Septem* (*Da Organização do Corpo Humano*) foi um dos livros de anatomia humana mais influentes na história da medicina. Escrito por Andreas Vesalius e publicado em 1543, marcou o início da anatomia moderna.

Direção do Espírito (o que pensa) a fim de potencializar a acurácia na observação e descrição dos fenômenos⁴.

Desde a postulação do paradigma determinista ao surgimento de novas maneiras de pensar o mundo, tanto sob aspectos da física clássica e quântica, quanto no campo da filosofia e das ciências sociais, a existencialidade e essencialidade humana têm mergulhado em oceanos de possibilidades.

Na saúde, as elaborações advindas desses temas têm promovido revisões acerca da natureza prática e da profundidade ou sentido do trabalho, sejam elas de ordem tecnológica ou existencial. A busca por recursos capazes de reaproximar os homens dos membros de sua própria espécie decorre da transação de dois mundos: o da modernidade e pós modernidade.

No primeiro, marcado pelas ideias de luminares como Bacon, Newton, Descartes, entre outros vultos do iluminismo, estava postulada a aplicação da racionalidade a partir de investigações motivadas por inquietações pessoais rumo à busca da verdade, norteadas pelo rigor do método. Nesse mundo, a medicina esteve centrada na busca de intervenções para tratamento de doenças e estabelecimento de diagnósticos curativos, bem como manteve estreitas relações com as ciências positivistas, configurando sua prática no racionalismo científico⁵.

Na pós-modernidade, o reducionismo é tensionado à ampliação do foco de atenção para aspectos cada vez mais complexos e não lineares, especialmente pelo estabelecimento de 'estados de crise' nas ciências, responsáveis por grandes saltos na descrição de fenômenos emergentes das novas necessidades sociais⁵.

De modo particular, a Enfermagem transita pelos entremeios dessa discussão, ligada às raízes históricas de atenção ao Ser Humano e ao mesmo

tempo, deslumbra o emaranhado de possibilidades advindas da apropriação tecnológica que tem oferecido aos enfermeiros autonomia técnica e gerencial nunca antes vista⁶.

Neste sentido, importantes debates têm ocorrido na literatura a respeito da necessidade em explorar com mais propriedade as contribuições dos construtos teóricos e filosóficos como sustentadores de saltos de qualidade na assistência. Tais discussões apresentam contrapontos importantes denunciando a volatilidade da Enfermagem em aderir a discussões modais, como por exemplo, a inserção da Enfermagem Baseada em Evidências, norteadas por pressupostos teóricos do modelo médico dominante e pela ênfase demasiada na exploração empírica dos dados. A que tudo indica, se a Enfermagem explorasse suas fontes teóricas avançaria na edificação de uma estrutura própria de prática clínica baseada em evidências norteadas por teoria⁶⁻⁷.

O desafio atual consiste em conferir à Enfermagem, especialmente a brasileira, incipiente no uso de teoria como guia para pesquisa, ensino e prática, elementos norteadores tanto em instâncias epistemológicas quanto teóricas, uma vez que estes elementos predizem confiabilidade quando direcionados à investigação de fenômenos que resultarão em ações/ferramentas de aplicabilidade assistencial⁸⁻¹⁰.

Sem dúvidas, estes desafios, não apenas na Enfermagem, mas também nas áreas afins, estão imersos na crise mundial dos sistemas de saúde, públicos ou privados, no campo hospitalocêntrico ou de atenção primária à saúde. A questão central é que experienciamos hoje as repercussões de determinada crise epistemológica que abalou o século XX. As relações entre investigar, conhecer e

construir saberes estão motivadas pela dualidade entre atender um modelo de Cuidado ou um modelo biomédico intermediado pelas demandas institucionais, inclinadas, sempre, à superlotação, ao produtivismo, impessoalidade das relações, entre outras características do modelo industrial mecanicista¹¹.

De certo modo, retomar a integração do cuidado contextualizado ao desenvolvimento do conhecimento exige partir do pressuposto de que ele – o Cuidado - é a substância ontológica fundamental da Enfermagem e que epistemologicamente a sustenta. Para tal, faz-se necessário explicitar o metaparadigma o qual o Cuidado Humano está inserido e, nesse sentido, lançar mão de Teorias preliminarmente edificadas é um caminho seguro, uma vez que têm por objetivo preservar o Cuidado Humano, enquanto essência, da interface tecnológico-comportamental que está diretamente incorporada neste processo¹².

De fato, diferentes perspectivas epistemológicas permitem não apenas o conhecimento do fenômeno em questão, mas também a organização do processo do saber. É como estar em meio a um grande corredor, e nos deparamos com uma porta fechada que permite o acesso a um determinado cômodo. Ao adentrarmos este espaço, observamos que é pouco iluminado, não há sons e as paredes estão repletas de janelas e quadros, simbolizando áreas do conhecimento, tais como astrologia, taxonomia, tecnologia, entre outras. Em meio à sala vazia e de frente para os quadros é possível observar cenas que se desdobram, mas são incompletas, pois é impossível conhecer inteiramente todos os elementos que figuram as cenas. No cômodo, há mobília e instrumentos que permitem a apreciação de cada quadro, ou seja, 'ferramentas' do conhecimento para explorar mais ou menos adequadamente os fenômenos (cenas dos quadros)

que se deseja investigar. Neste aspecto, poderíamos nos questionar qual o tipo de cômodo estamos construindo para construir conhecimento sobre a Espiritualidade no Cuidado de Enfermagem? Que mobílias (instrumentos) comporão este espaço? Quais sons, odores e sensações ocuparão o local (episteme)?

Uma importante autora¹³ situa a era de Enfermagem no que denomina de 'Era II', ou Pós Modernidade. Indica que há forte tendência deste campo do conhecimento em preocupar-se em demasia com o conhecimento *per si*, muito mais que no desenvolvimento do conhecimento e de novos métodos que rompem (ou não) com a lógica cartesiana¹³.

Tangenciando esta questão, uma autora¹⁴ aponta que a Enfermagem ainda está distante em contribuir, de modo mais ostensivo, para com as Revoluções Científicas (prenunciadas por Thomas Khun), muito embora tenha no campo do Cuidado matéria prima fenomenológica riquíssima para avançar no desenvolvimento do conhecimento. Indica a necessidade em estabelecer o debate para além do desenvolvimento do conhecimento enquanto produto metodológico estritamente norteado por linhas tradicionais do pensamento¹⁴. Há necessidade do retorno ao carisma, à empatia pelo conhecimento em si e discutir o Cuidado enquanto *ocorrência* que não é de domínio do Enfermeiro ou da Enfermagem e, a partir de então, delinear o que o define com tal. Talvez esta seja uma linha para construir saberes dentro do que a Enfermagem se propôs a fazer, seja na práxis, seja na pesquisa ou ainda no ensino¹⁴.

É evidente que a problematização do Cuidado desencadeia uma série de restrições uma vez que reduz a relação Cuidado-Reestabelecimento da Saúde, especialmente quando as questões lançadas estão relacionadas a diagnósticos,

tanto Médico como de Enfermagem. Independente da disciplina, ambas tem como características a tendência em resolver tecnicamente o fenômeno sob investigação. Por outro lado, o pensar teórico a respeito do cenário do cuidar parte do princípio básico de estar atento, ou minimamente bem acordado, em relação às novas percepções morais, ontológicas e epistêmicas. Do contrário, o estado de adormecimento de uma área do conhecimento minimiza a capacidade de observação. Cada perspectiva deve ser considerada no que diz respeito às necessidades humanas, haja vistas que não há uma única fórmula para abordar o construto 'pessoa'¹⁴.

Neste sentido, existe um importante aspecto a ser explorado no Cuidado. Parece importante uma vez que há um crescente número de publicações acerca do termo Espiritualidade (e demais atributos que compreendem esta dimensão extrafísica) emanadas em várias direções, sejam elas nos domínios epistemológico, prático, de ensino, cultural ou teórico. Para este último nível, entretanto, pouco tem sido explorado na enfermagem brasileira, embora tudo indique ser o caminho mais impactante, pois permite com que janelas sejam abertas e outros campos possam ser acessados. Quando as janelas são abertas, há possibilidade de que elementos outrora invisíveis (mas sensíveis), tais como odores e sons penetrem no cômodo escuro.

Especificamente no Cuidado, talvez o resultado de alguma pesquisa possa constituir para uma grande descoberta. Esta grande descoberta pode contribuir fortemente no dirimir um ou mais problemas da prática. Entretanto, o quão ele estará ancorado ao Cuidado de Enfermagem a ponto de promover rupturas ou revoluções em todo um campo científico se distante do pensar teórico (epistêmico

e, quiçá, ontológico)? Assim, a espiritualidade aqui sob questão não obedece à ordem cartesiana de dissecar o morto, mas sim às novas possibilidades de perceber o vivo a partir de novos ângulos de observação dos fenômenos espirituais que ocorrem cotidianamente.

Tratar da Espiritualidade no Cuidado de Enfermagem, de modo que implique na abertura de uma ou mais linhas de investigação deste fenômeno, exige grande esforço no estabelecimento de paradigmas que corroborem tanto ontológica quanto epistemicamente. Caso contrário, continuaremos situados em meio à sala escura do conhecimento, sem luz para iluminar objetos de nossa observação, embora tropeçando em um emaranhado de instrumentos que, na ausência de luz, não podem ser explorados em seu potencial máximo.

De modo evidente, mudanças paradigmáticas dentro de determinado contexto cotidiano incorrem na ruptura das construções históricas fortemente estabelecidas dentro de paradigmas específicos. Ao mesmo tempo, devemos nos questionar qual a repercussão de um trabalho que rompe com o cotidiano, que se propõe a descontinuar determinada linha que não mais responde às satisfações pessoais e que não proporciona realização pessoal.

Em síntese, a especulação lateral do tema da Espiritualidade no cuidado de Enfermagem tem proporcionado descortinar elementos que corroboram na aproximação do fenômeno. Todavia, apenas a arguição frontal do dilema é que estabelecerá uma ou mais linhas de investigação das questões que circunscrevem a espiritualidade no campo fenomênico do Cuidar.

2.1 O Foco: A Espiritualidade no Cuidado de Enfermagem

*...como as pedras podem ser engraçadas quando se
as tem na mão e se olha, devagar para elas.
Fernando Pessoa*

Embora o termo Espiritualidade esteja amplamente difundido na Enfermagem enquanto campo científico, ao ser analisado isolado do contexto do Cuidado, princípio e fim da profissão, é sugerido algum nível de desconexão entre aquele que cuida e o que é cuidado pode ser localizado. Por outra via, quando aproximados parecem assumir uma relação quase simbiótica. Contudo, mesmo com o auxílio de importantes trabalhos que há mais de vinte anos têm se dedicado a abrir frestas na direção de iluminar a superficialidade das relações na atenção à saúde¹⁵⁻¹⁹ muitas vezes as relações de Cuidado não têm merecido a atenção que sua relevância prediz.

Este fato pode ser percebido quando estudos de relacionamento interpessoal em saúde são comparados a trabalhos de análise conceitual ou de desenvolvimento de conceito que tratam dos temas espiritualidade e religiosidade, onde já ganharam destaque na literatura mundial e encontraram na Enfermagem terreno fértil de proliferação, talvez pela própria característica teórico/filosófica da Ciência do Cuidar^{4,20-25}.

Neste trabalho partimos do pressuposto de que Espiritualidade ocorre na Enfermagem a partir das relações de Cuidado. Todavia, há que se colocar em pauta a problemática de que as relações interpessoais nesta área, assim como na saúde de modo geral, paira sob instabilidades consensuais em relação às definições e conceituações dadas as consideráveis possibilidades de atributos

conceituais que compõe o termo, bem como as fortes correntes filosóficas que norteiam os estudos dessa área.

Estudos conduzidos a partir das Ciências da Comunicação que se debruçam a explorar dimensões comunicacionais nas interações humanas são ancorados em referenciais teóricos/filosóficos que clarificam os mais variados aspectos e possibilidades comunicacionais e debatendo as modificações e implicações do uso da comunicação nos estudos nacionais e internacionais, seja ela em campos mais amplos como a comunicação de massa ou nas relações interpessoais²⁶⁻³⁶.

Uma importante pesquisadora no campo da teoria e metodologia na pesquisa em comunicação³⁷ é enfática ao elucidar que o termo Comunicação é empregado tanto no sentido de *disciplina*, enquanto área de conhecimento, quanto *objeto de estudo*, como fenômeno de observação, e destaca que a ambivalência na aplicação do termo poderia, ao estudante desatento, obscurecer a dinâmica automatizada da comunicação nos campos das ciências sociais e humanas. Neste aspecto, é importante destacar a peculiaridade dos aspectos conceituais (teoria) e metodológicos (prática de pesquisa) uma vez que

[...] esse desequilíbrio entre conteúdo teórico e a forma como ele é construído e a forma como ele é constituído parece um traço específico da pesquisa em comunicação no país e contribui para reforçar um dualismo teoria-metodologia fundamentalmente perigoso para o reconhecimento científico da comunicação.^{37:15}

Aplicada à Enfermagem, a comunicação tem sido tratada a partir do viés do Relacionamento Interpessoal, descrito especialmente pelos movimentos mediados por fatores Proxêmicos, Cinestésicos, Tacênicos e de Paralinguagem³⁸.

Enquanto elemento comunicacional, a Paralinguagem pode ser definida como sons produzidos a partir do aparelho fonador, mas não corresponde à língua falada, como por exemplo, a velocidade e ritmo da fala e sons inespecíficos³⁸.

Esses sinais podem demonstrar sentimentos, atitudes e características de personalidade. São elencados como Lexicais, Descritivos, Reforçadores, Embelezadores e Acidentais³⁹. A Cinésica, enquanto estudo dos movimentos corporais, procura abstrair das respostas musculares que dão origem aos movimentos, os significados que compõem a estrutura comunicacional de determinados grupos culturais. Para tal, classifica os gestos humanos em cinco categorias: Emblemáticos, Ilustradores, Reguladores, Manifestações Afetivas e Adaptadores³⁹.

A Proxêmica diz respeito ao espaço territorial das relações interpessoais, nos mais diversos ambientes e é classificada em: distância íntima (do toque a 45 cm), distância pessoal (de 45 a 125cm), distância social (de 125 a 360cm) e distância pública (acima de 360cm). Por sua vez, a Tacêsica é o estudo do toque e dos elementos a ele relacionados, como sexo, idade, duração, localização, ação, intensidade, frequência e também sensações desencadeadas a partir do estímulo tátil exercido³⁹.

Os desafios do contato Face-a-Face no cuidado em saúde, contudo, tem sido descritos desde longa data no Brasil. Em um estudo pioneiro, uma pesquisadora³⁹ identificou que na comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes existia um grande abismo. Abismos comunicacionais são criados principalmente pela fragilidade em captar o fenômeno humano enquanto seres expressivos. Partindo deste princípio, a necessidade em clarificar os construtos

conceituais em comunicação, permitiu uma melhor captação do fenômeno Espiritualidade trazido pelos profissionais abordados.

Ainda sob este aspecto, após pesquisarem sobre a percepção das enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva acerca da comunicação com pacientes terminais, pesquisadoras⁴⁰ concluíram que na ausência de comunicação verbal havia, como mecanismo de defesa, o distanciamento das enfermeiras destes pacientes e o meio de comunicação não-verbal mais citado foi o toque.

Ao concordar que existe o afastamento profissional na ausência da comunicação verbal e que há utilização da comunicação não-verbal de forma inconsciente, é possível inferir que as necessidades espirituais não têm sido percebidas, logo, valorizadas/atendidas. Há valorização da comunicação verbal nos dias atuais, como resultante do distanciamento interpessoal humano dado o avanço da tecnociência. A comunicação não-verbal é instrumento valioso capaz de resgatar a capacidade do profissional em perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização³⁸.

O Ser Humano é, essencialmente, comunicante mesmo em seu mais profundo silêncio. É justamente neste não-dito que podemos captar a subjetividade do diálogo, transparecido na paralinguagem e, de modo mais abrangente, pelas outras dimensões do não-verbal dos indivíduos, ou seja, expressões faciais, gestos, posturas corporais, o olhar, entre outras³⁸⁻⁴². Assim, identificar a dimensão espiritual através da relação de cuidado depende, fundamentalmente, da sensibilidade e emoção do observador para o processamento e interpretação do conteúdo observado, para então emergir a resposta comunicacional que, para a Enfermagem, é o ato de cuidar.

Neste sentido, se torna importante problematizar que existe certa tendência nos cursos de graduação em preparar enfermeiros controladores de suas expressões, sentimentos e emoções, sendo que tais condutas estabelecem uma barreira na percepção do enfermeiro às comunicações não-verbais emitidas pelos pacientes e por ele, sendo estas fundamentais para reconhecimento da dimensão espiritual que envolve os indivíduos⁴².

Esta obnubilação perceptiva é também denunciada por pacientes que vivenciam o processo de morrer, especialmente no que diz respeito à angústia espiritual emaranhada no discurso dos sujeitos, por não serem percebidos pelos profissionais enquanto individualidades, mas sujeitos doentes⁴³. Através da verbalização das emoções os pacientes revelam que boa parte da equipe de saúde se encontra emocionalmente enclausurada na redoma tecnológica, impossibilitada de compreender, mesmo através da comunicação verbal, que muitas vezes uma expressão de carinho é mais significativa que a expressão tecnicista⁴³.

Neste sentido, o relacionamento interpessoal pode favorecer tanto a aproximação quando o afastamento das pessoas, a depender do modo como é estabelecida a interação. As habilidades de relacionamento interpessoal podem ser desenvolvidas no sentido de facilitar ou não a interação entre os seres humanos. Entretanto, relacionar-se não implica em comunicar-se. Nesta perspectiva, o relacionamento interpessoal dependeria da comunicação, para que houvesse a troca, tanto pelo ponto de vista comportamental (não verbal) como conteúdo verbalizado (comunicação verbal).

As habilidades no relacionamento interpessoal são utilizadas para compreender a manifestação do outro e ser compreendido enquanto comunicador. Todavia, embora se possa ter um grande conhecimento sobre comunicação, o uso adequado deste recurso dependerá de uma série de fatores, dentre eles o estado emocional, ambiente, situação específica, entre outros.

Se tudo indica que o relacionamento interpessoal diz respeito ao contato entre as pessoas e este fato pode potencializar o acesso à dimensão espiritual no Cuidado de Enfermagem, igualmente é verdadeira a necessidade em reposicionar a Comunicação enquanto Experiência Subjetiva dos sujeitos. Assim, a comunicação deveria ser pensada como um acontecimento, indo para muito além do reconhecimento (relacionamento interpessoal)³⁴⁻³⁶.

No relacionamento interpessoal, que decorre da interação face a face, o objetivo é o entendimento da realidade ou da situação que está ocorrendo, a “troca” com o outro e a transformação de si mesmo e da realidade que nos cerca, o que prediz a aptidão em perceber as necessidades espirituais a partir de elementos tanto biológicos, quanto sociais e psicológicos, uma vez que o cuidado transpessoal requer relações empáticas.

É possível, então, compreender que a tarefa da equipe de Enfermagem é captar os sinais emitidos pelos pacientes, decodificá-los, e a partir de então, fornecer um *feedback* adequado. A esse *feedback* podemos nomear Cuidado Eficiente, entendendo que o Cuidado Eficiente não diz respeito apenas ao atendimento às afecções, mas especialmente ao entendimento da identidade bio-psico-sócio-espiritual que individualiza cada Ser Humano.

Como no tema Comunicação, crescente tem sido o número de publicações referentes às questões de Espiritualidade e Religiosidade na saúde. Desde manuais práticos para acesso à dimensão espiritual⁴⁴⁻⁴⁶ até protocolos de atendimento à estas necessidades⁴⁷⁻⁵¹, têm sido veiculados no campo da saúde. É evidente que todos estes trabalhos têm vindo em direção às novas perspectivas e necessidades de saúde da população mundial que encontrou, no século XXI, maneiras novas de adoecer, sendo que esses mananciais têm contribuído de maneira ímpar ao dimensionamento do debate sobre este assunto em um meio até então hostil⁵²⁻⁵⁶.

Um dos primeiros trabalhos de revisão de literatura sobre o significado de Espiritualidade foi desenvolvido por autoras americanas⁵⁷ com objetivo de identificar como a Espiritualidade era tratada na literatura corrente, bem como estabelecer quais seriam os possíveis entendimentos sobre Necessidades Espirituais. O estudo apresentou algumas fragilidades metodológicas principalmente por não clarificar quais as fontes literárias exploradas, bem como os critérios de inclusão dos textos e as bases de dados consultadas.

As autoras⁵⁷ revisaram publicações, como livros, artigos e algumas teorias de Enfermagem. Como resultado, identificaram que o termo Espiritualidade estava fortemente vinculado à ideia de Religiosidade. Isto porque na época - 1997 – os escassos estudos que tratavam de Espiritualidade propriamente dita procuravam acessar a influência da religiosidade dos pacientes nas questões de saúde-doença.

Outro tema emergente no estudo⁵⁷ foi a Espiritualidade como uma aspiração para um bom relacionamento com Deus, com o outro e consigo mesmo,

seguido de um sentido para a vida. Neste contexto, a Esperança foi proposta como uma Necessidade Espiritual, visto que esta seria a chave para o acesso a estas aspirações. Um ponto interessante do estudo foi a relação encontrada no que diz respeito à Espiritualidade enquanto forma de expressão, ou seja, para que esta fosse incorporada nas questões de cuidado, vários autores se valeram do requisito da sensibilidade como meio para que esta dimensão fosse acessada.

O conceito de espiritualidade tem sido fortemente vinculado à uma ideia de Religiosidade. Talvez, tal fato se deva ao domínio histórico das religiões sobre temas relacionados às questões entre o Céu e a Terra, à existência de Deus e temas concernentes à transcendência de um modo geral. Outro fator que podemos lançar mão para justificar esta veiculação é o de que o conceito de Religiosidade tem sido melhor operacionalizado na construção de instrumentos de medida os quais têm sido tratados genericamente como ferramentas para acesso à espiritualidade dos pacientes^{55,58}.

Um grupo de psicólogos⁵⁹, após pesquisar as diferenças e semelhanças conceituais sobre Espiritualidade e Religiosidade, adverte que deve se ter cautela para não polarizar os conceitos, ou seja, tratar a Religião como ruim e a Espiritualidade como algo bom e vice-versa, haja vista que os limites éticos que permeiam estas discussões são demasiadamente sutis e os profissionais, de um modo geral, carecem de desenvolver cautela ao lidarem com estas questões, despidendo-se de preconceitos religiosos.

Outra autora⁶⁰, em uma análise melhor desenhada, a partir da observação do crescente interesse das comunidades científicas sobre a Espiritualidade e das ambíguas concepções do termo, revisou setenta e seis artigos disponibilizados

pelas mídias eletrônicas mais utilizadas nos meios acadêmicos e dezenove livros que se dedicaram ao tema da Espiritualidade. A autora⁶⁰ pôde identificar que a Espiritualidade tem sido empregada de modo bastante controverso, pois boa parte dos estudos a tratava como sinônimo de Religiosidade ou vinculava arbitrariamente o termo com questões relacionadas a crenças religiosas e outros desvinculavam a Espiritualidade radicalmente das crenças religiosas. Poucas publicações mantinham uniformidade na definição entre os dois termos.

Enfermeiras inglesas²¹, após revisarem a literatura sobre o significado das palavras Espiritualidade, Cuidado Espiritual e Dimensão Espiritual, identificaram uma grande influência de correntes religiosas na composição destes significados, em especial a influência do Judaísmo-Cristão. As autoras²¹ descreveram Espiritualidade como um *'cocktail'* de elementos relacionados à Religião, Linguagem, Cultura e Política, e que também expressava sentido fenomenológico e existencial, místico e relação com Qualidade de Vida. As autoras²¹ indicam que parece ser virtualmente impossível estabelecer uma definição universal para o termo e sugerem que o mesmo seja debatido por especialistas a fim de se estabelecer um consenso aproximado do que seria uniformemente aceito e factível para norteamento de pesquisas na área.

Ao discutir o conceito de Espiritualidade, uma autora²² refere que este pode ser codificado em elementos conceituais comumente descritos na literatura corrente e basicamente correspondem a um Sentido Pleno para a Vida, Crenças, Valores, Senso de Conexão com todas as coisas e com os outros e um estado constante de bem-estar.

A Espiritualidade tem sido descrita, de modo geral, por meio de elementos conceituais mais comuns, sendo estes: *Sentido*, que estaria relacionado a um significado ontológico para a vida, advindo através das mais diversas experiências; *Valores*, composto por crenças e padrões culturalmente aceitos, estimados através de comportamentos comuns para determinados povos; *Transcendência*, que seriam experiências que permeiam o campo da subjetividade; *Conectividade*, intimamente relacionado ao relacionamento com Deus, com os outros, com a natureza e consigo mesmo e, por fim, *Tornar-se*, caracterizado pela busca do Ser Humano por um desdobramento da vida, a busca por um sentido pleno para a existência²³⁻²⁴.

A aceitação global destes elementos tem se dado pelo fato de aparentemente fornecerem estrutura para o desenvolvimento de ferramentas que permitem o acesso à “Espiritualidade”. Entretanto, autores⁵⁶ advertem para o fato de que, estudos direcionados à avaliação quantitativa da Espiritualidade cogitando sua mensuração merecem atenção. Em muitos casos lançam mão de instrumentos de medida pouco confiáveis ou válidos que não representam adequadamente o construto a ser medido. É importante destacar ainda que para conceitos abstratos, as aproximações empíricas se dão por intermédio dos atributos observáveis, ou seja, indicadores do conceito e não o fenômeno – conceito – em si.

Talvez o grande desafio para os estudiosos em Espiritualidade, sob o ponto de vista quantitativo, seja o desenvolvimento de instrumentos capazes de avaliar de modo confiável e válido um conceito de Espiritualidade que melhor se aproxime de sua raiz etimológica⁶¹.

Outro ponto de destaque no que diz respeito à problemática referida trata da dificuldade de tradução destes elementos conceituais. Por maiores que sejam os esforços dispensados para manutenção da integridade dos elementos de linguagem, o movimento tradutório pode influenciar no verdadeiro sentido das palavras, que varia consideravelmente de cultura para cultura⁶².

Os instrumentos de levantamento de dados religiosos e existenciais/espirituais têm se mostrado úteis em sua consistência e são importantes elementos de aproximação às dimensões imateriais que compõe a condição humana, bem como têm proporcionado avanços significativos no campo da pesquisa, tanto para a Enfermagem quanto para outras áreas do conhecimento. Entretanto, após a coleta de dados religiosos/existenciais haverá momentos de contato face-a-face mediados pelo conhecimento prévio de crenças e concepções, e a relação será sempre interpessoal e potencialmente cuidativa.

Menos conflituosas têm sido as discussões sobre o conceito de Cuidado uma vez que a Enfermagem conta com significativo substrato teórico que sustenta diferentes perspectivas tanto para o atendimento das necessidades humanas de cuidado quanto para o delineamento de pesquisas. É evidente que existe uma significativa diferença entre a existência de um amplo e profundo manancial de possibilidades para norteamento de atividades cuidativas e sua aplicação, tanto na formação acadêmica quanto como diretriz norteadora da prática clínica.

Mesmo com todo referencial que a Enfermagem dispõe para abordar questões relacionadas a Espiritualidade na prática clínica, desde exímias fontes

teóricas a diagnósticos específicos⁶³, há lacunas elementares relacionadas ao reconhecimento da eficiência do processo de interação pessoa-a-pessoa.

No Brasil, esta sinalização foi apontada em estudo pioneiro desenvolvido ao longo de cinco anos^{39,64}. A pesquisadora identificou³⁹ que os enfermeiros percebem o processo comunicativo com os pacientes a partir da relação verbal, principalmente, e os sinais não-verbais emitidos pelos pacientes não são identificados/compreendidos como fonte primária de elementos significativos para elaboração de hipóteses diagnósticas e validação da compreensão de orientações a eles oferecidas; todavia, quando esses profissionais foram estimulados a pensar, através de inédito estudo experimental, o processo comunicativo a partir de elementos não-verbais das relações humanas⁶⁴, o resultado foi o aumento significativo nos índices de percepção dos sinais não-verbais emitidos pelos pacientes.

Em um importante estudo sobre a percepção das enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva acerca da comunicação com pacientes terminais, pesquisadoras⁴⁰ observaram que na ausência de comunicação verbal havia, como mecanismo de defesa, o distanciamento das enfermeiras desses pacientes, uma vez que a falta de *feedback* verbal do paciente, enquanto forma de validação e estímulo acerca do cuidado prestado, produzia sentimentos de solidão nos profissionais. A respeito do meio de acesso não-verbal ao paciente, o mais citado foi o toque enquanto ferramenta assistencial.

Na procura de corroborar com estes estudos, especialmente no que tangencia aspectos de percepção de necessidades religiosas e espirituais de pacientes, realizamos um estudo⁶⁵ com alunos de graduação de uma instituição

de referência nacional e internacional no ensino de Enfermagem. Os resultados apontaram que a maioria dos alunos (83%) consideram que a Enfermagem deve se ocupar da dimensão espiritual dos pacientes. Mesmo assim, mais da metade (78,3%) não percebiam o atendimento das necessidades espirituais e, quando alguma aproximação acontecia, estava mediada por manifestações verbais de cunho religioso, como rezas e orações, usualmente direcionadas pelo capelão ou líder religioso.

Paralelamente ao estudo citado anteriormente, procuramos explorar junto aos profissionais de Enfermagem que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva, como são estabelecidas as relações perceptivas de reconhecimento e atendimento das necessidades espirituais dos pacientes graves, especialmente na direção de escavar o nível de conhecimento do outro como Ser Espiritual e a proximidade não-técnica².

O estudo apontou que para a equipe de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos estudada, a dimensão espiritual possuía ao menos quatro significados distintos: Fé e Crença Religiosa, Crença em uma Força/Poder Superior, Bem-Estar Espiritual e Atributo do Espírito. Esses significados mantêm estreita relação com o cuidado prestado ao paciente e família, bem como são preditivos das condições emocionais da equipe uma vez que interferem em questões existenciais dos membros que a compõe².

Constatamos ainda que a identificação de necessidades espirituais dos pacientes está pautada por mediações mecanicistas, sejam elas verbais ou não-verbais, direcionadas ao desempenho técnico de tarefas e tendo como característica básica a limitação na proximidade humana. De modo particular, as

relações verbais influenciam negativamente na identificação de necessidades espirituais dos pacientes, especialmente por três motivos importantes: a limitação cognitiva dos pacientes acometidos de alterações no sistema nervoso central, seja por drogas, seja por traumas; a afonia decorrente das medidas terapêuticas invasivas no sistema respiratório e, finalmente, pela incompatibilidade do discurso religioso, uma vez que a religiosidade se apresentou como importante mecanismo de acesso às questões espirituais².

Os elementos não-verbais emergiram de modo muito particular enquanto fontes de reconhecimento de expressões de Religiosidade (apetrechos religiosos como santinhos, terços, bíblia ou outro livro sagrado, água benta, entre outros). Raros foram os discursos que trouxeram à consciência o toque, o olhar, a aproximação e o silêncio como manifestações espirituais na prática do cuidado².

Em síntese, os resultados refletiram a fragilidade na formação dos profissionais de Enfermagem no que diz respeito ao conhecimento e aplicabilidade de conceitos originados de estruturas teóricas conhecidas que poderiam subsidiar recursos intelectivos, de sensibilidade e instrumentais para alavancar os níveis de percepção de necessidades, pois é sobre elas que incide a assistência de Enfermagem. O modelo atual de cuidado intensivo está pautado no 'tecnocentrismo' advindo das ciências médicas, onde a maior característica assistencial é a execução de tarefas a partir da demanda².

Todavia, ficou claro no estudo que os profissionais têm ciência da rotina mecanicista que executam diuturnamente e sinalizaram disponibilidade e necessidade de rever o modelo assistencial de cuidado, buscando elementos que ofereçam novos sentidos para os atos cuidadosos².

Desde a discussão dos resultados e apresentação do relatório final à banca examinadora, as limitações do estudo ficaram inoculadas em meio de cultura mental na busca de fermentação de ideias. Estas limitações estavam diretamente relacionadas às necessidades de maior aprofundamento teórico/conceitual para discussão de um tema, na ocasião, ainda inédito no país. Leituras e releituras ocorreram desde então e insistem em tensionar aspectos da comunicação não-verbal no processo de dar acessibilidade à dimensões imateriais ou espirituais subjacentes à condição humana, uma vez que as relações verbais em saúde têm se mostrado mais eficientes para proximidade ou afastamento religioso e não tanto enquanto veículo de transcendência.

Pensar Espiritualidade enquanto fenômeno requer compreendê-lo como uma forma – ou campo - de manifestação daquilo que é espiritual. Conseqüentemente, toda manifestação necessita de um olhar apropriado para captação das características do referido fenômeno, que, obrigatoriamente, se faz manifesto por um artifício expressional. Como este trabalho foi tratado na Enfermagem, as hipóteses elaboradas tem como pano de fundo a Teoria do Cuidado Transpessoal, proposta pela Enfermeira Dra. Jean Watson, que será sequencialmente explorada.

3. Referencial Teórico

*O comportamento humano e as relações interpessoais têm sido investigados e explicados ao longo da história desde muitas perspectivas. As atividades mais corriqueiras de nossas vidas convertem-se em quebra-cabeças da maior magnitude quando começamos a conceituá-las. Em todos os níveis, os estudos de como as pessoas se relacionam mutuamente ocupou uma parcela importante da energia cerebral do mundo.
Stephen W. Littlejohn*

3.1 Identificando um Referencial Teórico

Enquanto disciplina aplicada, a Enfermagem é sistematicamente organizada e norteadada por determinado foco teórico. Sob esse aspecto, uma importante pesquisadora das teorias de Enfermagem⁶⁶ sugere cinco níveis para avaliação de estruturas teóricas desta área: nível 1 ou Filosofia da Ciência, que consiste em estruturas de conhecimento centradas em questões relacionadas à natureza do trabalho em Enfermagem; nível 2 ou Metaparadigma cujo foco é a descrição de fenômenos específicos ou essenciais que emergem de áreas distintas de atuação da Enfermagem; nível 3 ou Filosofia de Enfermagem que confere substrato filosófico para compreensão, predição e prescrição de atitudes cuidativas; nível 4 ou Paradigmático onde orientações e perspectivas advindas de outras áreas do conhecimento são incorporadas à construção do conhecimento e, finalmente, um quinto nível ou Teórico que consiste na construção da teoria em si, ou seja, um *corpus* lógico, conciso e preciso cuja consistência interna deve ser avaliada por critérios de testabilidade e de contribuição para o desenvolvimento científico da Enfermagem.

A maturidade desta ciência, enquanto campo profissional, está intimamente relacionada à capacidade dos profissionais que a compõe em ancorar aspectos filosóficos e investigativos, não apenas no âmbito da pesquisa, mas na prática clínica e no ensino, especialmente pelo fato de que o campo de manifestação de elementos que são de competência da Enfermagem exige aproximações de aspectos metafísicos inerentes ao campo fenomenológico profissional enquanto área de conhecimento, mas que acontece a partir do movimento natural das

relações humanas. Neste sentido, a exploração deste campo exige instrumentos como intuição, racionalidade, contemplação e introspecção. Por sua vez, a instrumentalidade científica oferece recursos de observação no sentido de verificar, construir definições operacionais, testar hipóteses e conduzir experimentos fomentadores de novas possibilidades de interpretação da realidade⁶⁷.

A relação Filosofia – Ciência descrita pode ser representada, também, pela articulação do binômio: Teoria – Método, uma vez que inicialmente as hipóteses estão baseadas em conjecturas teóricas que combinam elementos conceituais e, *a posteriori*, serão aplicados/analizados no *setting* real, intermediados por métodos capazes de torná-los operacionalmente passíveis de análise⁶⁷.

Todavia, é importante estabelecer uma distinção operacional entre Teoria e Modelo. Para autores clássicos na discussão sobre fundamentações teóricas na Enfermagem⁶⁸, estas podem ser definidas como:

[...] a scientifically acceptable principle which governs practice or is proposed to explain observed fact and are logically interconnected set of propositions used to describe, explain, and predict a part of the empirical world. Theories can be constructed in two ways, either deductively or inductively^(68:3).

[...]um princípio cientificamente aceitável que regula a prática ou se propõe a explicar determinado fato observado e são logicamente interligadas ao conjunto de proposições utilizadas para descrever, explicar e predizer uma parte do mundo empírico. Teorias podem ser construídas de duas maneiras: dedutiva ou indutivamente.

Partindo do princípio dedutivista, a gênese do processamento informativo parte da generalidade para deduções mais específicas de conceitos. Todavia, a estrutura do trabalho não está limitada à análise individual de conceitos centrais, mas sim, da conjectura estrutural da interrelação destes, em contraponto ao

processo indutivo, cuja construção de trabalhos teóricos parte de situações específicas para possibilidades de generalização da interpretação de dados. É evidente que os passos no processo indutivo estão intimamente relacionados aos elementos advindos de teorias dedutivas, especialmente no que tangencia aspectos do *elenco de categorias* e propriedades conceituais, cuja diferença se estabelece no processo utilizado na derivação desses elementos⁶⁸.

Quanto ao Modelo, por sua vez,

Can be defined as a symbolic description in logic terms of a idealized, relatively simple situation showing the structure of original system. A model is a conceptual representation of reality. It is clearly not the reality itself, but an abstracted and reconstructed form of the reality [...] the models are abstractions in that they display the outline or architecture sketch of the genuine article^(68:4).

Pode ser definido como uma descrição simbólica em termos lógicos de uma situação idealizada, relativamente simples, mostrando a estrutura de um sistema original. Um modelo é uma representação conceitual da realidade. Não é claramente a própria realidade, mas uma forma abstrata e reconstruída da realidade[...]. Os modelos são abstrações em que se visualizam o contorno ou o esquema arquitetônico do projeto genuíno.

Em síntese, um modelo conceitual para prática de Enfermagem deve ser sistematicamente construído, mediado por relações de cientificidade presentes nas mais diversas áreas de investigação do conhecimento humano, mantendo íntima relação com fundamentos postulados em construções teóricas no intuito de dimensionar o campo de possibilidades exploratórias de fenômenos que emergem *na e para a sociedade*.

De acordo com princípios teóricos, mediante determinado fenômeno compete ao pesquisador a acurada observação, descrição e sistematização dos elementos abstraídos. Para cada um dos elementos encontrados se faz

necessário um campo de linguagem que seja coerente para expressar o que foi observado. Esta movimentação aponta a evolução do conhecimento em determinada área do saber, uma vez que, quanto maiores os recursos linguísticos para descrição de determinado evento, maiores as possibilidades de construção de novas abordagens exploradoras⁶⁹.

O 'Saber' pressupõe o conhecimento da ORDEM, ou seja, partir do pressuposto de que existe alguma ordem na natureza que pode ser descoberta, descrita e compreendida. Por sua vez, pode-se compreender 'Ordem' como regularidades e organização de sistemas sequencialmente dispostos nos campos físico, biológico e social. Outro modo de construção do 'Saber' pode ser pela DESORDEM, ou seja, a partir da descrição de manifestações oriundas da irregularidade dos sistemas, tais como guerras, doenças, entre outros⁶⁹.

Finalmente, um terceiro e último nível na construção do Saber pode ser a partir da capacidade de CONTROLE, ou seja, a partir da prescrição de determinadas ações que, quando executadas metodicamente, alteram a sequência de eventos e geram resultados específicos. Não se trata apenas de predição, mas sim de reconhecer a trajetória natural da evolução de determinado sistema e seu comportamento mediante intervenções específicas⁶⁹.

Trilhando nesta direção, se por um lado, por anos a fio, a medicina tem construído 'saberes' sobre a natureza da doença – e cada vez menos a natureza da saúde – a partir da perspectiva da Ordem, Desordem e Teorias Prescritivas (Controle), não parece clara para a Enfermagem o sentido investigativo no tangente a questões de Espiritualidade. Estamos concentrados na investigação das desordens psicológicas ou sociais? Ou ainda podemos lançar mão de outros

recursos de classificação que melhor isolem questões de conceito, logo, do conhecimento dos sistemas observados? Evidentemente que muitas das respostas estão obscurecidas pelas limitações da linguagem científica, entretanto, esforços devem ser direcionados no sentido de desenvolver teorias próprias que auxiliem no aparecimento de pistas novas acerca do Cuidado enquanto campo fenomênico.

A Espiritualidade tem se apresentado para a área da Saúde, tanto no campo da pesquisa como na prática clínica, a partir da inquietação advinda do seu potencial impacto sobre a saúde física e mental das pessoas, assim como da busca de respostas para as questões sobre como reconhecer necessidades espirituais dos pacientes de modo efetivo.

Autoras americanas²³ se debruçaram sobre as principais teorias de Enfermagem a fim de explorar como a Espiritualidade era tratada no seu *corpus* teórico. Foram analisadas treze teorias que puderam ser divididas em dois grupos: teorias de Interação Recíproca (Peplau, Orlando, King, Orem, Levine, Johnson, Roy, Leininger, Neuman e Watson) e teorias de Interação Simultânea (Rogers, Newman e Parse). Esta divisão foi proposta com base no modo pelo qual as teorias posicionam a Enfermagem frente à concepção de Ser Humano. As teorias do primeiro grupo concebem o Ser Humano como portador de partes ou dimensões que apenas são visualizadas/acessadas a partir do conhecimento do todo e, as teorias do segundo grupo estabelecem padrões ou modelos comportamentais que podem ser isoladamente analisados, mas as dimensões são interativas entre si²³.

A respeito da Espiritualidade nos modelos teóricos analisados, três categorias foram estabelecidas: as que pouco ou nada tocam no conceito (Peplau, Orlando, King, Orem e Johnson), as que inserem o conceito de forma bastante geral na teoria (Levine, Roy, Leininger e Rogers) e as que trazem a Espiritualidade como conceito central (Neuman, Newman, Parse e Watson). Neste sentido, as autoras²³ concluem que, dependendo da teoria adotada, pesquisadores e assistencialistas deverão empregar maior ou menor esforço para relacionar a Espiritualidade em seu foco investigativo ou na prática assistencial.

Desde o trabalho de mestrado me aproximei da Teoria do Cuidado Humano ou Transpessoal, desenvolvida pela Enfermeira americana Jean Watson⁷⁰⁻⁷¹, uma vez que apresenta peculiaridades pertinentes ao diálogo sobre espiritualidade no cuidado em saúde.

Todavia, a escolha de um referencial teórico de cuidado perpassa, também, por critérios de confiabilidade e consistência, haja vista que uma teoria consiste num coordenado sistema de conceitos e proposições construídas a partir de pressupostos filosóficos de cuidado em Enfermagem que servem de guia para prática e pesquisa. Quanto mais adequada a escolha dos conceitos norteadores para fundamentação destas, melhor cerceados são os riscos de falibilidade dos resultados⁶⁶.

Neste sentido, a fim de testar a coerência de eleger uma teoria que sustentasse as angústias investigativas expressas nesta tese, optei pela utilização de Critérios para Seleção Adequada de Teoria⁷², onde as seguintes questões são aplicadas:

A) a teoria tem relevância em relação às práticas da Enfermagem?

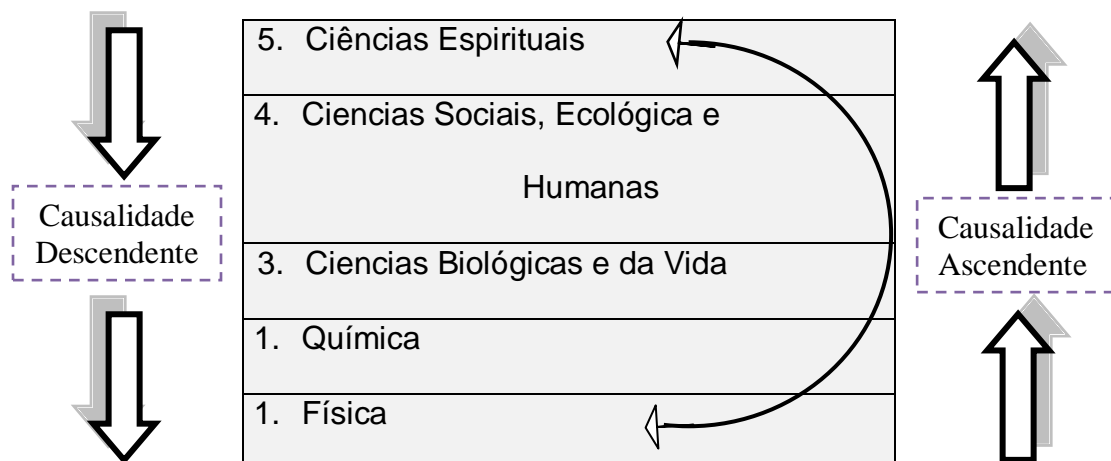
- B) a teoria descreve o cuidado real ou ideal?
- C) está de acordo com os recursos que são necessários para um bom Cuidado?
- D) Serve como guia para uso do Processo de Enfermagem?
- E) os conceitos são abstratos demais para aplicabilidade prática?
- F) Possui linguagem de fácil compreensão?

Além do crivo das questões norteadoras, elementos como afinidade terminológica e intuitiva, história de vida da teorista, suporte de materiais publicados pela autora oriundos de pesquisas, reflexões entre outras categorias de veiculação internacional, impacto mundial da Teoria, capacidade de gerar críticas, congruências sóciopolíticas e, especialmente, potencial de utilidade¹⁴.

A partir do desdobramento dos processos acima descritos, encontramos na Teoria do Cuidado Transpessoal proposta por Jean Watson⁷⁰⁻⁷¹ a clarificação de perspectivas epistemológicas, a partir do uso dos *Fatores Caritativos*, da concepção de que as relações humanas são intermediadas por *Padrões Energéticos* e, acima de tudo, da postulação de que o fenômeno Cuidado pode ser clarificado mediante a exploração das *Ocasões de Transpessoalidade*, ou *Ocasões Reais de Cuidado*.

Para tal, o conhecimento e aplicação dos termos *Processo*, *Transcendência*, *Transformação*, *Criação*, *Padrões de Relacionamento*, *Relatividade do Tempo e Espaço*, *Fenômenos Extrafísicos*, *Fluidos e Campos de Energia*, resultam na clarificação do metaparadigma em que o Modelo de Causalidade do Cuidado está inserido (Figura 1)¹².

Figura 1- Modelo de Causalidade no Desenvolvimento do Conhecimento no Cuidado de Enfermagem.



Fonte: Watson J. Caring knowledge and informed moral passion. In: Nicoll LH. Perspectives on nursing theory. New York: Lippincott Press; 1997 p.214.

A partir do delineamento desta perspectiva, ao buscar referências no campo da pesquisa que lançaram mão da Teoria Watsoniana no cenário nacional pouco foi encontrado. No Brasil, poucos são os pesquisadores e acadêmicos que têm se debruçado ao estudo da perspectiva watsoniana. Em síntese, há grupos de interesse, porém ainda com pouca produção, nas Universidades Federais do Paraná, Santa Catarina e Ceará. Talvez este fato possa ser explicado tanto pelo fato de que a Enfermagem brasileira, tradicionalmente, demonstra pouco interesse pelo estudo e desenvolvimento de teorias de cuidado, bem como as naturais limitações de linguagem, uma vez que há pouco material sobre a Teoria do Cuidado Humano.

Um estudo de revisão sistemática⁷³ identificou 34 publicações nacionais que versaram sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal. Destas, 61,8% estavam concentradas na Região Sul, com ênfase no estado do Paraná, e as demais pulverizadas nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal e Ceará.

A maioria dos estudos foi publicada entre 2000-2006 e se valeram da exploração dos Fatores Caritativos originalmente publicados em 1979. Este é um fato importante no que diz respeito à necessidade de atualização constante uma vez que, desde 2003 a teórica tem divulgado mudanças na taxonomia de sua Teoria¹¹.

Um dado interessante e que merece destaque é o fato de que nenhum dos estudos publicados no Brasil se dedicou a testar a Teoria. Ainda de acordo com a revisão⁷³, dos estudos levantados, a maioria se valeu da Teoria do Cuidado Humano para definir conceitos tais como Enfermagem, Ambiente, Ser Humano, Cuidado, Saúde/Doença, Cuidado Transpessoal, Família, entre outros⁷³.

As autoras⁷³ discutem ainda que existem limitações na aplicação prática da Teoria uma vez que muitos dos elementos propostos não são estruturados ou definidos institucionalmente e que há um determinado rol de variáveis externas na Teoria, tais como Valores, Crenças, Sentimentos, entre outras que tende a dificultar a padronização de condutas. Questionam ainda a suposta ausência de explicitação, por parte da teórica, da aplicabilidade prática do modelo teórico proposto.

A este respeito é interessante observar que, no Brasil, independentemente da teoria de cuidado adotada, inúmeros são os desafios de aplicação prática uma vez que escassos são os serviços de saúde cuja Enfermagem trabalha norteadas por teoria. Em nosso cenário, é muito comum encontrarmos a prática de Enfermagem regida pelo modelo curativo, cujas raízes estão fortemente ancoradas no modelo da prática médica.

Em um artigo de reflexão, pesquisadores⁷⁴ exploraram os 10 Fatores Caritativos que delineiam o que Watson denomina de *Clinical Caritas Process*. As autoras entendem que as novas propostas advindas da Teoria do Cuidado Humano – ou Transpessoal – permite a conexão entre os sujeitos em níveis mais elevados, o que pode potencializar a experiência vivida.

Outro estudo⁷⁵ lançou mão da proposta watsoniana a fim de fundamentar a Visita Musical como uma tecnologia leve de cuidado. A partir dos resultados encontrados, a concepção dos pacientes hospitalizados acerca das visitas musicais indicou que elas potencializam a sensação de conforto, bem-estar, expressão das emoções, autonomia e estimulam a criação. As autoras ancoram a Visita Musical como elemento que potencializa a aplicação da Teoria do Cuidado Humano, uma vez que estimula o estabelecimento de um campo de manifestação propício para ocorrência do Cuidado⁷⁵.

Um interessante relato de experiência⁷⁶ objetivou descrever o suporte humanizado prestado por uma enfermeira no atendimento a pacientes adultos em unidades de Pronto Atendimento. Para tal, utilizou a perspectiva watsoniana a fim de clarificar os processos envolvidos no atendimento prestado a partir da perspectiva humanística. No *setting* emergencial, as autoras⁷⁶ apontaram que três, dos dez Fatores Caritativos foram mais amplamente utilizados: 1°. Formação de um Sistema de Valores Humanístico-Altruísta; 4°. Estabelecendo uma Relação de Ajuda e Confiança e 5°. Promoção e Aceitação da Expressão de Sentimentos Negativos e Positivos.

No mesmo estudo⁷⁶ as autoras apontam um quarto Fator Caritativo “Provisão de ambiente de apoio à família”. Entretanto, é importante ressaltar que

não se trata de Fator Caritativo, uma vez que não está de acordo com o estabelecido por Watson⁷⁷. Talvez o que se aproxime do que as autoras apontaram⁷⁶ seja o oitavo Fator da Teoria: “Proporcionar Ambiente de Apoio e Proteção e/ou Adequado Envolvimento Mental, Espiritual ou Social”⁷⁷.

Ao explorar as percepções e concepções do Cuidado de Si para um grupo de Auxiliares de Enfermagem, pesquisadoras⁷⁸ lançaram mão da perspectiva watsoniana a fim de corroborar na análise e interpretação dos dados, especialmente o que tange as definições de *Self* e Arte. O estudo apontou que, para os indivíduos estudados, o Cuidado de Si está relacionado com uma compreensão do corpo que transcende os cinco sentidos, além de estar conectado com a natureza; emergiu ainda da análise dos dados, o Cuidado como um modo de Viver-no-Mundo. Para as autoras, o referencial teórico adotado permitiu eloquência de linguagem ao relacionar a verbalização dos indivíduos com a Enfermagem enquanto Práxis e Disciplina⁷⁸.

Duas pesquisadoras⁷⁹ relataram sua experiência em submeter um grupo de quarenta alunos ao contato com a Teoria do Cuidado Transpessoal e, na sequência, direcionaram os alunos a prestar cuidados a seis pacientes paraplégicos. Muito embora os resultados tenham apontado satisfação por parte dos pacientes com uma nova abordagem nas relações interpessoais, é importante destacar que o processo de interatividade proposto na Teoria do Cuidado Transpessoal não foi adequadamente explorado no estudo uma vez que elementos primordiais não foram destacados.

A Transpessoalidade em Watson está muito além do contato físico e da disponibilidade em estar junto. O Cuidado Transpessoal implica na habilidade do

enfermeiro em adentrar dimensões sutis da existência e em ser capaz de descrever as sensações a partir de um código linguístico específico.

No intuito de conhecer a percepção do cuidador domiciliar do idoso, pesquisadoras⁸⁰ exploraram a Teoria do Cuidado Humano como possibilidade de acesso a dimensões que habitualmente não são valorizadas no processo de Enfermagem. Todavia, o uso do referencial pairou no campo das definições e pouco foi explorado no processo da Transpessoalidade.

Para além do que se tem desenvolvido no Brasil, na Colômbia autores têm iniciado um interessante processo de explorar conceitualmente a Teoria do Cuidado Transpessoal, no sentido de clarificar termos e identificar possibilidades de aplicação prática de modo a não expurgar o que a Teoria tem de mais valioso: o Cuidado enquanto experiência criada e narrada⁸¹⁻⁸².

Desde o ano de 2007 temos mantido contato com a teórica por intermédio de e-mail e, em maio de 2011, fui motivado a intensificar as trocas de experiências no sentido de explorar com maior profundidade os processos pelos quais a teoria foi desenvolvida, além, é claro, de narrar nossas tentativas em aproximar a Teoria do Cuidado Transpessoal da Enfermagem brasileira.

Sempre atenciosa e motivada em divulgar sua Teoria ao redor do mundo, Dra. Jean Watson partilhou alguns projetos que tem desenvolvido na Universidade de Denver no sentido de investir no processo de formação de profissionais que desejam direcionar o foco de sua atenção a aspectos metafísicos da vida, logo, do Cuidado Transpessoal (Anexos I, II, III e IV).

3.1.1 O Cuidado Transpessoal de Jean Watson

3.1.1.1 Um pouco sobre a Teorista^d

Watson nasceu e cresceu no oeste do estado Americano da Virginia, onde obteve o diploma de bacharel em Enfermagem (1964) na *Lewis Gale School of Nursing* e há mais de 35 anos vive no estado do Colorado. Na Universidade do Colorado, encontrou na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica recursos para obter o título de Mestre em Enfermagem (1966) e o de Doutor e Pós Doutorado em Psicologia da Educação (1973). Desde então está vinculada à Escola de Enfermagem da Universidade do Colorado, na cidade de Denver. Entre 1980 e 1981 foi coordenadora do Programa de Pós-Graduação, nível de Doutorado, do departamento de Enfermagem Psicossocial¹².

A teorista⁷⁰ re-significou muitos conceitos a partir de suas experiências pelos diversos continentes do globo e deteve especial interesse na cultura espiritualista indiana, quando em visita a um determinado hospital na cidade de Mumbai, adentrou a um quarto de uma criança e identificou na parede um quadro com as seguintes palavras grafadas: *'A Vida não é um problema para ser resolvido, mas um mistério para ser Vivido'*.

Segundo a autora⁷⁰, este foi o estopim para os seus conflitos profissionais que deram origem à ideia de desenvolver uma nova forma de fazer Enfermagem, haja vista que havia se deparado com uma Prática de Enfermagem cujos valores

^d O currículo completo e atualizado da teorista Jean Watson está disponível no link: <http://www.watsoncaringscience.org/files/PDF/CV20116132011.pdf>

de Cuidado estavam sendo re-significados para os valores da cura. A partir de então, estabeleceu para si que o processo de Cuidar envolve um íntimo relacionamento entre dois Seres, distintos em personalidade, mas iguais em essência e que independe da cura para ser sustentado em si mesmo.

A autora^{70-71,77} lançou mão de esforços para elaborar um construto teórico, visando problematizar entraves filosóficos-conceituais relacionados à Enfermagem e que persistiam em seus pensamentos. Para tal, buscou recursos intelectivos na psicologia fenomenológica de Carl Rogers, no existencialismo de Yalom, nas relações interpessoais propostas por Peplau, bem como em outras tradições filosóficas como Kierkegaard, Chardin e na ontologia de Jean Paul Sartre.

Pioneira de um grande projeto temático desenvolvido entre 1981 e 1982, ocasião em que participava do Programa de Professor Visitante na Universidade da Virginia e que englobou os países da Nova Zelândia, Tailândia, China e Índia, explorou a Fenomenologia Transcendental como proposta metodológica para a Enfermagem enquanto ciência. Ao retornar à Universidade do Colorado, deu início à estruturação da Teoria do Cuidado Humano¹².

Atualmente, é Professor Emérito de Enfermagem e mantém a cátedra de Ciência do Cuidado, na Universidade do Colorado, campus de Ciências Médicas, Colorado – CO. É membro da Academia Americana de Enfermagem e fundadora do *Watson Caring Science Institute*[®] que tem por objetivos disseminar a Teoria do Cuidado Humano, especialmente no intuito de adaptá-la culturalmente e proporcionar campo de aplicação e teste. O Instituto[®], além de veicular informações acerca da Teoria do Cuidado Humano, proporciona espaço de

^e A página oficial pode ser acessada a partir do endereço: <http://www.watsoncaringscience.org/>

diálogo entre aqueles que têm desenvolvido estudos e pesquisas a partir desta teoria. A meta atual dos colaboradores é captar um milhão de enfermeiros dedicados a aprender e aplicar a Teoria no sentido de testar as hipóteses estabelecidas a partir de diversas perspectivas culturais. Para tal, foi oficialmente lançado no ano de 2010 o “*Milion Nurse Project*”.

Sua Teoria tem sido utilizada na tentativa de modificar práticas e modelos de cuidado ao redor do mundo a partir do paradigma espiritualista nas relações interpessoais que são inerentes ao processo de Cuidar em Enfermagem. Detentora de uma série de premiações, incluindo o prêmio *Norman Cousins*, concedido pelo *Fetzer Institute*, em reconhecimento ao seu compromisso em desenvolver, sustentar e propor práticas voltadas para as relações de cuidado humano, além da autoria e coautoria de mais de 14 obras. As mais recentes versam sobre propostas empíricas de investigação do fenômeno Cuidar. Tem trabalhado em um novo livro, a ser publicado no final de 2012, pela *Springer*, com o título “*Creating a Caring Science Curriculum for Caring Science*”.

3.1.1.2 Sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal: Marco Filosófico e Conceitual.

De maneira muito peculiar, a Teoria do Cuidado Humano está estruturada sobre seis pilares, ou pressupostos, que são assumidos como pontos de partida para exploração do Cuidado enquanto campo fenomênico:

- 1) A Infinitude do Espírito Humano e a evolução do universo;
- 2) A antiga e a emergente cosmologia de uma unidade consciente interligada a tudo (princípios filosóficos da existência divina);
- 3) A ontologia ética, fundamentada em Levinas (1969): “*Belonging Before Our Separate Being*”;
- 4) O posicionamento moral de sustentar o infinito e o mistério da condição humana e manter viva a evolução do espírito através do tempo;
- 5) A exigência ética em reconhecer que temos a vida de outra pessoa em nossas mãos, com a qual as relações são intermediadas por expressões de confiança, amor, carinho, honestidade perdão, gratidão, entre outros atributos, para além das fixações do ego e sentimentos obsessivos que são expressões negativas da vida;
- 6) A relação entre Consciência, Pensamentos e Linguagem e o modo como tal interação influencia positiva ou negativamente nosso campo energético-transpessoal de Ser, Pertencer e Tornar-se; Além do modo como nosso estado consciencial afeta as habilidades de conexão com campos mais sutis [ou invisíveis] da vida.

De acordo com a teórica⁷⁷ há, definitivamente, uma dimensão ‘sagrada’ no Cuidado. Esta dimensão está relacionada ao Mistério e ao “*Amor Cósmico*”. Muito embora estas questões ainda parem sobre determinado ar rarefeito de clarificações, existe emergência na exploração de tais campos uma vez que, para a autora⁷⁷, viemos do mundo do espírito e retornamos à fonte espiritual quando estamos vulneráveis, suscetíveis, temerosos ou mesmo doentes.

Partindo desta linha de argumentação, encontramos ancorados na Teoria pressupostos nightingaleanos de que o paciente deve ser auxiliado no reestabelecimento das melhores condições para que a saúde se faça presente. Concebe ainda⁷⁷ que trabalhamos com nossas forças interiores e energia vital (ou alma) que necessitam se conectar com o infinito campo universal para que o cuidado seja estabelecido. A autora parafraseia Einstein, ao escrever:

A human being is a part of the whole called the “Universe”, a part limited in time and space. He experiences [self], thoughts and feelings, as something separated from the rest, a kind of optical illusion (...) of consciousness (...). Our task must be to free ourselves from this prison [of illusion] by widening our circle of compassion [love and caring] to embrace all living creatures and the whole of nature in all its beauty. Nobody is able to achieve this completely, but the striving for such achievement is in itself part of the liberation.^{77:10}

O ser humano é uma parte de um todo chamado "Universo", uma parte limitada no tempo e espaço. Ele experiencia [self], pensamentos e sentimentos, como algo separado do resto, uma espécie de ilusão de ótica (...) de consciência (...). Nossa principal tarefa é a de nos livrarmos dessa prisão [da ilusão], ampliando o nosso círculo de compaixão [amor e carinho] para aceitar todas as criaturas vivas e toda a natureza em toda sua beleza. Ninguém é capaz de alcançar isso completamente, mas o esforço para tal realização é em si mesmo parte da libertação.

A Ciência do Cuidado, como ponto de partida para o trabalho da Enfermagem e ainda enquanto campo de estudo, oferece fundamentos disciplinares distintos para a profissão. Este pressuposto proporciona a construção e aplicação de valores éticos e morais em direção ao fenômeno humano e as relações entre os elementos CUIDADO – SAÚDE – PESSOA – NATUREZA – UNIVERSO, reintroduzindo o termo *Espírito* e a “*dimensão sagrada*” (espiritual) novamente no contexto do cuidado em saúde. O grande desafio deste exercício é reaproximar as dimensões ou campos metafísico e físico-material⁷⁷.

Prospectivamente, enquanto disciplina, a Enfermagem pode e deverá amadurecer a concepção de Cuidado como parte de um *corpus* fenomênico e, como tal, corroborar com outras disciplinas nas guinadas paradigmáticas do século XXI. Na Teoria do Cuidado Humano⁷⁷, encontramos distinções entre Campo de Pesquisa e Campo Científico. Embora pareça uma relação simbiótica, os níveis de perguntas são radicalmente diferenciados, uma vez que o segundo campo (Científico) persegue o fenômeno Cuidado a partir de questões elaboradas a desvendar a natureza das coisas a partir de determinado paradigma.

De acordo com a teórica¹², são quatro as dimensões, ou níveis, que tecem as relações entre a Arte e a Ciência na Enfermagem no tangente as questões de construção de saber: Epistemológica, Ontológica, Práxis e Metodológica (Quadro 1).

Seguindo os pressupostos watsonianos, na medida em que há clareza dos níveis de construção do Saber, há maiores possibilidades na articulação dos pressupostos filosóficos que fundamentam a estruturação da observação das formas de manifestação do espírito humano, da compaixão e do próprio cuidado, resultando no reestabelecimento das mais profundas feridas abertas no sistema de saúde como um todo¹².

Quadro 1 - Quatro Dimensões Impactantes no Avanço da Arte e Ciência do Cuidado Humano

<p>Epistemológica</p> <ul style="list-style-type: none"> Saber, Produção de Conhecimento, Visão amplificada. 	<p>Conhecimento Sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> Pessoa – Espírito Vivo Cuidado Saúde – Experiência da Enfermidade Fenômeno Humano Cura 	<p>Diferentes Modos de Conhecer</p> <ul style="list-style-type: none"> Estético Pessoal – Intuitivo Empírico Ético – Moral Metafísico – Espiritual
<p>Ontológica</p> <ul style="list-style-type: none"> Ser - Significado 	<p>O que Significa Ser?</p> <ul style="list-style-type: none"> Pessoa Humano Enfermeiro 	<p>O Cuidado como um Modo Especial de Ser</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidado Sadio Curada – a afecção.
<p>Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicação do conhecimento na Prática – Estudo da Prática. 	<p>Práticas de Cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> Novas modalidades de Cuidado. Prática do tripé Ser, Conhecer e Fazer nas relações de cuidado. Modalidades Naturais de Cura 	
<p>Metodológica</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudo da Natureza: A(s) formas(s) de perseguição do conhecimento 	<p>Método das Ciências Humanas</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualitativo/Quantitativo – Arte e Ciência Combinação de Novos Métodos Investigativos Busca de novas Metodologias. 	

Fonte: Watson J. Academic and clinical collaboration: advancing the art and science of human caring. *Commun Nurs Res.* 1987; 20:11.

De acordo com os pressupostos watsonianos⁷⁷, conceber a Ciência do Cuidado, compreende assumir que:

a) O Cuidado não pode ser assumido como verdadeiro ou único, pois se trata de um esforço epistêmico – ético - teórico que requer continuas explicações e desenvolvimento;

b) Há envolvimento do pluralismo epistemológico na busca da compreensão de intersecções e conexões pouco clarificadas entre as Artes, as Ciências Humanas e as Ciências da Saúde;

c) O conhecimento envolve trilhar caminhos da ética, intuição, experiências pessoais, empíricas, estéticas e espirituais/metafísicas e, finalmente,

d) O Cuidado existe em toda e qualquer sociedade, onde em cada qual, pessoas têm cuidado uma das outras. Entretanto, a *Relação de Cuidado* não é transmitida entre as gerações por intermédio de cadeias genéticas, mas pelas influências culturais, o que implica no fato de que a cultura da Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, tem papel científicosocial vital na preservação e avanço do cuidado humano⁷⁷.

Especialmente por se tratar de um referencial teórico pouco conhecido no Brasil, optamos neste trabalho em detalhar as matrizes conceituais que delineiam o corpus teórico e, conseqüentemente, a proposta interacional nas relações de Cuidado em Enfermagem⁷¹

Individualidade (Pessoa)

[...] one's soul possesses a body that is not confined by objective space and time [...]. The notion of personhood, then, transcend the here and now, and one has the capacity to coexist with past, present and future, all at once. As a result of this view, there is a great deal of regard, respect, and awe given to the concept of human soul (spirit, or higher sense of Self) that is a greater than the physical, mental, and emotional existence of a person at any give point in time.^{71:45}

[...] uma alma que dispõe de um corpo que não é confinada pelo espaço e tempo objetivos [...]. A noção de Individualidade, então, transcende o aqui e o agora e tem a capacidade de coexistir entre o passado, presente e futuro, simultaneamente. Como resultado desta perspectiva, há imensa consideração, respeito e reverência direcionados ao conceito de alma humana (espírito ou senso elevado do Self) que é maior do que a existência física, mental e emocional de uma pessoa em qualquer ponto no tempo.

Alma (Espírito)

The individual spirit of a person [...] may continue to exist throughout time, keeping alive a higher sense of humankind. Although a body may die, be murdered, kill itself, be diseased [...] the soul or spirit continues to live on. However, the soul can be underdeveloped, dormant and in need of reawakening. The belief that a person possesses a soul is to be regarded with the deepest respect, dignity, mystery and awe because of the continuing, yet unknown, journey throughout time and space, infinite and external. The soul, than, exist for something larger, greater and more powerful than physical life as we know it [...]. The concept of soul, as used here to the *geist*, spirit, inner self, or essence of the person, which is tied to greater of self-awareness, a higher degree of consciousness, an inner strength, and a power that can expand human capacities and allow a person transcend his or her usual self.^{71:46}

O espírito individual de uma pessoa [...] pode continuar a existir ao longo do tempo, mantendo vivo um sentido humano mais elevado. Embora um corpo possa morrer, ser assassinado, suicidar-se, adoecer [...], a alma ou o espírito continua a viver. No entanto, a alma pode permanecer pouco elevada, adormecida e na necessidade de despertar [em outra dimensão]. A crença de que uma pessoa possui uma alma deve ser considerada com profundo respeito, dignidade, mistério e reverência devido à continuidade, ainda desconhecida, da viagem ao longo do tempo e do espaço, infinito e externo. A alma, então, existe para algo maior e mais poderoso do que a vida física tal como a conhecemos [...]. O conceito de alma, aqui utilizado para o *geist*, espírito, eu interior, ou a essência da pessoa, está ligado a maior grau de auto-conhecimento, de consciência, uma força interior e um poder que pode expandir as capacidades humanas e permitem com que uma pessoa transcenda seu self habitual.

Experiencias da Consciência (Espirituais)

The higher sense of consciousness and valuing of inner self can cultivate a fuller access to the intuitive and even sometimes allow uncanny, mystical, or miraculous experiences, modes of thought, feelings, and actions that we have all experienced at some points in our life, but from which our rational, scientific cultures bar us[...]. One's ability to transcend space and time occurs in a similar manner through one's mind, imagination and emotions. Our bodies may be physically present in a given location or situation, but our minds and related feelings may be located elsewhere.^{71:46}

O sentido mais elevado de consciência e a valorização do eu interior pode cultivar acesso mais amplo às experiências intuitivas e às vezes permite a ocorrência de experiências sobrenaturais, místicas, ou milagrosas, modos de pensar, sentimentos e ações que todos nós já experimentamos em alguns momentos na nossa vida, mas que nossa cultura racional e científica nos barra [...]. A habilidade de transcender o espaço e o tempo ocorre de forma semelhante por meio da mente, da imaginação e das emoções. Nossos corpos podem estar fisicamente presentes em um determinado local ou situação, mas nossas mentes e sentimentos podem estar localizados em outro lugar.

Vida

The human life [...] is defined as (spiritual – mental – physical) being-in-the-world, which is continuous in time and space. Only to the extent that a person has fulfilled the concrete meaning of human existence will the self be fulfilled [...].^{71:47}

A vida humana [...] é definida como um estar-no-mundo (espiritual – mental - físico), que é contínuo no espaço e tempo. Apenas na medida em que uma pessoa tenha encontrado o real sentido da existência humana o Self será preenchido [...].

Saúde

Health refers to unity and harmony within the mind, body and soul. Health is also associated with the degree of congruence between the Self as perceived and the Self as experienced.^{71:48}

Saúde se refere à unidade e harmonia entre Mente, Corpo e Alma. Saúde é também associada à níveis de congruência entre o Self Percebido e o Self Experienciado.

Enfermidade

Illness is not necessarily disease. Illness is subjective turmoil or disharmony within a person's inner Self or Soul at some level or disharmony within the spheres of the person, for example, in the mind, body and soul, either consciously or unconsciously. A trouble inner soul can lead to illness and illness can produce disease. Specific experiences, for example, developmental conflicts, inner suffering, guilt, self-blame, despair, loss and grief, and general specific stress can lead to illness and result in disease.^{71:48}

Enfermidade não é necessariamente doença. Enfermidade é desordem ou desarmonia subjetiva advinda do Self ou da Alma em algum nível ou desarmonia entre dimensões humanas, por exemplo, na mente, no corpo e na alma, consciente ou inconscientemente. Um problema da alma pode levar à enfermidade, e a enfermidade pode produzir doença. Experiências específicas, por exemplo, conflitos interiores, sofrimento, culpa, auto-punição, desespero, perda e luto, e estresse em geral podem levar à enfermidade e resultar em doenças.

Processo do Cuidado Humano

The Human Care Process between a nurse and another individual is a special, delicate gift to be cherished. The human care transaction provides a coming together and establishment of contact between persons; one's mind-body-soul engages with another's mind-body-soul in a lived moment. The shared moment of the present has the potential to transcend time and space and the physical, concrete world as we generally view it in the traditional nurse-patient relationship.^{71:47}

O Processo de Cuidado Humano entre um enfermeiro e outro indivíduo é um presente individual e delicado a ser valorizado. As transações do cuidado humano proporcionam uma aproximação e o estreitamento do contato entre pessoas; um sistema Mente-Corpo-Alma interage com outro sistema Mente-Corpo-Alma em um dado momento vivido. O Momento Presente partilhado tem o potencial de transcender tempo e espaço e o mundo físico concreto, como geralmente o compreendemos nos relacionamentos enfermeiro-paciente tradicionais.

A partir das matrizes conceituais, a teórica propôs um Modelo Processual que visa ilustrar e oferecer dinamismo na interação destes conceitos, conforme ilustrado (Figura 2)

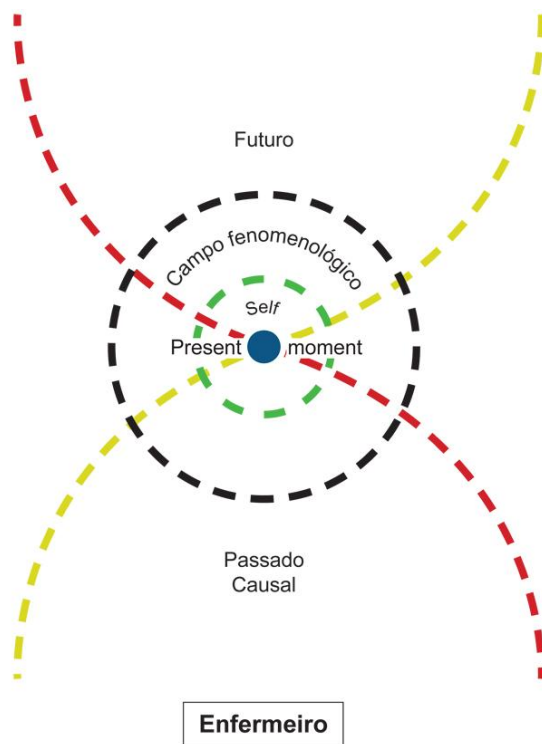


Ilustração: Gilberto Luiz de Biagi – Designer – COREN-SP

Figura 2 - Modelo Processual de Watson que representa do “Ser Profissional”

Fonte: Watson J. *The Philosophy and Science of Caring. Revised & Updated Edition*. Boulder: University Press of Colorado, 2008; p.6.

Observamos no Modelo Processual (Figura 2) que as linhas tracejadas nas cores amarelo e vermelha representam a continuidade da vida dos indivíduos e que, obrigatoriamente, possuem um Passado Causal, ou seja, eventos pretéritos (rompem a continuidade da relação espaço-tempo que conhecemos) que o projetam até o momento atual. O Futuro resultará da dinâmica entre o passado e o momento de vida atual. Pessoas consideradas saudáveis são aquelas que mantêm determinado padrão de organização bio-psico-sócio-espiritual. Na Figura 1 esta organização está representada pela linha tracejada na cor preta que define o campo ou esfera fenomenológica.

Por outro lado, em indivíduos doentes/enfermos ou em desarmonia o Modelo Processual é ilustrado da seguinte maneira (Figura 3):

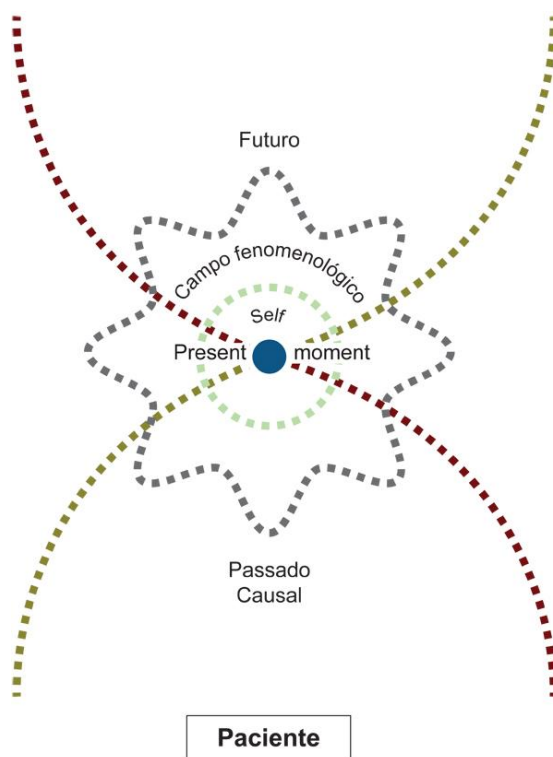


Ilustração: Gilberto Luiz de Biagi – Designer – COREN-SP

Figura 3- Modelo Processual de Watson que representa o “Ser Enfermo”.

Fonte: Watson J. *The Philosophy and Science of Caring. Revised & Updated Edition*. Boulder: University Press of Colorado, 2008; p.6

No Modelo Processual que ilustra o “Ser Enfermo” (Figura 3) as linhas pontilhadas em toda extensão da figura indicam desarmonia do sistema como um todo. As oscilações geométricas do Campo Fenomenológico demonstram o movimento desordenado das manifestações do indivíduo que podem ser percebidas tanto pelo profissional quanto pelo próprio paciente em diferentes

níveis (Físico, Mental, Espiritual). Todavia, é importante destacar que o campo que aponta o Self (círculo menor na cor verde-pastel) não sofre tais alterações por se tratar da esfera mais nobre e 'sagrada' do Ser e representa o mundo subjetivo dos indivíduos.

A manifestação do Self ocorre por meio das emoções, do comportamento, do corpo físico e suas características. Tais manifestações constituem e caracterizam o Campo Fenomenológico. Todavia, o Self oferece elementos para caracterização da Pessoa mas não é objetivamente confinado/restrito na relação espaço-tempo.

O **Campo Fenomenológico** (Phenomenological Field) é configurado no espaço de percepção do indivíduo e resulta da relação entre o Passado Causal e as experiências atuais construídas. Não está circunscrito à experiência exclusivamente física do sujeito, podendo ser infinitamente direcionado dependendo da capacidade de dilatação perceptiva dos indivíduos.

Tanto na representação do 'Ser Profissional' e do 'Ser Paciente' (Figuras 2 e 3 respectivamente), há um ponto central denominado **Present Moment**, que consiste do Momento (tempo, instante) Presente (atual, corrente) e está relacionado às experiências obtidas a partir da participação ativa do corpo físico enquanto intermediário na captação dos estímulos fornecidos pelo meio, independentemente da frequência, (em ondas – Ex: calor, som, toque, vibração, etc), intensidade e duração.

É a partir deste campo, deste ponto específico na relação espaço-tempo que os processos interacionais são estabelecidos no cuidado de Enfermagem. A estes processos é atribuída a denominação *Clinical Caritas Process*. Na medida

em que o Ser Profissional e o Ser Enfermo interagem existe a formação de uma relação denominada **Caring Occasion** - Ocasão de Cuidado (Figura 4).

Entretanto, em Watson⁷⁷, o Cuidado apenas acontece na Transpessoalidade uma vez que é estabelecido a partir das relações entre EU-TU / TU-EU. Para a autora^{70-71,77} uma *Relação de Cuidado* efetivamente ocorre quando existe a consciência de que este momento, o estar-com-o-outro, é regido por valores de natureza diversa e dualística (certo-errado; bom-mau; etc) que não deveriam ser negados ou refutados (como normalmente o são), mas compreendidos e conduzidos de modo que transformações pudessem ocorrer.

Na medida em que o profissional e o paciente não exploram tal Ocasão de Cuidado (Figura 4) a ponto de proporcionar experiências transformadoras em suas vidas, ocorre o que a teórica entende como Relações Assistenciais, ou seja, apenas a execução mecânica de procedimentos técnicos pertinentes tanto à área profissional como de competência hierárquica (Figura 4). As relações assistenciais podem ser permeadas por elementos ou características que configurem humanização, atenção e até mesmo carinho e afetividade, todavia, o Cuidado Real apenas é efetivado na medida em que o profissional e/ou paciente vislumbram a ocorrência de um campo de manifestação ostensivo de emoções e sensações que caracterizam movimentações da consciência, como se verá representado logo mais adiante (Figura 5).

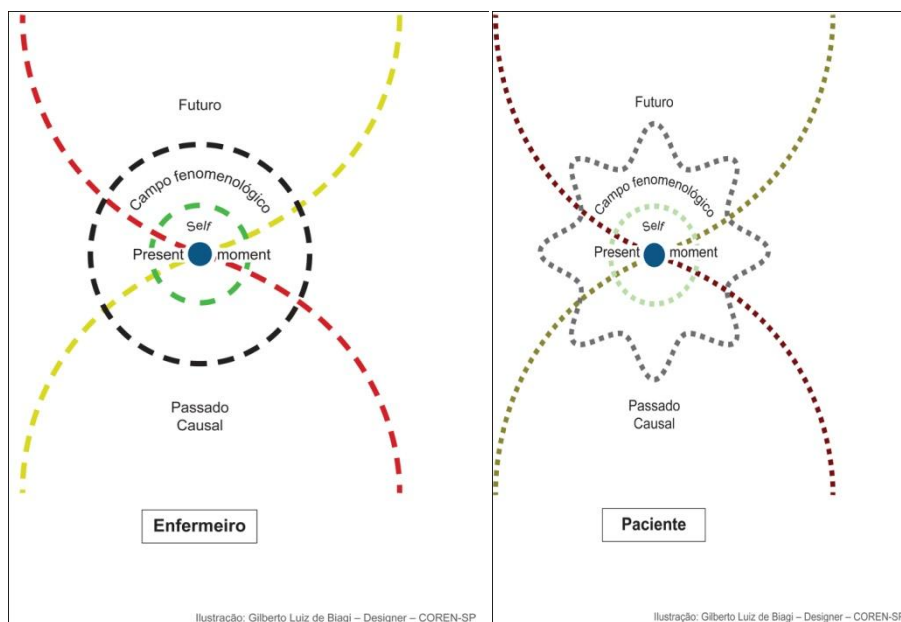


Figura 4- Representação da Relação Assistencial entre Profissional e Paciente.

Fonte: Watson J. *The Philosophy and Science of Caring. Revised & Updated Edition*. Boulder: University Press of Colorado, 2008; p.6.

A Figura 4 busca representar a aproximação das duas individualidades (Profissional e Paciente), ambos com distintos passados e futuros, *selves* e campos fenomenológicos, em um dado espaço e momento no tempo. Nessa aproximação entre o Ser Profissional e o Ser Enfermo existe um potencial de interação e de estabelecimento de uma Ocasão de Cuidado (Caring Occasion), que, no entanto, permanece nos limites de uma Relação Assistencial, não sendo explorada e aprofundada a ponto de transformá-la numa Relação Transpessoal.

De outro modo, no momento em que as duas individualidades se apresentam e ocorre a Transpessoalidade do Cuidado, momento este que a teórica⁷⁷ identifica como **Actual Caring Occasion** (Ocasão Real de Cuidado), o

passado e presente do Enfermeiro são somados ao passado e ao presente do Paciente que juntos, significam ou re-significam o sentido do futuro (Figura 5). É neste momento que o contato sutil entre as consciências ganha campo de manifestação e Experiências da Consciência (ou espirituais), são mais propensas a acontecer.

É justamente neste momento que há, em teoria, grande concentração da atenção de ambos – profissional e paciente – na interação e, a partir de toda sensibilização desencadeada, campos mais sutis podem ser acessados, entre eles a dimensão espiritual (Figura 5).

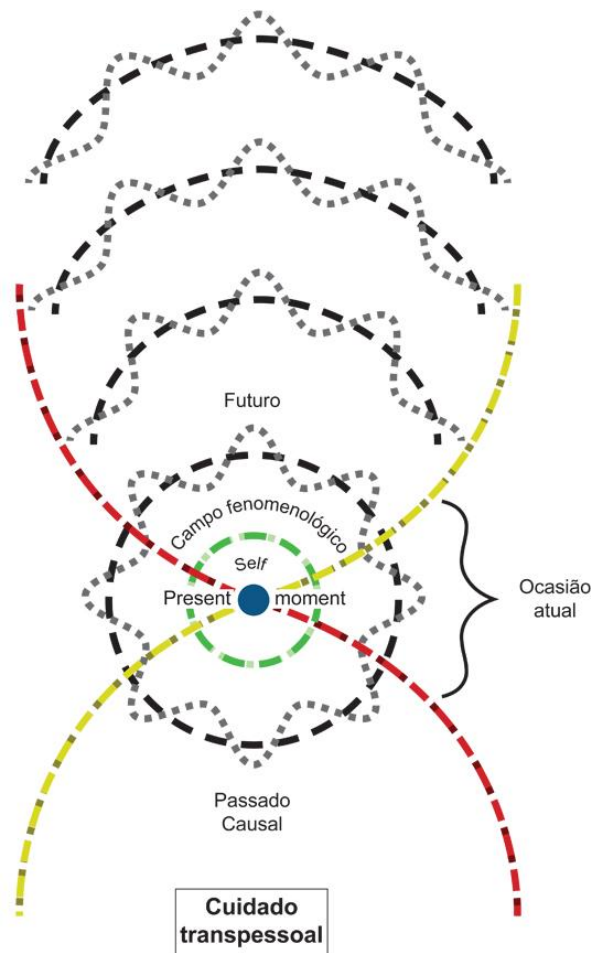


Ilustração: Gilberto Luiz de Biagi – Designer – COREN-SP

Figura 5- Modelo Processual de Watson que representa o Cuidado Transpessoal. [A expressão “Ocasão atual” no lado direito da figura deveria ser denominada como Ocasão Real de Cuidado (Actual Caring Occasion). Segundo o dicionário Oxford, “actual” é traduzido por “o que existe de fato, Real” e não Atual]

Fonte: Watson J. *The Philosophy and Science of Caring. Revised & Updated Edition*. Boulder: University Press of Colorado, 2008; p.6.

No intuito de potencializar a precisão da tradução tanto dos processos quanto dos elementos que compõe o modelo processual de Watson⁷⁷, submetemos um importante trecho da Teoria que descreve em detalhes os

elementos que engendram a Transpessoalidade, ou Ocasão Real de Cuidado, à técnica de tradução back-translation^{f 83}

Fragmento Original

In this work one finds the first mention of "Caring Occasion", "Phenomenal Field", "Transpersonal" and the "Art of Transpersonal Caring", inviting the full use of self within a "caring moment". The Caring Occasion/Caring Moment becomes transpersonal when 'two persons (nurse and other) together with their unique life histories and phenomenal field (of perception) become a focal point in space and time, from which the moment has a field of its own that is greater than the occasion itself. As such, the process can (and does) go beyond itself, yet arise from aspects of itself that become part of the life history of each person, as well as part of some larger, deeper, complex pattern of life'.^{77:5}

The Caring Moment can be an existential turning point for the nurse, in that it involves pausing, choosing to "see"; it is informed action guided by an intentionality and consciousness of how to be in the moment - fully present, open to the other person, open to compassion and connection, beyond the ego-control focus that is so common. In a caring moment, the nurse grasps the Gestalt of the presenting moment and is able to "read" the field, beyond the outer appearance of the patient and the patient's behavior. The moment is "transpersonal" when the nurse is able to see and connect with the spirit of others, open to expanding possibilities of what can occur.^{77:5}

^f*Back translation* ou retrotradução é uma técnica que consiste em traduzir um documento previamente traduzido, de volta ao seu idioma original,(Giusti, Belfi-Lopes, 2008). O procedimento foi realizado por dois tradutores: um nativo americano, fluente em português, e outro, cuja primeira língua é o português, mas que tem grande experiência na língua inglesa.

Versão Final da Tradução Confrontada

Neste trabalho, encontra-se a primeira referência de “Ocasão do Cuidado”, “Campo Fenomênico” (nas Figuras ficou como Fenomenológico), “Transpessoal” e “Arte do Cuidado Transpessoal”, convidando ao uso pleno do ‘Self’ [Eu] no “Momento de Cuidado”. A Ocasão de Cuidado/Momento do Cuidado torna-se transpessoal quando “duas pessoas (enfermeiro e outro indivíduo) junto com suas histórias de vida únicas e o campo fenomenológico (de percepção) tornam-se um ponto focal no tempo e espaço, a partir do qual o momento tem um campo próprio que é maior do que a própria ocasião. Como tal, o processo pode ir (e vai) além dele próprio, e ainda surge de aspectos próprios que tornam-se parte da história de vida de cada pessoa, assim como parte de um padrão de vida maior, mais profundo e complexo”.

O Momento do Cuidado pode ser um ponto de virada existencial para o enfermeiro, que envolve pausa, escolha por ‘ver’; é uma ação informada, guiada por uma intencionalidade e consciência de como ser no momento – totalmente presente, aberto para a outra pessoa, aberto para a compaixão e conexão, além do foco no controle do ego, que é tão comum. Num momento de cuidado, o enfermeiro capta a *Gestalt* do momento presente e é capaz de “ler” o campo, além da aparência exterior do paciente e do seu comportamento. O momento é “transpessoal” quando o enfermeiro é capaz de ver e se conectar com o espírito dos outros, aberto para expandir possibilidades do que possa vir a acontecer.

Como apresentado, a Teoria do Cuidado Transpessoal^{70-71,77}, possui em seu *corpus* teórico dois elementos centrais que vem ao encontro das necessidades deste trabalho: posiciona, em definitivo, a Enfermagem no paradigma espiritual e oferece uma abertura coerente para a conexão comunicacional que este estudo exige. Atualmente é a mais comentada nas pesquisas de Enfermagem que têm se debruçado sobre questões relacionadas a Espiritualidade⁸⁴⁻⁹¹.

Associado aos vários aspectos ideológicos de Nightingale, Watson⁷¹ estabeleceu pilares para sustentar as matrizes conceituais a partir da criação do

que ela denominou de *Carative Factors*, elementos norteadores de sua concepção de Cuidado Transpessoal, lançada em 1979⁷⁰.

É importante destacar que o Processo Interacional Paciente-Profissional é direcionado a partir da tríade: Mente-Corpo-Espirito. Níveis de interação podem ser diferencialmente alcançados mediante o conhecimento de fatores envolvidos nas relações, tais como o contexto, as emoções, a subjetividade e intersubjetividade, entre outros. Assim, as relações pautadas apenas a partir do conhecimento tecnológico não são as mesmas das construídas a partir das experiências humanas vividas⁷⁷.

O termo *Carative* expressa o “cerne” da Teoria, e posiciona a Enfermagem centralizada no conhecimento e compreensão do “*Care*”, ou seja, de Cuidado propriamente dito e não voltada para o fenômeno “*Cure*” – Cura- uma vez que esta seria a aspiração máxima da Medicina. A proposta do Cuidado em Enfermagem, em teoria, não é e nunca foi curativa, mas fundamentalmente uma proposta de Cuidado Humano pautada por diferentes olhares teóricos⁷⁰.

Originalmente, os *Carative Factors* totalizam dez princípios elementares para a prática de Enfermagem, intrinsecamente relacionado à construção de vida dos profissionais desta área, sendo eles⁷⁰:

- 1- *Formação de um sistema de valores humanísticos-altruísticos*: são edificados no decorrer da vida, principalmente através das experiências da infância que serão, posteriormente, personificadas em um sistema de filosofia de vida que guiará a vida madura;
- 2- *Instituição da Fé e da Esperança*: premissas para o entendimento holístico de Ser Humano e estão intimamente ligados com o princípio anterior de formação de valores humanísticos-altruísticos. São elementos

considerados importantes desde o berço da filosofia grega e explorados atualmente como influentes no processo de recuperação da saúde e enfrentamento das doenças;

- 3- *Cultivo da Sensibilidade em Si e no Outro*: habitar a condição humana significa basicamente Sentir e envolve relacionamento com os outros, consigo, com a natureza, com Deus ou um Poder Superior. Esta habilidade é desenvolvida a partir dos estados emocionais e determina a intensidade do envolvimento do profissional nas relações de cuidado;
- 4- *Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança*: é dependente do nível de desenvolvimento dos três fatores anteriores e é o elemento básico para alta qualidade do cuidado. Está fundamentado nos processos de comunicação interpessoal, que serão melhor explorados neste trabalho;
- 5- *Promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos*: os sentimentos são destacados como responsáveis pela orientação do comportamento humano. Sua valorização, compreensão e aceitação são indicativos de um nível de amadurecimento e conhecimento de necessidades humanas por parte dos profissionais;
- 6- *Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para tomada de decisão*: é necessário para o desenvolvimento do saber e direcionamento do conhecimento obtido com pesquisas na prática profissional, contudo a polarização determinista e materialista no uso deste método tem gerado conflitos na prática de Enfermagem. Sua aplicação é eficaz quando empregada como coadjuvante na identificação de problemas. Basicamente formado de métodos experimentais e não-experimentais;
- 7- *Promoção de um processo interpessoal de ensino-aprendizagem*: o cuidar é um processo basicamente interpessoal e envolve uma relação entre ensino-aprendizagem. O enfermeiro exerce a boa prática do cuidado na medida em que desenvolve a habilidade de melhor utilizar as informações obtidas (verbais ou não-verbais) e convertê-las em

instruções cognoscíveis para o desenvolvimento de autonomia dos pacientes;

- 8- *Provisão de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual de apoio, proteção e/ou corretivo:* esses ambientes estão dispostos na teoria em dois grupos de variáveis, onde o primeiro é definido como Variáveis Externas (físico e social) e Variáveis Internas (mental, espiritual e cultural). Estas variáveis podem ser exploradas quantitativa ou qualitativamente, mas são, obrigatoriamente, interdependentes.
- 9- *Assistência a partir da gratificação das necessidades humanas:* as necessidades humanas são classificadas em:
 - a. Necessidades de Ordem Inferior, subdivididas em necessidades de sobrevivência (biofísicas) e funcionais (psicofísicas)
 - i. Biofísicas: Alimentação e Líquidos, Eliminação e Ventilação
 - ii. Psicofísicas: Atividade-inatividade e Sexualidade
 - b. Necessidades de Ordem Superior, subdivididas em necessidades integrativas (psicossociais) e necessidade de busca de crescimento na vida (intrapessoal e interpessoal)
 - i. Psicossociais: necessidade de associação e pertencimento social
 - ii. Intrapessoal e Interpessoal: necessidade de auto-realização
- 10- *Reconhecimento da existência de forças fenomenológicas-existenciais-espirituais:* responsável por iniciar o processo de re-conexão das partes fragmentadas do Ser Humano. As forças existenciais deveriam ser primeiramente questionadas e identificadas pelos enfermeiros em sua própria intimidade para que, *a posteriori*, fossem reconhecidas no outro. O reconhecimento da atuação destas forças auxilia o enfermeiro a compreender o significado que as pessoas encontram para vida, o que possibilita o desenvolvimento de intervenções que possibilitem o re-significado dos momentos difíceis.

Os *Carative Factors* se tornaram a base, ou o *Core*, fundamental da Teoria do Cuidado Transpessoal, uma vez que se tratam de diretrizes operacionadoras para aplicação da Teoria, tanto no ensino, como na pesquisa e prática clínica. Contudo, após a revisão de alguns conceitos e fundamentos, a teórica⁷¹ propôs, em 1988, uma amplificação dos eixos norteadores de sua teoria, principalmente com o aprofundamento dos princípios metafísicos de Nightingale.

Justamente neste momento histórico, a Dimensão Espiritual foi colocada como conceito fundamental nos princípios para o Cuidado Transpessoal, uma vez que Watson⁷¹ considerava a ciência ocidental, inclusive a Enfermagem, alienada em um paradigma demasiado patologista, abstrato, em alguns aspectos religioso e controverso.

De acordo com a autora⁷¹, uma visão metafísica na Enfermagem é capaz de resgatar ideias fundamentais que emergem da alma humana do abismo aberto pelos excessos tecnológicos, tratamento robótico para uma pretensa cura que tem resultado no superficial envolvimento homem-a-homem. O desenvolvimento de um conjunto teórico e filosófico fundamentado em princípios transcendentais, é capaz de despertar a necessidade de integração e harmonização entre mente, corpo e alma.

Assim, neste novo *corpus* teórico a natureza da vida humana é concebida a partir do pressuposto de que um espírito habita um corpo, e que não é restrito por um entendimento de espaço-tempo material e cronológico. Esta noção permite a compreensão de um Ser que interage por dimensões próprias, com capacidade de coexistir entre passado, presente e futuro e que continua a existir no tempo, cujo

corpo pode desfalecer, mas a essência, o espírito, continua sua jornada de vida, em outras dimensões⁷¹.

Neste sentido, o grande objetivo da Enfermagem está no papel de auxiliar as pessoas a se elevar aos mais altos níveis de harmonia entre as três dimensões que compõe o homem (físico, mental e espiritual) e para que este objetivo seja alcançado, sete premissas básicas devem ser levadas em consideração nas relações entre Enfermeiro e Paciente:

- 1) A mente humana e as emoções são “as janelas” para acesso à alma;
- 2) O corpo humano está limitado no tempo e no espaço, mas a alma existente não se limita a essas dimensões;
- 3) O enfermeiro pode ter acesso à mente, às emoções em seus aspectos mais íntimos, direta ou indiretamente através de qualquer uma das três dimensões – mental, física e espiritual;
- 4) O Espírito existe por si mesmo e se caracteriza pela habilidade de ser livre, de evoluir por intermédio do processo de vida humana;
- 5) As pessoas necessitam umas das outras e esta interação é caracterizada como um processo de amor e de cuidado;
- 6) O caminho existencial de uma pessoa é passível de ser vivenciado com experiências de Doença e para que se encontre uma solução é necessário que se encontrem os sentidos para a vida; e, finalmente
- 7) A totalidade das experiências de qualquer momento é constituída na esfera dos fenômenos, que são estruturas individuais de compromissos e relações internas edificadas pelas relações entre passado, presente e futuro.

Assim, a Dimensão Espiritual é concebida pela autora⁷¹ como o *Mundo do Espírito*, experienciado através de um campo fenomenológico de interação entre dois Seres. As características deste encontro transcendem os limites de tempo e espaço, bem como barreiras sensitivas físicas, podendo ser caracterizado a partir das Experiências da Consciência (ou espirituais). Muito embora acreditemos que muitos profissionais já tenham vivenciado tais experiências espirituais na sua prática cotidiana, muito pouco foi explorado a este respeito no campo da pesquisa pela Enfermagem nacional.

Vale destacar que Watson^{70-71,77} propõe a cuidado físico e os procedimentos técnicos como altamente importantes; no entanto, o nível mais elevado do cuidado ultrapassa estes aspectos, expandindo-se para os planos emocional e espiritual. Entende o Ser Humano como possuidor de um Passado Causal, uma história de vida memorizada por meio de experiências, que são externadas pelo espírito através dos diversos meios de expressão comunicacional que o corpo físico possui.

Para que este nível de cuidado venha a ser desenvolvido, a autora⁷¹ indica que o profissional deve apresentar: a) um compromisso moral de proteger e realçar a dignidade humana; b) afirmação e compreensão do significado da subjetividade das pessoas; c) habilidades para detectar sensações e condições da subjetividade dos indivíduos, inclusive de si mesmo, através de ações, palavras, comportamento, cognição, toque, intuição, linguagem corporal, entre outros; d) capacidade de sentirem-se unidos com os outros e com o universo em um movimento de harmonização mental, física e espiritual, esforçando-se para direcionar energias promotoras de saúde; e) capacidade para utilizar seus

sentimentos, edificados através das experiências vivenciadas, como forma de conexão com outros indivíduos. Para que estes elementos sejam positivamente utilizados, cabe aos profissionais ampliarem seus conhecimentos e vivências por meio do contato com outras culturas, valores, meditação, psicoterapia, entre outras atividades.

Conforme observado, o Cuidado em Enfermagem é situado como um momento único, profundo, e que requer elementos transcendentais para que seja apreendido e compreendido. Neste sentido, após a primeira expansão dos construtos teóricos, a autora concluiu, no ano de 2008, uma nova terminologia para o que originalmente ela definira como *Carative Factors*, haja vista que as novas premissas exigiram novos termos para dar sentido à profundidade do Cuidado Transpessoal. Nesta fase pós-moderna, ocorre o aprimoramento conceitual do *Carative Factors* para *Clinical Caritas Process*⁷⁷.

O termo *Caritas* advém do latim *Cherish* e tem tradução aproximada para o português como *Estimar, Apreciar, Tratar com Carinho, Ter Sentimentos por*^{77,92}, e sua conotação em *Clinical Caritas* indica a preposição do Amor como elemento fundamental para que o Momento do Cuidado seja estabelecido na clínica. E esta evocação do Amor no contexto do Cuidado é, decididamente, uma construção Espiritual⁷⁷.

Como resultado, a autora apresenta as seguintes transformações: os dez *Carative Factors* deram lugar ao ***Clinical Caritas Process***, que configura os atributos para acesso à Dimensão Espiritual, ou Momento Real de Cuidado (Tabela 1).

Tabela 1- Comparativo entre os Fatores Caritativos originalmente descritos em 1979 e o atual Processo Caritativo. São Paulo – 2012.

Fatores Caritativos – 1979	Processo Caritativo 2002-2007
1. Formação de um sistema de valores humanísticos-altruísticos.	1. <i>Prática do amor/amabilidade e equidade para Si e para o Outro.</i>
2. Instituição da Fé e da Esperança	2. <i>Estar autenticamente presente; possibilitar, sustentar e honrar profundamente o sistema de crença e o mundo subjetivo do Outro/Si.</i>
3. Cultivo da Sensibilidade em Si e no Outro	3. <i>Cultivo de uma prática Espiritual própria e um “Self” transpessoal que vai para além do próprio Ego.</i>
4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança	4. <i>Desenvolvimento e permanência de uma autentica relação de Cuidado</i>
5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos	5. <i>Estar presente para apoiar a manifestação de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profunda consigo e com Ser-para-o-Cuidado.</i>
6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para tomada de decisão	6. <i>Uso Criativo do “Self” e de todos os outros conhecimentos reconhecidos como parte do processo do Cuidar para engajamento em um processo de recuperação de saúde por intermédio da arte;</i>
7. Promoção de um processo interpessoal de ensino-aprendizagem	7. <i>Enganjar-se verdadeiramente nas experiencias de ensino-aprendizagem dentro do contexto do Cuidar – atender a outra pessoa integralmente e o sentido subjetivo da experiencia;</i>
8. Provisão de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual de apoio, proteção e/ou corretivo	8. <i>Criação de um envolvimento saudável em todos os níveis, tanto físico como não-físico, consciencial e energeticamente refinado, pelo qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados</i>
9. Assistência a partir da gratificação das necessidades humanas	9. <i>Com reverencia e respeito, assistir as necessidades humanas básicas; Manter a intencionalidade consciencial do Cuidado ao tocar e lidar com o espirito encarnado do outro, honrando a unidade do Ser; Permitir a conexão espiritual.</i>
10. Reconhecimento da existência de forças fenomenológicas-existenciais-espirituais	10. <i>Abertura e atenção às dimensões espiritual, misteriosa, desconhecida e existencial inerentes à Vida-Morte-Sofrimento.</i>

A expansão da visão de mundo e o pensamento crítico-reflexivo são elementos fundamentais para a Ciência do Cuidado e, ao considerar o Ser Humano essencialmente espiritual, compreende-se que ele é transcendente e, se transcende, torna-se um *Projeto Infinito*⁹³.

Com base no exposto, pressupomos neste estudo que o exercício do Cuidado é, obrigatoriamente, composto por diferentes níveis e formas de relações humanas. Neste sentido, as Relações Interpessoais entre profissional e paciente permitem – ou não – com que ‘Ocasões de Cuidado’ sejam potencializadas. Todavia, para que a Transpessoalidade ocorra, faz-se necessária a tomada de consciência dos movimentos que estão intrinsecamente relacionados à prática do Cuidado. Em verdade, o grande objetivo a partir desta perspectiva é perseguir a ocorrência do ‘Momento Real de Cuidado’.

Quando fenômenos ocorrem para além de um resultado de sucesso (um procedimento bem sucedido, cura, boa palição, etc), e pairam sobre a re-significação de valores, é estabelecido determinado nível de relacionamento onde é possível compreender que o cuidado humano requer alta capacidade de veneração da pessoa enquanto um espaço Misterioso, uma dimensão única, exclusiva, espiritual. Adentrar, profunda e verdadeiramente neste universo de possibilidades que é o Ser Humano se trata muito mais de um galgar metafísico puramente físico. Quando este espaço fenomenológico é formado, ocorre o que o teórica denomina de ‘*Experiências da Consciência*’⁷⁷.

4. Objetivos

A dinâmica do Cuidado Transpessoal, no momento do Cuidado se manifesta em um campo consciencial. As dimensões transpessoais de um momento de cuidado são afetados pela consciência do enfermeiro no momento de cuidar, que por sua vez afeta todo o campo de interação.

Jean Watson

- Analisar o conceito de Espiritualidade a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal proposta por Jean Watson;

- Discutir a(s) relação(ões) entre Experiências da Consciência (Espirituais), nos campos de interação denominados pela teórica de 'Momento Presente', 'Campo Fenomenológico' e 'Ocasão Real de Cuidado';

Com base no exposto, este estudo apresenta as seguintes hipóteses:

- ✓ *Há diferenças entre Relações Assistenciais (Contato) e Ocasão de Cuidado (Encontro) em Enfermagem, sendo que no primeiro caso ocorre o contato puramente técnico-instrumental e, no segundo, há percepção consciente de campos metafísicos que compõe o Cuidar.*
 - *O contato Técnico-Instrumental, quando adequadamente realizado, proporciona movimentos de interação pessoa-a-pessoa que oferece suporte à dimensão biológica e, em determinadas circunstâncias, à dimensão emocional.*
 - *Quando Ocasão de Cuidado é estabelecida, há direcionamento do campo Psíquico (Self), favorecendo o contato entre consciências (Espírito).*
- ✓ *Quando há percepção consciente dos campos metafísicos, há acesso a uma dimensão imaterial, ou espiritual percebida pela ocorrência de Experiências da Consciência.*
- ✓ *Quando há Cuidado a Dimensão Espiritual é acessada uma vez que elementos de descoberta e transformação emergem do contato Face-a-Face.*

Essas hipóteses buscam sustentar a tese de que: *O Cuidado e Espiritualidade interagem simbioticamente, gerando campo denominado Momento do Cuidado, passível de ser acessado a partir de Processos Caritativos intencionalmente aplicados.*

5. Considerações Metodológicas

Uma epistemologia do Sul assenta em três orientações;

Aprender que existe o Sul;

Aprender a ir para o Sul;

Aprender a partir do Sul e com o Sul.

Boaventura de Sousa Santos

A construção do conhecimento em Enfermagem sempre foi pautada no envolvimento e observação do paciente e dos elementos que o circundam a partir do relacionamento interpessoal. Naturalmente, na medida em que as ciências exatas se aproximaram da prática em saúde, houve grande demanda de esforços, tanto acadêmicos quanto práticos, no sentido de explorar os mecanismos e influência da tecnologia na intermediação das relações cuidativas. Para essas novas relações, linguagem nova. Com isto, conceitos têm sido introduzidos/clarificados de tempos em tempos na prática de Cuidado, seja através de Teorias de Enfermagem, seja por Modelos Teóricos ou aproximações filosóficas pertinentes ao problema em foco.

Uma autora⁶⁶ categoriza a estrutura terminológica na Enfermagem em três grupos: *Termos Globais*, *Termos de Trabalho* e *Termos Centrais*. No primeiro grupo os termos são expressões que representam questões amplas e relevantes para Enfermagem enquanto ciência. Este grupo é composto especialmente por palavras inseridas em determinado metaparadigma, domínio (área) e filosofia. No segundo grupo, os Termos de Trabalho, as palavras caracterizam os elementos de cuidado na prática de Enfermagem e expressam fenômeno, conceitos, construtos e preposições.

Entre os Termos Globais e os Termos de Trabalho se encontra os Termos Centrais, compostos especialmente pelas palavras Modelo, Teoria, Paradigma, Disciplina, Pesquisa e Ciência. Interrelacionados, os grupos compõem uma dinâmica tipicamente interativa que propulsiona a construção do conhecimento, tanto na prática, quanto na teoria de Enfermagem. Ainda para a autora⁶⁶, frente à situações novas ou necessidades emergentes em cada tempo e ocasião, é

fundamental a análise da dinâmica das palavras envolvidas na descrição dos fenômenos sob uma perspectiva minuciosa e interacionista.

Indubitavelmente, quanto melhor definidos os conceitos que pautam a descrição de determinado fenômeno, independente da perspectiva analítica, melhores são as probabilidades de interação entre o sujeito e o fenômeno. Neste sentido, quando mais de um conceito compõe o campo de exploração do observador, é necessária a construção de um Modelo Teórico que fundamente e explicita, de maneira coerente, a interatividade dos termos.

Trabalhos de grande impacto na Enfermagem têm sido publicados no sentido de clarificar a definição de Conceito, que pode ser compreendido como a representação de um fenômeno que é percebido e experienciado nas relações humanas⁶⁶. Naturalmente, quando determinado fenômeno é observado por olhares diferentes, a experiência da observação não será a mesma, pois os atributos que o compõe (conceito) sofrem interferência da corrente filosófica que fundamenta o processo observacional.

O ajuste e clareza do referencial adotado para explorar conceitos é premissa para os pesquisadores, haja vista que três níveis de conceitos pode ser estabelecido: Conceitos Globais, representados por metaparadigma; Conceitos Centrais, que envolvem conceitos semelhantes e relacionados com um ou mais conceitos globais e, no terceiro nível, encontram-se Conceitos Empíricos, que são os mais precisos e mensuráveis. Assim, a análise de conceito deverá ser relevante e coerente com o metaparadigma abrangente, uma vez que a premissa inicial para aplicação das técnicas de análise é de que, via de regra, os conceitos

a serem analisados são usados de modo inconsistente e/ou geram confusão na área de aplicação⁹⁴⁻⁹⁵.

O desenvolvimento do pensamento teórico no campo do cuidado deve estar sistematicamente organizado em pelo menos duas formatações: Modelos Teóricos e/ou Teorias. No primeiro caso, trata-se de uma possibilidade de representação da realidade ou, em outras palavras, um modo simples de organização de um fenômeno complexo⁶⁶.

A model has also been described as a mental or diagrammatic representation of care which is systematically constructed and which assist practitioners in organizing their thinking about what they do, and in the transfer of their thinking into practice for the benefit of the client and the profession. Models, therefore, are conceptual tools or devices that can be used by an individual to understand and place complex phenomena into perspective^(66:14).

Um modelo também tem sido descrito como uma representação mental ou esquemática do cuidado que é sistematicamente construída e que auxiliam os profissionais na organização de seu pensamento sobre o que eles fazem e na transferência de seu pensamento em sua prática visando o benefício do cliente e da categoria. Modelos, então, são ferramentas conceituais ou dispositivos que podem ser usados por um indivíduo no intuito de compreender e colocar fenômenos complexos em evidência.

Por sua vez, a Teoria tem como princípio o direcionamento e sistematização de fundamentos que propõe a descrição de leis que expliquem determinado fenômeno. Especificamente no campo da Enfermagem – e boa parte das profissões que compõe o campo da saúde – é praticamente impossível postular Leis dada a complexidade do Ser Humano enquanto organismo vivo em um sistema também complexo⁹⁶⁻⁹⁹. O mais aceitável parece ser a pulverização de diferentes tipos de Teorias que auxiliam na descrição, explicação, predição e/ou controle do comportamento humano. Assim, pode-se definir Teoria como:

A set of concepts, definitions and propositions that project a systematic view of phenomena by designating specific interrelationships among concepts for the purpose of describing, explaining, predicting and/or controlling phenomena.(...) Because of the emphasis on prediction and control and the hierarchical nature of the definitions, these viewpoints appear to have their origins in empirical quantifiable science^{66:14}.

Um conjunto de conceitos, definições e proposições que projetam uma visão sistemática dos fenômenos através da designação de interrelações entre os conceitos específicos com a finalidade de descrever, explicar, prever e/ou controlar fenômenos. (...) Devido à ênfase na previsão e controle, bem como a natureza hierárquica das definições, esses pontos de vista parecem ter suas origens na ciência empírica quantificável.

O uso de um ou outro esquema de disposição conceitual (teoria ou modelo) dependerá de aspectos tais como a clareza do paradigma em que o objeto central está situado, o 'estado da arte' da disciplina enquanto campo de reprodução do conhecimento e ainda a dimensão e profundidade das linhas de pesquisa na área. Todavia, independente do alcance, a sistematização conceitual configura possibilidades para que fenômenos emergentes das relações de cuidado não sejam percebidos como estranhos, mas sim como elementos de trabalho que potencializam e integralizam a assistência prestada¹⁰⁰⁻¹⁰³.

5.1 A Análise de Conceito: Aspectos Históricos

Conceitos parecem ser o grande desafio para a Enfermagem, seja no campo do ensino, da pesquisa e da prática profissional especialmente por se tratar das lentes pelas quais compreendemos o mundo e as coisas do mundo¹⁰⁴⁻¹⁰⁵. Há muito na literatura da Enfermagem que aponta o 'como' colocar em prática

determinado conceito, todavia, o que comumente se desconhece são os fundamentos filosóficos, ontológicos e epistemológicos que potencializam o conhecimento do fenómeno em questão¹⁰⁶.

Enquanto campo científico, sem o processo inicial de decodificação da base filosófica do conceito corre-se grande perigo de banalização ou superficialização de determinado fenómeno a partir da adoção de uma postura bem menos crítica em relação aos conceitos com os quais o profissional interage em determinadas situações.

Embora questões conceituais possam estar intrinsecamente relacionadas à própria história da humanidade, o desenvolvimento de conceitos na Enfermagem surgiu enquanto *corpus* técnico de clarificação de ideias juntamente com o processo de teorização do Cuidado, no início da década de 1970, enquanto que em outras áreas do conhecimento, como a sociologia e antropologia, o trabalho com conceitos antecede a década de 60¹⁰⁶⁻¹⁰⁷.

Na década de 70, em meio às necessidades de formalização do processo de trabalho da Enfermagem, um grupo de enfermeiros formentou a ideia de que é por intermédio dos conceitos e de suas unidades de significado que os indivíduos interagem em sociedade. Além deste aspecto, consensuaram que é a partir da compreensão dos conceitos que a Enfermagem avança como ciência e prática, uma vez que, para qualquer categoria profissional os conceitos devem encarnar um significado compartilhado ou comum¹⁰⁸⁻¹¹⁰.

Deste modo, o produto final pretendido com os métodos de análise de conceito é uma melhor compreensão dos fenómenos que a Enfermagem interage a fim de facilitar a comunicação dentro de contextos específicos. Muitos termos

têm sido utilizados na intermediação do diálogo entre teoria e prática do cuidado, abstraindo ideias usuais da prática para níveis de compreensão teórico/conceituais.

Originalmente, a técnica de Análise de Conceito foi desenvolvida por um educador inglês (Wilson, 1963) no início dos anos 60. O pesquisador diagnosticou problemas no modo de aprendizagem de seus alunos e se valendo da sistematização da análise crítica de conceitos procurou estabelecer maneiras mais eficazes de comunicação¹⁰⁵. Argumentou que, enquanto ferramentas de comunicação, os conceitos devem ser analisados criticamente para clarificação de seu significado e, para que em seguida, a melhor linguagem pudesse ser utilizada¹⁰⁵. Pressupunha ainda que os conceitos não são entidades “fixas” com “significados reais”, logo, careceriam de estratégias analíticas que cerceassem aspectos de instabilidade e subjetividade dos termos¹⁰⁵. Na Enfermagem a técnica foi introduzida por Walker & Avant¹¹¹, e dividida em oito elementos básicos. Desde então, diversos outros autores têm promovido modificações e ampliações nas modalidades analíticas¹¹²⁻¹¹⁵.

Contudo, especialmente na Enfermagem brasileira, pouco tem sido descrito a respeito das relações entre a linguagem e a ontologia dos conceitos, resultando no dual discurso acadêmico, polarizado entre aceitar a relevância do desenvolvimento/análise sistematizada dos conceitos e definir quais conceitos podem ser entendidos como ‘científicos’¹⁰⁵.

Compondo o enredo do escasso rol de estudos que se dedicaram ao estudo de conceitos pautados em direcionamentos técnicos clássicos, há diversificações técnicas tais como a Análise Híbrida de Conceito¹¹⁶⁻¹¹⁷, a Análise

Evolucionária de Rogers¹¹⁸, a Análise de Conceito proposta por Morse¹¹⁹, entre outros grupos de estudos que se dedicam a explorar conceitos através de técnicas de análise menos clássicos¹²⁰⁻¹²³.

Todavia, há grandes críticas relacionadas a determinadas técnicas de Análise e Clarificação de Conceitos uma vez que, se não estão adequadas ao fenômeno estudado e fortemente contextualizadas ao paradigma norteador, no caso a teoria escolhida, tendem a originar pressupostos insustentáveis e até mesmo arbitrários a partir da crença de que os conceitos são 'building blocks' quando na verdade são nichos criados pela teoria a fim de elucidar determinado evento ou situação¹²⁴.

Um outro autor¹²⁵ aponta que conceitos estão sempre ligados a determinado contexto além de evoluir ao longo do tempo, e por isto, sua realidade nunca será verdadeiramente conhecida. Entretanto, a partir da análise da evolução ciclica do conceito é possível estabelecer processos ou "modelos" que podem indicar significados estáveis.

O foco da análise não é criar um significado fixo para um conceito, mas estabelecer uma compreensão útil do significado compartilhado de um conceito dentro de perspectivas teóricas específicas que permita ancorar pressupostos teóricos na prática assistencial¹⁰⁷. O processo de análise é uma tentativa de organizar as variáveis que são conhecidas, mas que podem estar fora de contexto e desfuncionais ao foco de pesquisa¹²⁶⁻¹³⁰.

5.2 O Método de Análise de Conceito de Wilson: descrição e operacionalização do estudo.

Para este estudo, foi adotado o Método de Clarificação de Conceito proposto por Wilson^{115,127}. O método Wilsoniano tem sido fortemente ancorado na literatura de Enfermagem, especialmente no que diz respeito à exploração de fenômenos metafísicos cujo campo de definições ainda é nebuloso, uma vez que permite o estabelecimento de processos que operacionalizam determinado fenômeno a fim de que possam ser elaboradas teorias ou modelos de aproximação entre o profissional ou pesquisador e o(s) elemento(s) fenomenico(s) em questão.

Uma série de trabalhos foi desenvolvida a partir da técnica Wilsoniana na tentativa de discutir as relações existentes entre a linguagem conceitual e a ontologia de determinado fenômeno ou evento¹²⁸⁻¹³³.

O método constitui-se de 11 passos sequenciais, a saber: 1. Isolar as questões de conceito; 2. Encontrar as respostas certas; 3. Casos Modelo; 4. Casos Contrários; 5. Casos Relacionados; 6. Casos de Difícil Diagnóstico; 7. Casos Inventados; 8. O Contexto Social; 9. Anseios Basilares; 10. Resultados Práticos; 11. Resultados na Linguagem¹⁰⁶ (Quadro 2).

Quadro 2 - Passos do método Wilsoniano de Análise de Conceito

Passo	Processo
1. Isolar Questões de Conceito	Distinção entre questões de Fatos, Valores e Conceitos.
2. Encontrar as Respostas Certas	Exame dos múltiplos usos do conceito determinando quais correspondem à essência do conceito.
3. Caso Modelo	O analista descreve claramente um ou mais casos baseado em experiências reais que ilustrem o conceito a partir da perspectiva em questão. A análise do caso permite a identificação dos elementos essenciais do conceito.
4. Caso Contrário	O analista identifica e descreve claramente um ou mais casos a partir de experiências reais que não ilustram o conceito. A análise deste caso permite a identificação de elementos que não caracterizam o conceito.
5. Casos Relacionados	O analista identifica e descreve um caso que é semelhante ou ocorre em ambientes similares. A análise crítica do caso permite a identificação de elementos que são essenciais e os que não o são.
6. Casos de Difícil Resolução	O analista identifica e descreve um caso da vida real que não tem certeza se é ou não um exemplo do conceito. Ao examinar quais elementos do caso dificulta a classificação, o analista torna-se mais apto em determinar quais são essenciais e quais não o são.
7. Casos Inventados (fictícios)	Usado quando há casos insuficientes para esclarecer os elementos essenciais do conceito. Um caso é desenvolvido para utilizar o conceito fora do rol de experiências do analista a fim de esclarecer os elementos do conceito.
8. Contexto Social	O analista identifica quem usa o conceito, a forma e ambientes a fim de determinar o contexto no qual o conceito é utilizado.

9. Anseios Basilares	O Analista explicita os sentimentos subjacentes e discussões em torno do conceito. Identifica controvérsias e apresenta os debates sobre o conceito em análise.
10. Resultados Práticos	O Analista identifica os resultados da compreensão dos elementos essenciais do conceito. Estes resultados devem ser úteis para a prática cotidiana.
11. Resultados na Linguagem	O Analista define o conceito, bem como os seus 'elementos essenciais' a fim de identificar o melhor significado para o conceito.

A título de detalhamento, antes de apresentar os resultados da aplicação do método, optou-se por clarificar melhor como cada um dos passos deve ser desenvolvido, haja vista que no Brasil o método Wilsoniano não é amplamente difundido na Enfermagem, bem como, acreditamos, em outros campos de conhecimento da saúde.

5.2.1 Clarificando o método de Análise de Conceito de Wilson

1. Isolando Questões de Conceito

De acordo o criador do método¹¹⁵ há três tipos de questões que circundam os fenômenos cotidianos, a saber: questões de Fatos, questões de Valores e, por fim, questões de Conceitos. Neste sentido, questões de Fatos podem ser respondidas a partir do conhecimento que está disponível, independentemente da forma como é apresentado (artes, ciência, cultura, etc). Questões de Valores são respondidas a partir de princípios morais presentes nos indivíduos e/ou na

sociedade. Usualmente estes valores são edificados a partir da cultura que permeia determinados grupos de pessoas e sua construção é fortemente alicerçada em aspectos históricos. Questões de Conceitos, por sua vez, dizem respeito ao sentido ou significado. O modo como questões deste nível são respondidas, dependerá do prisma pelo qual são visualizadas. Neste aspecto, é fundamental que para responder questões de conceitos, haja clareza do paradigma o qual ela(s) está (ão) inserida(s) ¹¹⁵.

Um exemplo clássico utilizado pelo autor ¹¹⁵ a fim de clarificar a natureza da investigação de determinado fenômeno pode ser o seguinte:

“Is a whale a fish? [...] The answer to this question, according Wilson, might vary depending on whether the posing the question was a marine biologist or working in the Ministry of Agriculture and Fisheries. To the marine biologist, because a whale is a mammal, it may not “count” as a fish. On the other hand, to someone from the Ministry of Agriculture and Fisheries, a whale probably would be considered a fish since it swims in the sea with the other fish”^{115:56}.

É uma baleia um peixe?[...]. A resposta a esta questão, de acordo com Wilson, pode variar dependendo de como a questão é colocada, se para um biólogo marinho ou um representante do Ministério da Agricultura e da Pesca. Para o biólogo marinho, pelo fato de uma baleia ser um mamífero, ele não pode “contar” como um peixe. Por outro lado, para alguém do Ministério da Agricultura e da Pesca, uma baleia, provavelmente seria considerada um peixe, uma vez que nada no mar com os outros peixes.

Entretanto, raramente as questões lançadas a determinado evento/situação ou objeto estão em uma forma ‘pura’, ou claramente apresentadas. Usualmente estão misturadas, ou seja, fatos, valores e conceitos estão embutidos em um determinado contexto. Assim, um ou mais tipos de análises podem ser fazer necessários na clarificação daquilo que se pretende analisar ¹¹⁵. Como exemplo, se perguntássemos se uma pessoa internada em uma instituição psiquiátrica poderia

ser punida, o analista deveria se pautar em fatos acerca das características das pessoas que usualmente são internadas em hospitais psiquiátricos (usualmente indicadores clínicos), o que significa o conceito de punição e, finalmente, estabelecer valores e julgamento moral a respeito das punições mais apropriadas a indivíduos nesta condição¹¹⁵.

Em linhas bem específicas, o que caracteriza uma questão de conceito é o uso atual e possível das palavras, uma vez que ao lançar mão de uma questão desta natureza, o resultado estará direcionado aos critérios utilizados para determinar o significado do conceito em foco, ao invés de reduzir a palavra em uma definição simplista e superficial. Assim, o caminho que determinada pessoa escolhe para usar as palavras é considerado importante uma vez que são elas quem ditarão o modo mais ou menos eficaz para corroborar no direcionamento de ações em determinada situação.

É importante destacar aqui que as palavras e os significados destas são mutáveis de acordo com as renovações e revoluções que cotidianamente acontecem nas mais diversas culturas, bem como podem parecer diferentes quando aplicadas em disciplinas distintas. Na arquitetura, por exemplo, o conceito de *Suporte* geralmente elucida a ideia de determinada estrutura física que sustenta outra, enquanto que na Enfermagem é usualmente destinada a descrever a prestação de assistência emocional ou social.

Assumir um paradigma e explorar conceitualmente elementos que o circunscreve é tarefa primeira em qualquer campo de atuação, caso contrário, a acurada observação dos fenômenos se torna prejudicada pela ausência de

elementos que fomentam a clarificação de fatos e a construção/aplicação de valores.

2. Encontrar as Respostas Certas

Se, por um lado, é importante observar que questões de conceito não possuem uma única e exclusiva resposta “certa”, por tratarem do significado de uma palavra, também é válido ressaltar que não é aconselhável sustentar que conceitos são ilimitados e podem ser definidos por qualquer prisma, uma vez que por vezes um determinado conceito se aproxima mais do cerne de significado do fenômeno que outros¹¹⁵.

Neste sentido, muitas vezes os atributos que configuram um conceito são distantes da ideia central, como ocorre quando nos valem de metáforas para explicar determinada situação ou ideia. Ao buscar as “respostas certas” o analista determina quais elementos são essenciais para que o conceito se aproxime do núcleo de sentido e quais não são. Esta etapa carece de manutenção no alicerce teórico estabelecido para definir os limites da análise uma vez que, se não houver adequado alinhamento, o contexto poderá ser exacerbado e ocorrer incoerências interpretativas¹¹⁵.

Wilson points out that it is the sensitivity of the analyst to these essential and nonessential elements that makes for a successful analysis. in all concept analyses the goal is clarity of language and cogency of communication. Therefore, determining the really essential or typical features of a concept is a priority^{115:58}.

Wilson ressalta que é a sensibilidade do analista a esses elementos essenciais e não essenciais que torna uma análise bem sucedida. Em todas as análises de conceito, o objetivo é a clareza da linguagem e uniformidade na comunicação. Portanto, a determinação das características realmente essenciais ou típicas de um conceito é uma prioridade.

3. Casos Modelo⁹

O Caso Modelo é utilizado para auxiliar o analista a localizar os elementos essenciais que contextualizam e apresentam o paradigma do estudo. O processo de escrita de um caso corrobora para que o uso das palavras seja efetuado adequadamente. Sugere-se que ao menos dois Casos Modelos sejam contemplados para fins de comparação e análise de coerência, uma vez que são os Casos Modelos que servirão de parâmetro para os demais casos exemplo¹¹⁵.

A título de exemplificar a técnica, se tomarmos o conceito de *Ciência*, um caso modelo poderia ser:

Um químico está realizando uma série de experimentos no laboratório. Baseado em trabalhos de campo anteriormente realizados, o químico lança mão da hipótese de que uma combinação específica de elementos químicos produzirá uma droga que reduzirá a pressão arterial em ratos. Ao longo do tempo, o químico testa uma série de combinações e quantidades de fármacos até que um conjunto de possibilidades é encontrado para reduzir a pressão sanguínea de ratos. Após uma série de experimentações com as combinações diversificadas de fármacos, o químico publica um artigo em determinado jornal demonstrando os achados do estudo, correlacionando-os com outros estudos previamente realizados, propondo algumas modificações na teoria corrente e sugerindo áreas para estudos posteriores^{115:59}.

Outro exemplo pode ser dado para explorar o conceito de *Ciência*:

Um enfermeiro observa determinados comportamentos em pacientes internados em uma clínica médica. Com base na revisão de literatura e julgamento clínico, o enfermeiro dá início a uma série de terapias experimentais utilizando voluntários entre os pacientes com diagnóstico específico para o comportamento observado. A análise dos dados leva o enfermeiro a acreditar que um tratamento é substancialmente melhor do que outros. Após a publicação inicial dos resultados, o enfermeiro conduz uma série de outros estudos para confirmar os achados. Finalmente, o enfermeiro produz um artigo teórico sintetizando os resultados de

⁹ Todos os Casos presentes neste estudo foram constituídos em duas etapas: Primeiramente junto a especialistas na área de Comunicação em Enfermagem e, em seguida, discutidos e adaptados por especialista prático da área de Enfermagem e também pesquisadores em Qualidade de Vida e Espiritualidade.

todos os estudos e propõe um modelo terapêutico para o tratamento de determinado quadro clínico

Ao fazer a leitura dos casos, é possível localizar elementos comuns ao conceito clássico de Ciência, tais como: produção e acúmulo de conhecimento, teste de teoria e organização metodológica que são reconhecidos como atributos de Ciência. Há ainda o elemento “experiência” já que ambos os cientistas são profissionais qualificados para pesquisa. Além disto, contextualmente é possível observar que nos casos apresentados, os protagonistas submeteram os resultados a seus pares e ambos almejam repercussões no campo prático.

4. Casos Contrários

Casos contrários são de grande valia uma vez que auxiliam no processo de validação de elementos que definem atributos de determinados conceitos. É recomendado o uso de casos contrários, pois a análise comparativa potencializará o processo de reconhecimento de atributos. As características que tornam um caso contrário oferecem pistas para estabelecer as reais características dos conceitos em estudo¹¹⁵.

Tomando como exemplo o conceito de Ciência, explorado no Caso Modelo, segue um exemplo de Caso Contrário¹¹⁵:

Uma mãe está olhando seus filhos gêmeos brincarem no quintal com um amigo. Ela observa que os filhos se comportam de maneira diferente um do outro bem como diferentemente do amigo. Ela não compreende por que isto acontece. Depois de observar por alguns minutos, ela retoma o foco para a pia e continua a lavar pratos^{115:60}.

No caso apresentado não é possível encontrar os atributos que caracterizam o termo Ciência a partir da concepção clássica do conceito uma vez que, embora a mãe lance mão do processo observacional, não há indícios de esforços no processo de interpretação dos dados coletados, bem como estudo sistemático do fenômeno ou ainda acúmulo e divulgação do conhecimento adquirido.

5. Casos Relacionados

Usualmente muitos conceitos estudados não podem ser analisados em separado uma vez que estão intimamente conectados com outros similares. Tomemos como exemplo o conceito de Ciência, que está correlacionado com os conceitos de Filosofia e Saber. Isto implica que Casos Relacionados auxiliam no processo de avaliação da rede de conceitos que se aproximam do(s) conceito(s) em estudo e fortalece a compreensão de como ele (conceito em estudo) é diferente dos conceitos relacionados (elementos essenciais)¹¹⁵.

Para o conceito de Ciência [grifo nosso], Filosofia é um conceito relacionado, assim como Saber [Construção do Conhecimento]. Para Filosofia, um caso poderia ser de um professor que escreve uma série de ensaios sobre a origem do pensamento ético na cultura Celta. Para o campo do Saber/Conhecimento, um caso poderia ser de um estudante que criteriosamente examina a literatura sobre determinado assunto e produz um artigo sintetizando o conhecimento^{115:60}.

É importante observar que os Casos Relacionados se aproximam dos Casos Contrários, por não contemplarem elementos essenciais que caracterizam o conceito de Ciência, mas oferecem características que configuram a ideia de Campo Científico.

6. Casos de Difícil Resolução

São aqueles que devem ser construídos de modo que o analista não fique seguro em qual ponto o caso se enquadra como exemplo na análise por não reconhecer claramente os elementos essenciais. Deliberadamente o analista lança mão de ocorrências que são difíceis de classificar. Este tipo de caso permite com que ocorra a identificação e compreensão dos elementos que conferem dificuldade de análise potencializando assim a determinação de quais elementos são essenciais ou não aos conceitos¹¹⁵.

Ainda de acordo com o exemplo para o conceito de Ciência um caso de Difícil Resolução poderia ser:

Em um estudo, as hipóteses são geradas, testadas e resultados são obtidos. A diferença entre ciência e um único estudo é que este último pode tanto gerar como testar conhecimento, mas se o conhecimento não for publicado ele não será acrescido dentro de um grande corpo de conhecimento. O pesquisador pode, ou não, ser hábil ou a pesquisa pode ou não ser um problema realmente importante. Uma única pesquisa pode não implicar em ciência. Pesquisa é apenas um método da ciência; não é a ciência em si. Outro exemplo de caso de difícil diagnóstico pode ser um mecânico que está à procura de uma solução para um determinado problema até que ele a encontre. Hipóteses serão testadas até que a solução seja encontrada. Além disso, conhecimento pode não ser gerado e adições podem ou não ser feitas no campo da mecânica através desta prática^{115:61}.

A avaliação do uso coerente dos elementos essenciais e não essenciais para definição do conceito permite a identificação das limitações na expressão do conceito em determinado contexto.

7. Casos Inventados (Fictícios)

É comum determinados conceitos oferecerem dificuldade na identificação de diferentes instâncias no processo de clarificação uma vez que suas variáveis são muito diversificadas, seja no campo linguístico, seja no aspecto contextual. Um exemplo clássico é o conceito de Homem.

Encontrar um critério essencial para o conceito de Homem é particularmente difícil quando em nosso mundo Homem trata-se de uma generalização usual. Isso pode parecer confuso uma vez que sugere que apenas poderia ser necessário inventar casos quando conceitos são raros. Todavia, isto também pode ser necessário quando são demasiado familiares. Para determinar quais os elementos essenciais do conceito Homem, uma vez que existe um consenso universal entre as culturas sobre o que o homem é, não se pode encontrar exemplos suficientemente diferentes para clarificação do conceito. Utilizar o conceito fora de seu contexto e usar a imaginação para entender a nossa experiência real é muitas vezes uma maneira frutífera de aprender os elementos essenciais do conceito em estudo. Neste aspecto, Wilson perguntou se uma criatura que vive na terra, tem inteligência e se parece com um homem, mas não tem emoções, arte e senso de humor poderia ser chamado de Homem^{115:61-2}.

Em síntese, o analista lança mão de Casos Inventados quando um conceito descreve um fenômeno desconhecido ou quando é necessária clareza de um conceito familiar, cuja aplicação é muitas vezes esquecida ou negligenciada pelo automatismo cotidiano.

8. Contexto Social

É importante destacar que a linguagem é um dispositivo que apenas ocorre no contexto social e os conceitos têm o seu significado neste cenário e sofrem

variações de acordo com a cultura, diferenças geográficas e também entre diferentes disciplinas do conhecimento.

Uma análise mais sensível deve levar em consideração o cenário em que os conceitos serão empregados, especialmente quando se tratar de adaptações ou traduções oriundas de outra cultura¹¹⁵.

Parece haver mais controvérsia sobre como a Ciência é definida do que sobre o contexto em que ela ocorre. As discussões sobre o termo apontam para a ideia de que Ciência acontece em laboratórios, meio acadêmico, indústria, comércio e ambientes clínicos. No entanto, pode haver variações sutis no contexto conceitual, mesmo quando não há acordo geral sobre onde ela ocorre. Por exemplo, um químico em um ambiente industrial pode ver a Ciência de forma diferente de uma assistente social que trabalha em um abrigo para vítimas de abusos familiares. Embora os elementos essenciais da ciência permaneçam os mesmos, o foco das duas disciplinas (química e serviço social) podem ser tal, que para uma Ciência pode ser vista como "boa" e para outra pode ser diferente. As escolhas dos métodos de pesquisa podem ser diferentes, ou a ênfase em elementos essenciais individuais podem seguir caminhos diferentes^{115:62}.

Deste modo, o Contexto Social tem como princípio estabelecer o cenário para contextualização entre o conceito e o paradigma sob o qual ele é regido, ajustando as linhas que reforçam e clarificam os elementos essenciais.

9. Anseios Basilares

Este tópico está diretamente relacionado ao anterior (Contexto Social), uma vez que utilizamos os conceitos por um determinado propósito, ou seja, existe um desejo latente de que os eventos cotidianos possam ser explicados a partir do uso da linguagem. Se mediante a Análise de Conceito o analista conseguir determinar que sentimentos/sensações podem estar associados ao conceito em questão,

algumas clareiras podem ser abertas no campo de investigação relacionado ao conceito¹¹⁵.

O analista poderá perguntar se o conceito tem propriedades de gerar debate no campo científico em que está inserido, ou ainda se usualmente ele é visto de maneira positiva ou negativa e quais são as linhas de discussão e sustentação que ancoram o conceito ao contexto em que está situado. Como exemplo, o conceito de *Ciência* pode ser amplamente discutido quando tratado em termos de legitimar determinadas disciplinas acadêmicas mais recentemente desenvolvidas, como a própria Enfermagem, Ciências Sociais, entre outras¹¹⁵.

A importância deste tópico está em elencar situações que podem influenciar na dinâmica contextual do conceito em questão, especialmente quando se trata de situações em que o conceito é metafísico. Cabe ao analista estabelecer pontos de discussão e direcionar linhas que delimitem o contexto em que o conceito está inserido¹¹⁵.

10. Resultados Práticos

A compreensão de um conceito deve, por princípio, fazer diferença em nossas vidas, ou seja, o entendimento dos elementos essenciais de um conceito inevitavelmente resultará em possibilidades de repercussão na vida prática das pessoas. Compreender um conceito significa reconhecer as preocupações que tangenciam seu significado e isto permite melhor adequação das respostas ao fenômeno estudado¹¹⁵.

Os Resultados Práticos estão vinculados ao reconhecimento e identificação dos processos que dão vida ao conceito a partir do cenário em que ele foi

estabelecido, ou seja, dentro de determinado campo fenomênico. Por mais metafísico ou abstrato que seja o conceito analisado, existe a possibilidade do reconhecimento de tais processos e, quando ancorado a determinada teoria que potencialize sua explicação, maiores são as chances de se estabelecer possibilidades de intervenções que, minimamente, fomentem novas e consistentes experiências para futuras incursões¹¹⁵.

11. Resultados na Linguagem

Trata-se do último passo do método Wilsoniano de Análise de Conceito. Visto que muitas vezes as palavras possuem múltiplos e até mesmo ambíguos significados, nem sempre é possível ser decisivo no estabelecimento de um sentido central ou único. A sensibilidade do analista, associada à clareza do contexto, é que potencializará a doção deste ou daquele significado¹¹⁵.

The purpose in doing so is to find the one meaning that works most efficiently, but that is not so restricted that it ceases to have any function at all. In other words, Wilson suggest that when one is choosing the essential features of a concept, one should choose those that are most useful^{115:63}.

O propósito em fazer isso é encontrar um significado que funcione mais eficientemente, mas que isso não restrinja a visão do todo. Em outras palavras, Wilson sugere que, quando se está escolhendo as características essenciais de um conceito, deve-se escolher aquelas que são mais úteis.

O resultado final da análise de conceito, quando cuidadosamente conduzida, vislumbra identificar, em meio aos inúmeros significados para determinada palavra, aquele(s) que parece(m) mais sensato(s) para explorar mais plenamente determinado fenômeno.

Neste estudo, o conceito de Espiritualidade foi explorado a partir de estudos clássicos oriundos da literatura de Enfermagem que trataram especificamente da análise, clarificação ou desenvolvimento deste conceito^{114,135-136}. A Teoria do Cuidado Transpessoal proposta por Jean Watson^{70-71,77} foi utilizada, além de matéria prima para obtenção de atributos conceituais, como contexto de aplicação dos elementos essenciais na prática cuidativa.

6. Resultados e Discussão

Ao falar de transcendência como dimensão intrínseca do ser humano, temos que submeter à rigorosa crítica o que as religiões nos legaram. Elas afirmam que o Céu fica lá em cima, onde Deus está os santos e aquele mundo que chamam de transcendente [...] O que é anterior e o que subjaz às expressões imanência-transcendência? É a experiência do próprio Ser Humano como um ser histórico, um ser que está se fazendo continuamente. É o que chamamos de Experiência Originária.

Leonardo Boff

A título de organização e melhor sistematização, os resultados deste estudo estão dispostos de acordo com os passos da metodologia adotada. Seguindo a recomendação de autores experientes na aplicação da técnica Wilsoniana para Análise de Conceito^{114-115,125,130-133}, cada item está estruturado de modo a apresentar descritivamente a *Fundamentação*, seguida de *Desenvolvimento*, *Discussão* e, finalmente, *Conclusão*.

6.1 Isolando Questões de Conceito

A diversidade de significados que permeia o conceito de Espiritualidade é apresentada na literatura como o grande obstáculo para inserção da temática no que diz respeito a uma aceitação comum entre pesquisadores e profissionais. Várias áreas do conhecimento tem se lançado na empreitada de delinear possibilidades de aplicação prática no que diz respeito às definições mais ou menos consistentes para o termo Espiritualidade.

Uma série de estudos^{20-25,136-140} abordaram questões relacionadas ao conceito de Espiritualidade na Enfermagem e o fizeram a partir de revisões sistemáticas e integrativas de literatura, englobando em um único rol os resultados relativos a Fatos, Valores e Conceitos. Em verdade, estes métodos de pesquisa são relevantes e estão relacionadas às facilidades na tabulação de frequências simples (raramente estratificadas) de descritores previamente selecionados. Usualmente pesquisadores lançam mão de tais abordagens metodológicas

quando um ou mais temas são recorrentes e abrangentes dentro de áreas específicas do conhecimento.

Estes estudos^{20-25,136-140} corroboraram na disseminação do tema Espiritualidade e Religiosidade na Enfermagem no sentido de abrir caminhos para novas perspectivas metodológicas na exploração deste fenômeno. Muito se avançou com estes estudos no sentido de elaborar questões de valores e questões sobre de fatos, mas pouco se avançou no estabelecimento de paradigmas onde o conceito pudesse ser inserido no sentido de potencializar as discussões e ou colaborar de maneira mais direta na construção de Modelos Processuais de Cuidado.

Em contraponto ao escamoteamento do conceito de espiritualidade, embora em numero reduzido, pesquisadores e teóricos da Enfermagem se arriscaram um pouco mais no sentido de lançar na literatura questões quase que puramente de conceitos no que diz respeito do termo Espiritualidade¹⁴¹⁻¹⁴⁵.

Usualmente, os estudos que se debruçaram a discutir conceitualmente o termo Espiritualidade o fizeram a partir de determinada corrente teórica ou filosófica. Assim, após explorar o referencial teórico adotado neste estudo^{70-71,77}, foi possível ancorar a transitoriedade da existência humana regida por uma consciência imaterial e que sobrevive à morte (Espírito) e que possui um campo de manifestação sutil que pode ser acessado (Dimensão Espiritual), na direção de contribuir com as questões relacionadas ao conceito de Espiritualidade^{70-71,77}.

Com base no exposto, muito poderia ser questionado em relação à espiritualidade no cuidado de Enfermagem. Dentre uma série de perguntas possíveis, lançamos mão daquelas mais condizentes aos objetivos deste trabalho:

1- Qual a natureza da Espiritualidade no Cuidado Transpessoal? 2- Quais os sinais ou elementos que poderiam sugerir manifestações desta dimensão ou ainda necessidades oriundas dela? 3- Espiritualidade se difere de Materialidade nas relações de cuidado, uma vez que a primeira exigiria diferentes níveis de interação para que uma dimensão mais sutil pudesse ser acessada? 4-Tais manifestações ou necessidades deveriam ser abordadas na prática clínica?

Embora muitas outras perguntas pudessem ser lançadas, o maior desafio ao analista de conceito está em separar as questões em três categorias distintas: *Conceito, Fato e Valor*. Este movimento é importante porque as questões de conceito são o foco deste trabalho e apenas a partir do estabelecimento conceitual é que questões de fatos e valores podem ser adequadamente direcionadas. Assim, assumimos que a **primeira e terceira** questões acima expostas (**negrito**) são questões de conceito. A segunda questão trata-se de questão de Fato e a quarta questão de Valor.

Uma vez clarificadas, as questões de conceito lançam luz no processo interacional proposto na Teoria do Cuidado Transpessoal elucidando as questões de Fatos e Valores, haja vista que a teórica indica pistas de atributos elementares para que o Cuidado aconteça, ou seja, a dimensão consciencial é acessada.

6.2 Encontrando as “Respostas Certas”

O Renascimento Cultural do século XII prenunciou as revoluções intelectuais na Europa, especialmente a partir da tradução de textos gregos e

árabes que resultaram em um espólio considerável, permitindo avanços importantes em conhecimentos como astronomia, matemática, biologia e mesmo a medicina¹⁴⁶.

A partir da instituição dos centros de pesquisa nas universidades medievais – Bolonha (1088), Paris(1150) e Oxford (1167) — temas como a Natureza e o objetivo do Universo eram debatidos em espaços denominados Faculdade de Artes e eram entendidos como área de estudo básico, ou seja, fundamentos para construção de todos os outros saberes. Neste sentido, eram tidos como campos independentes da teologia. Os trabalhos dos autores antigos da filosofia, como Aristóteles, Platão, Ptolomeu Galeno, Arquimedes, entre outros, tiveram suas traduções para o Latim em 1200, apesar de que, neste período vários equívocos de interpretação foram cometidos¹⁴⁷.

Apesar do vasto movimento tradutório da Idade Média, esta época não conheceu a Espiritualidade enquanto conceito, evidentemente. Houve determinado consenso por parte dos tradutores, em sua grande maioria Religiosos, (...) *em distinguir entre doutrina, isto é, a fé sob seu aspecto dogmático e normativo, e disciplina, sua prática, em geral no contexto de uma regra religiosa*¹⁴⁷.

Assim, o termo Espiritualidade é um conceito moderno que foi utilizado a partir do século XIX como resultado da flexibilidade do termo *Spiritualitas*, emergente nos textos filosóficos a partir do século XII. Contudo, aparentemente a espiritualidade pareceu possuir maior relevância nas correntes filosóficas a partir do século XVI, quando as linhas espiritualistas estavam em ascensão¹⁴⁷.

O formalismo religioso instituiu a vida espiritual, uma vez que esta era regida por um corpus doutrinário formalmente estabelecido. Esta estrutura foi particularmente forte do século VIII ao século X, quando a essência cultural dos reinos bárbaros definitivamente ascendeu sobre o Império Romano. Com este fato, os indivíduos se vinculavam às estruturas sociais de acordo com a crença religiosa – corpo doutrinário – que professavam. Por outro lado, boa parte do conhecimento originário da filosofia clássica ocidental permanecera implícitos na cultura de povos denominados primitivos, que buscavam na natureza uma justificativa para a essência da vida e o destino dos homens e das coisas¹⁴⁷.

É possível observar as influências históricas nitidamente na sociedade contemporânea especialmente ao rebuscar a literatura, conversas formais ou informais sobre a essência da vida, crenças religiosas, enfim, sempre encontramos discursos paralelos – que podem ou não se complementar - mas com terminologias diferenciadas. Alguns citam Deus – termo amplamente divulgado por correntes estabelecidas a partir de um *corpus* doutrinário – e outros se remetem a Força Maior/Poder Maior – cuja origem filosófica espiritualista e em alguns pensadores existencialistas é característico.

O dicionário Houaiss da Língua Portuguesa¹⁴⁸, aponta que o termo Espiritualidade é uma flexão da palavra Espiritual (espiritual + l + dade) e data no Latim Moderno a partir do século XV. O dicionário¹⁴⁸ assume conceito de “*a qualidade do que é espiritual; característica ou qualidade do que tem ou revela intensa atividade religiosa ou mística; tudo o que tem por objetivo a vida espiritual* [grifo nosso]”.

Este mesmo dicionário¹⁴⁸ indica a etimologia do termo *Espiritual* do Latim Moderno *spiritualis* e oferece a interpretação de “*concernente ao espírito; próprio do espírito ou a ele pertencente; semelhante ao espírito; desprovido de corporeidade, imaterial [...]*”. Data o aparecimento na língua Latina entre os séculos XIII e XIV⁽³¹⁾, o que poderia indicar uma evolução do termo em Latim Arcaico *spiritualitas*.

No que diz respeito ao entendimento do termo *Espírito*, sua etimologia tem origem do Latim *spiritus* que significa *sopro, exalação, sopro vital, espírito, alma*, e é definido como “*a parte imaterial do ser humano; alma; [...] substância imaterial, incorpórea, inteligente, consciente de si, donde se situam os processos psíquicos, a vontade, os princípios morais*”¹⁴⁸.

No campo da saúde está inclusa no conceito de Saúde a dimensão *não material* ou também *espiritual* da via¹. A Organização Mundial da Saúde, a partir do Grupo de Qualidade de Vida, incluiu o domínio Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais- SRPB no instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o World Health Organization’s Quality of Life Measure WHOQOL¹. Entretanto pouca clareza de definição conceitual existe no que diz respeito do que seria “*não material*” e “*espiritual*”.

Na Enfermagem, se por um lado alguns estudos de revisão de conceito apontaram grande influência de correntes religiosas na composição do significado do termo espiritualidade, em especial do Judaísmo-Cristão e indicam parecer ser virtualmente impossível estabelecer uma definição universal para o termo²¹, outros^{58,149} indicam que o conceito de espiritualidade pode ser codificado em elementos conceituais que correspondam a um Sentido Pleno para Vida, Crenças,

Valores, Senso de Conexão com todas as coisas e com os outros e um estado constante de bem-estar²².

Todavia, se assumirmos que Espiritualidade compreende a uma dimensão do que é espiritual tal qual sugere a etimologia do termo, e partirmos deste pressuposto para discutir sua natureza, evidentemente é preciso dissecar o termo em uma linguagem que transcenda o discurso materialista e perpassa por elementos essenciais de definição que paire nesta dimensão mais sutil, se assim o for. É compreensível que autores não estejam sensíveis a esta questão dada a desconexão de referenciais teóricos do cuidar que corroborem na sustentação entre as definições e aplicabilidades práticas do conceito.

Quando exceções são identificadas na literatura, há inclinação dos estudos¹⁵⁰⁻¹⁵⁸ em explorar a experiência, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, no que diz respeito às Características das Experiências Espirituais – ou manifestações do Self - perseguindo elementos que caracterizem ou apontem questões de fatos e/ou valores que possam contribuir na maximização de um campo empírico riquíssimo.

Em um interessante e muito bem desenhado estudo de análise simultânea de conceito, especialistas¹¹⁴ exploraram os conceitos de Perspectiva Espiritual, Esperança, Aceitação e Auto-Transcendência. Inicialmente, à revisão individual dos conceitos, as autoras identificaram que o termo 'Perspectiva Espiritual' usualmente era tratado como 'Espiritualidade'. Entretanto, esta última foi reconhecida na literatura como qualidade básica de todo ser humano, ou seja, o fenômeno que usualmente varia entre os sujeitos é a perspectiva espiritual,

podendo ser compreendida como consciência altamente individualizada daquilo que pode ser reconhecida como espiritual ou transcendente¹¹⁴.

De modo geral, os atributos similares aos quatro conceitos analisados e que os mantém interligados estão relacionados aos Antecedentes e Resultados. Os termos mais comumente utilizados para demonstrar a interconectividade dos conceitos analisados são: Conexão, Auto-Transcendência, Experiências de Vida, Aceitação, Serenidade, Crescimento Pessoal, Propósito e Sentido para Vida e Energia Criativa¹¹⁴.

A partir do estudo desenvolvido pelas autoras¹¹⁴ e fazendo um corte específico no conceito 'Perspectiva Espiritual' clarificado, foi possível identificar que Espiritualidade é um antecedente quase que exclusivo para o conceito e que os atributos essenciais são: Conexão, Crença e Energia Criativa (Tabela 2).

Tabela 2- Modelo Processual adaptado para o Conceito 'Perspectiva Espiritual'^h. São Paulo - 2012

Antecedentes	Atributos Criticos	Resultados
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;"> Experiências de Vida Sabedoria Amor </div> Espiritualidade	<p><u>PERSPECTIVA ESPIRITUAL</u></p> <p>Conectividade</p> <p>Crença</p> <p>Energia Criativa</p>	<p>Proposito e Significado</p> <p>Valores para Direcionar Conduas</p> <p>Auto-Transcendencia</p>

Fonte: . Haase J, Britt T, Coward D, Leidy NK, Penn P. Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and self transcendence. Image, 24:141-147

^h Modelo Processual trata-se de uma ferramenta utilizada em Análise de Conceito no sentido de facilitar o exame da consistência e similaridades dos elementos que compõe determinado conceito.

Os termos negritados são aqueles que mais fortemente se relacionam com o conceito 'Perspectiva Espiritual', seja no campo de atributos críticos ou mesmo nos resultados esperados à aplicabilidade do conceito. Outro fator interessante é a ocorrência de Termos Facilitadores, ou seja, aqueles que conectam o termo antecedente ao conceito sob análise. No caso exposto, os termos facilitadores encontrados foram: Experiências de Vida, Sabedoria e Amor.

Depois de acurada análise do estudo em questão¹⁴ foi possível observar que, a partir da análise do conceito 'Perspectiva Espiritual', os termos Conectividade, Energia, Propósito, Significado e Auto-Transcendência são relevantes quanto o assunto da Espiritualidade é colocado em foco.

Se por um lado respondemos à questão: **Qual a natureza da Espiritualidade no Cuidado Transpessoal?** Baseado na etimologia do termo, assumindo que sua natureza advém do espírito e que este é imaterial, transcendente à matéria e imortal, então, ao argumentarmos sobre a segunda questão de conceito: **Espiritualidade se difere de Materialidade nas relações de cuidado, uma vez que a primeira exigiria diferentes níveis de interação para que uma dimensão mais sutil pudesse ser acessada?** parece fazer sentido assumir que os atributos Conectividade, Energia, Propósito, Significado e Auto-Transcendência, sugerem níveis diferenciados de contato humano.

Todavia, mesmo a partir desta premissa, nos faltaria recursos dinamizadores deste processo de interação a partir da natureza proposta para o conceito 'Espiritualidade' se nos mantivéssemos distantes das implicações teóricas deste processo. A Teoria do Cuidado Transpessoal⁷⁷ estabelece que o Cuidado apenas acontece em níveis mais elevados de conexão, reconhecimento

de forças ou campos energéticos que entrelaçam as relações, transformações interpessoais e intrapessoais, experiências da consciência (espiritual), entre outros elementos.

A Espiritualidade em Watson⁷⁷ radicalmente se difere de materialidade, embora a teórica reconheça ser através das interações humanas que ela é acessada. Na aposta de elevar os níveis de interação, a teoria propõe o desenvolvimento de dez *Clinical Caritas Process*, que neste caso, podem ser classificados como Atributos Críticos, haja vista que configuram o Processo de Cuidado Humano.

Assim, na Teoria do Cuidado Humano a Espiritualidade é tratada de modo a corresponder uma dimensão de manifestação de elementos oriundos daquilo que é espiritual ou imaterial. Com base no exposto, emergiu o Modelo Processual (Figura 6) no sentido de ilustrar a interação entre os Atributos Críticos, Antecedentes e Resultados envolvidos no processo.

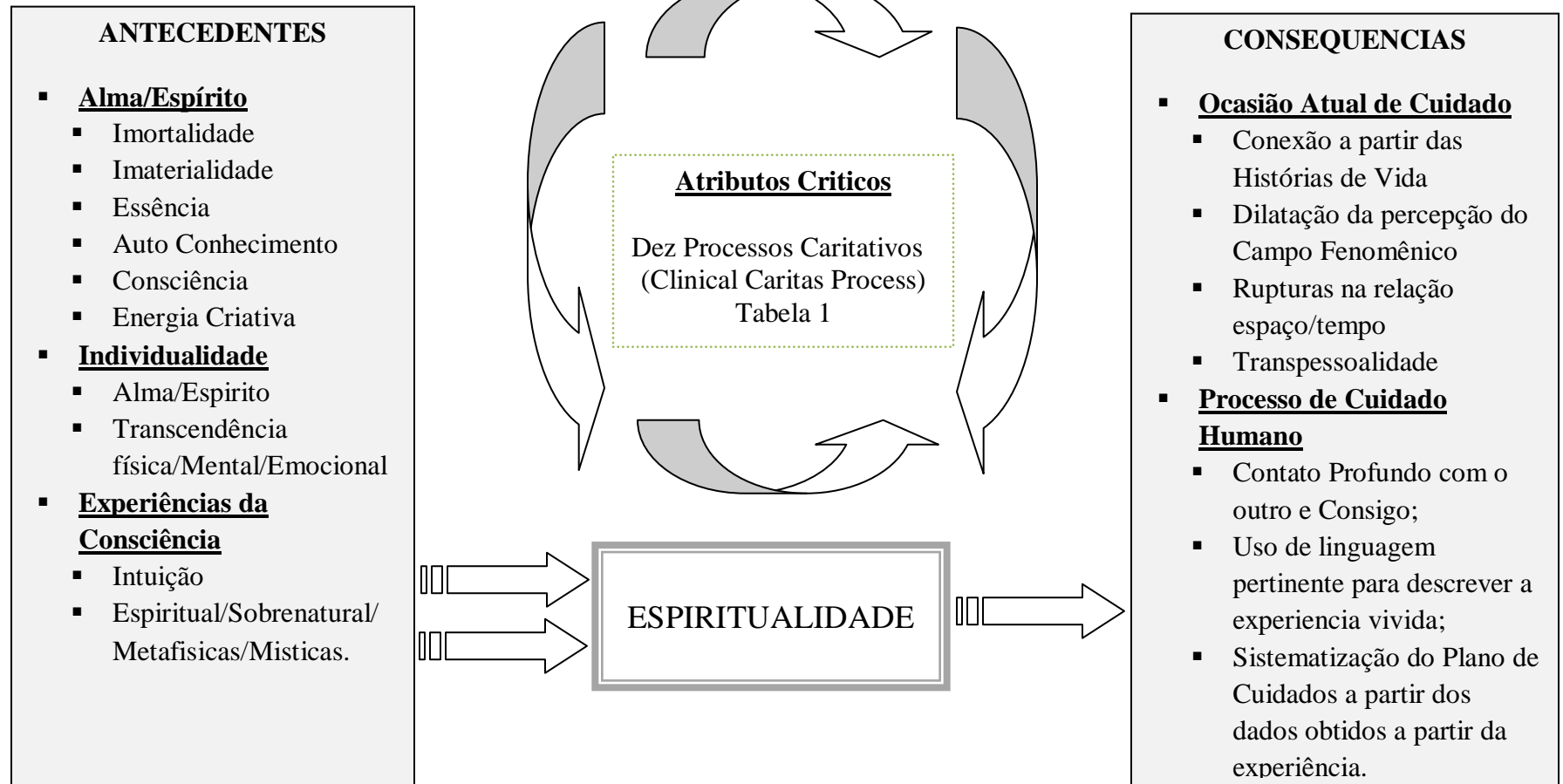


Figura 6 - Modelo Processual apresentando Antecedentes, Atributos Críticos e Consequências do Conceito de Espiritualidade a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal

No modelo processual apresentado (Figura 6) é possível observar que os antecedentes ao conceito de Espiritualidade em Watson⁷⁷, são anteriores ao próprio conceito e se relacionam à natureza do que é espiritual, incluindo as características do **Espírito/Alma**, da **Individualidade** enquanto consciência transcendental encarnada e das **Experiências da Consciência**, caracterizada pelo sentido elevado da consciência no esforço em dimensionar as experiências intuitivas, potencializando a ocorrência de fenômenos anômalos⁷⁷.

O espaço existente entre Antecedentes e Consequências é o domínio onde a Espiritualidade, enquanto dimensão sutil está situada. Em Watson⁷⁷, as ocorrências oriundas deste espaço, ou campo fenomênico sutil, podem ser exploradas na medida em que ao menos um dos comunicantes esteja disponível para tal. O profissional deve desenvolver atributos que potencialize sua capacidade perceptiva ao adentrar neste espaço (Figura 6). A estes atributos a teorista aplica a denominação de Processos Caritativos⁷⁷. As setas cíclicas no Modelo Processual indicam a dinamicidade da interação dos elementos.

Evidentemente que fora do contexto teórico do cuidar, a disponibilidade em acessar esta dimensão pode seguir por várias linhas de interpretação, tais como mediunidade¹⁵⁷⁻¹⁶⁰, meditação e práticas de concentração¹⁵²⁻¹⁵⁶, rituais religiosos com ou sem uso de plantas sagradas¹⁶¹⁻¹⁶², entre tantos outros métodos desenvolvidos pelas mais diversas culturas. Todavia, o acesso ao campo da espiritualidade no Processo de Cuidar na Enfermagem implica na possibilidade em sistematizar as informações obtidas a partir da experiência vivida.

Finalmente, dentre as consequências esperadas é que, se valendo dos Processos Caritativos, o Profissional efetive a relação de Cuidado (transcendendo

a assistência) a partir do que a teórica⁷⁷ define como *Ocasão Real de Cuidado*, situação esta caracterizada pelo dimensionamento do campo perceptivo. Uma vez estabelecida a relação, há determinado desdobrar de experiências, identificada no modelo processual como *Processo de Cuidar Humano*, ocasião em que o profissional poderá se valer do cabedal linguístico e de sistematização oferecido pela Teoria do Cuidado Transpessoal para formatar o plano de cuidados individualizado.

De maneira figurativa, a dinamização do Modelo Processual (Figura 6) pode ser explorada a partir da representação (Figura 5):

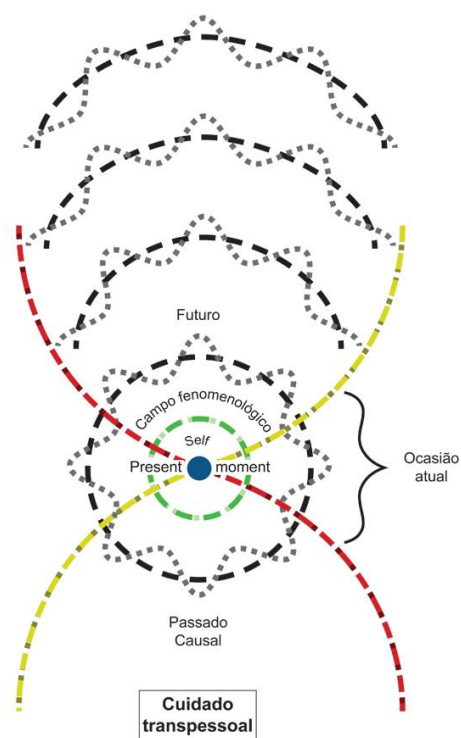


Ilustração: Gilberto Luiz de Biagi - Designer - COREN-SP

Figura 5 - Modelo Processual de Watson que representa o Cuidado Transpessoal

Fonte: Watson J. *The Philosophy and Science of Caring. Revised & Updated Edition*. Boulder: University Press of Colorado, 2008; p.6

Na sequência, os casos apresentados objetivam a identificação dos elementos apresentados no Modelo Processual, seja no domínio teórico ou ilustrativo.

6.3 Casos Modelo

Apresentamos dois Casos Modelo que ilustram as relações do conceito de Espiritualidade na Transpessoalidade do cuidado proposto por Jean Watson⁷⁷.

Caso Modelo I

1Paciente B.A, 21 anos, portadora de Transtorno Afetivo Bipolar. Foi
2submetida à Eletroconvulsoterapia (ECT) no Centro Cirúrgico de um
3.Hospital Público no Estado do Rio de Janeiro. Após o procedimento,
4.na Sala de Recuperação Pós Anestésica, uma Enfermeira observa
5.atenta e calmamente as características físicas da jovem moça, que
6.está com o tórax e membros superiores feridos (sugerindo
7.automutilação por objeto cortante). A Enfermeira, se lembrou que
8.desde criança aprendeu que, independentemente da raça, sexo,
9.idade, condição social ou situação de saúde as pessoas devem ser
10.profundamente respeitadas e amparadas em seus momentos de
11.fragilidade e acredita que as pessoas são seres espirituais que
12.temporariamente transitam na condição humana. Ao acordar da
13.anestesia, a paciente conversou com a Enfermeira de forma
14.amigável, mas sem manter contato visual direto. Manteve as mãos
15.fechadas e a musculatura contraída, indicando tensão, medo e
16.insegurança. Ao ser indagada sobre seus ferimentos ela não
17.respondeu e imediatamente desviou o olhar. A Enfermeira sentiu 1
18.que algo não estava bem com a paciente. A partir de cuidadosa
19.avaliação clínica, descartou a possibilidade de complicações de

20. ordem fisiológica pós-procedimento. Observou profunda e
21. lentamente a paciente, respirou fundo, decidiu estar autenticamente
22. ao lado da paciente, mentalizou cenas de belas paisagens e
23. associou às imagens mentais uma suave música instrumental.
24. Olhou ao redor, providenciou privacidade fechando a cortina do
25. Box e se mostrou disposta a oferecer suporte e proteção para
26. acolher os sentimentos da paciente. Sentou-se à beira do leito,
27. mantendo o contato face a face, olhando no fundo dos olhos da
28. paciente como quem procura por um objeto perdido e procurou
29. sentir que entre as duas existia um elo de ligação energético
30. fazendo mediações na relação entre as duas. Neste momento,
31. um sentimento de confiança e amorosidade envolveu a Enfermeira
32. e a Paciente, podendo ser observado pelas lágrimas e mudanças
33. no padrão respiratório de ambas. A enfermeira nitidamente sentiu a
34. presença de outras pessoas ao redor do leito e atribuiu a presença
35. a inteligências incorpóreas. Confiante, a paciente relatou sua
36. história para a Enfermeira, oferecendo importantes elementos para
37. a construção do processo de enfermagem.

Observamos no caso relatado uma série de movimentações nas relações interpessoais entre a Enfermeira e a paciente que merecem destaque. Tentaremos aqui dissecar o evento buscando as características fundamentais do Cuidado Transpessoal. Para tal, o caso foi numerado a partir do número de linhas no intuito de potencializar o processo de clarificação.

Inicialmente temos dois indivíduos ambientados em um setor hospitalar fechado ou restrito, possuidores de suas histórias de vida (Passado Causal). Ambas individualidades, em um determinado ponto no espaço e no tempo (Momento Presente), foram aproximadas pelo desenrolar natural da vida (linhas 1-

4). A jovem paciente, de acordo com os pressupostos Watsonianos, está com seu campo fenomenológico instabilizado⁷⁷ enquanto que a Enfermeira é considerada nesta relação a que está mais apta a conduzir os processos interacionais.

Na sequência, a Enfermeira decodifica as características físicas das lesões no tórax e deduz instabilidade no campo emocional e psíquico da jovem (linhas 5-7). Não há elementos textuais que caracterize qualquer tipo de subjugação por parte da Enfermeira em relação à paciente. Imediatamente na sequência a Enfermeira trás à memória suas construções de valores (linhas 7-12). Neste momento a interatividade de alguns Processos Caritativos (especialmente 1-2) inerentes à condição Humana.

No desenrolar do caso, enquanto a interação perpassava as relações assistenciais, a Enfermeira captou dados importantes na movimentação da paciente no sentido de limitar o processo interativo (linhas 12-17). Até este momento, podemos localizar ambas participes colocadas lado a lado no que Watson⁷⁷ denomina de *Ocasão do Cuidar*.

Entretanto, em um momento específico, a Enfermeira manteve o foco de atenção em sua intuição: “A Enfermeira sentiu que algo não estava bem com a paciente” (linhas 17-18). Imediatamente, lançou mão de recursos técnico-instrumentais para proceder à avaliação clínica, uma vez que esta certamente foi a prioridade aprendida em sua formação profissional.

Descartadas as possibilidades de complicações orgânicas ou fisiológicas, a Enfermeira acurou seu potencial perceptivo e se valeu de recursos, como mentalização e técnicas de respiração, atendendo os Processos Caritativos 6, 8, 9 e 10 (linhas 20-23). A partir do momento em que um campo de percepção dilatado

foi estabelecido por parte da Enfermeira, condutas foram assumidas no sentido de potencializar esta experiência: “[...] providenciou privacidade fechando a cortina do Box [...]” (linhas 24-25).

A partir da intenção consciente em manter-se conectada com a paciente, uma nova dinamização dos Processos Caritativos foi estabelecida e Experiências da Consciência/espirituais puderam ser ostensivamente percebidas (linha 29, 33-35) pela Enfermeira. Não há detalhes acerca das percepções extrassensoriais da paciente, apenas repercussões em nível emocional por meio da sensação de confiança e amorosidade (linhas 31-32). Entretanto, os elementos apresentados apontam que, a partir da perspectiva do Cuidado Transpessoal, o Momento do Cuidado possa ter ocorrido nos acontecimentos narrados entre as linhas 30 a 36, uma vez que

O Momento do Cuidado se torna Transpessoal quando duas pessoas (enfermeiro [a] e o outro indivíduo) tornam-se um ponto focal no tempo e espaço, do qual o momento tem um campo próprio que é maior do que a própria ocasião[...] O Momento do Cuidado pode ser um momento de transformação existencial para o Enfermeiro(a), o qual envolve pausa, escolha para enxergar; Trata-se de uma ação informada, guiada pela consciência de como estar neste momento intencionalmente – totalmente presente, aberto para outra pessoa^{77:6}.

Um dado importante consiste na atemporalidade a partir do momento em que a Ocasão Real do Cuidar foi estabelecida. Um campo de leitura por parte da Enfermeira foi reduzido pela narrativa, quando a paciente decidiu narrar sua história. Certamente, devido o nível de dilatação do campo perceptivo, a Enfermeira captou elementos de natureza diversa e que, de certo modo, direcionou insights para construção de um plano assistencial.

A exploração desta experiência permitiu acompanhar alguns dos mais importantes antecedentes para Espiritualidade de acordo com o Cuidado Transpessoal, mas será fundamental dissecar melhor algumas características a *posteriori* por meio de um Caso Inventado.

Caso Modelo II

1.Em uma Universidade particular do municio de São Paulo, uma
2.professora do curso de Graduação em Enfermagem recebeu a
3.solicitação de uma aluna, vinda de outra instituição, para participar
4.voluntariamente de sua disciplina. No decorrer da disciplina, a aluna
5.sempe se apresentou participativa e, em determinada ocasião,
6.procurou a professora para solicitar uma sugestão sobre uma
7.questão pessoal. Disse estar com um 'caroço' no seio e gostaria da
8.opinião de alguém mais experiente sobre o que poderia fazer sobre
9.isso. A professora providenciou um encaminhamento para consulta
10.junto a colegas conhecidos. Depois de alguns dias e alguns
11.exames, a aluna foi diagnosticada com tumor nas duas mamas.
12.Seguiram-se momentos e dias difíceis para a aluna. Em
13.determinada situação, no corredor da universidade a aluna em
14.prantos, procurou a professora, pois ela estava muito preocupada,
15.se sentindo sozinha e com dificuldades para enfrentar a situação
16.presente. Lembrando que em situações emocionalmente delicadas
17.é preciso manter a calma e recordar que todos estamos neste
18.mundo por um propósito maior e transcendente, a professora
19.sentiu que o momento era realmente delicado. Convidou a aluna
20.para entrar em sua sala. Observou atentamente a aluna sentar-se
21.na cadeira, cabisbaixa, olhos cansados, marejados e postura
22.fragilizada. Calmamente, a professora convidou-a a expressar

23.seus sentimentos, puxou uma cadeira, se posicionou frente a
24.frente com a aluna, olhando-a no fundo dos olhos. Mentalizou
25.algumas flores em um jardim no intuito de pacificar o campo
26.energético que sentia estar envolvendo as duas. Delicadamente
27.tocou sua mão e ficou em silêncio. Neste momento ela se recordou
28.que, quando jovem, também vivera a experiência similar a que a
29.aluna vivencia agora, o que facilitou o colocar-se no lugar do outro.
30.As duas se encontraram com o olhar, percebendo o quanto uma é
31.importante para a outra naquele momento. A aluna sentiu
32.segurança com a escuta atenta da professora e verbalizou que
33.parecia estar em outra dimensão, como uma sensação de
34.estraneza de Sí mesma. A professora acalmou a aluna com
35.palavras de incentivo, indicando a naturalidade deste processo.
36.Muito além do contato verbal e físico, ficaram sensações que de
37.algum modo marcaram profundamente a professora e a aluna.
38.Depois destes momentos elas saíram da sala convictas de que
39.este fora um momento único e inesquecível em suas vidas.

No segundo caso o contexto é uma Universidade, logo, o cenário inicial não se trata do hospitalar ou inicialmente restrito fisicamente. Ao invés das figuras da Enfermeira assistencial e da paciente, há a imagem da professora, que também é Enfermeira de formação, logo se pressupõe que possui em sua história de vida (Passado Causal), dentre várias particularidades, experiências assistenciais e de cuidado. Do mesmo modo, a aluna não assume o papel de paciente (linhas 1-5).

As relações cotidianas são desdobradas naturalmente a partir de determinada distância, onde a professora percebe, em seu campo fenomênico, a aluna participativa e aplicada (linha 5).

Todavia, após uma aproximação da aluna junto à professora solicitando ajuda (linha 6), uma série de desdobramentos foi iniciada, configurando atitudes assistenciais e de suporte por parte da professora. Baseado na narrativa pode-se observar que há uma distância física nas relações (linhas 6-12).

Os momentos difíceis vivenciados pela aluna (linha 12) embora não estejam detalhados permite compreender que campos fenomênicos foram nitidamente alterados, uma vez que, ao reencontrar a aluna, a professora identificou sinais de sofrimento e angústia (linhas 13-16).

Se valendo do recurso intuitivo e do resgate de valores (transcendentes – linha 18), a professora então sente que o momento é delicado e provê um ambiente reservado para livre manifestação da aluna. Neste sentido, observamos o emprego dos Processos Caritativos⁷⁷ 1, 5 e 7.

Ao observar mais atentamente a aluna e proporcionar ambiente para que a aluna manifestasse seus sentimentos, a professora novamente se valeu da intuição ao sentir a presença de um campo energético e utilizou recursos de práticas espirituais próprias (meditação) no intuito de interagir com esta esfera energética percebida. Nesta cena, observamos novamente a interação dos Processos Caritativos⁷⁷ 1, 3, 2, 5, 6 e 8.

Ao lançar mão do recurso do toque, a professora retomou uma experiência pessoal pretérita (linhas 27-29), onde, de certo modo, pode ter revivido a experiência no ambiente atemporal que constitui a memória. A partir deste instante, o olhar sustentou as relações e ancorou o fator segurança no relacionamento. (linhas 30-32). Na sequência, o relato aponta

que a aluna rompeu com a linearidade do tempo e da experiência quando narrou uma “*sensação de estranheza de Si mesma*” (linha33-34).

Do mesmo modo que o primeiro caso modelo, o segundo evidenciou elementos que fortemente sugerem a dilatação de um campo perceptivo, tanto para a professora como e especialmente para a aluna. É importante destacar que os dois casos apresentados compuseram situações reais e isto implica que as personagens não foram submetidas a nenhum tipo de capacitação junto a teoria proposta neste estudo.

Neste sentido, as profissionais que protagonizaram os casos utilizaram conhecimento empírico, valores e formação complementar para lidar com as situações apresentadas. Isto permite propor os limites da análise dos casos modelo, muito embora a conduta tomada se aproximasse muito da proposta do Cuidado Transpessoal.

6.4 Casos Contrários

É importante destacar que os Casos Contrários procuram demonstrar com clareza a ausência dos atributos que configura e caracteriza tanto o conceito em questão como o contexto no qual ele está inserido.

Caso Contrário I

- 1.Uma enfermeira de 28 anos foi até o leito de uma paciente após
- 2.observear que a luz da campainha estava acesa. Trata-se de uma
- 3.paciente de 30 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma
- 4.pulmonar, com metástase em mediastino e cérebro. Está internada

5.para realização do terceiro ciclo quimioterápico, embora já esteja
6.inserida no grupo de cuidados paliativos. Na ocasião do contato
7.com a Enfermeira, a paciente estava consciente, orientada e disse
8.ter acionado a campainha pois estava se sentindo sozinha,
9.angustiada e com medo pois acordou assustada com um pesadelo
10.em que um “monstro pavoroso e grande” queria pegá-la.
11.Fisicamente a jovem estava pálida, com sudorese e taquicardia. A
12.Enfermeira apressadamente desligou a bomba de infusão do
13.quimioterápico, olhou rapidamente para a paciente e disse para ela
14.ficar calma que o médico seria acionado pois o que ela estava
15.sentindo era reação adversa do quimioterápico. A Enfermeira saiu
16.do quarto e foi em direção ao telefone onde comunicou o médico
17.que a paciente do quarto 210 estava tendo crise de pânico
18.reacionária à quimioterapia e precisava ser rapidamente medicada
19.com ansiolíticos.

As diferenças nos processos interacionais deste caso são nitidamente observadas. Embora a Enfermeira tenha demonstrado preocupação e algum nível de interesse pelo chamado da paciente, nenhuma tentativa de aproximação ou “leitura de campos sutis” foi arriscada. A partir do pressuposto do cuidado transpessoal, os processos interacionais constituíram *Atitudes Assistências* e não de cuidado neste caso⁷⁷ além de sugerir a negativa influencia da leitura tecnológica do Ser-para-o-Cuidado norteada exclusivamente pelo paradigma cartesiano-mecanicista¹⁶¹.

É evidente que uma teoria de cuidado de Enfermagem tradicional e que não contextualiza a Espiritualidade como elemento componente do processo de cuidar¹⁶² ou mesmo modelos assistenciais mais recentemente desenvolvidos,

priorizam a atenção às necessidades de ordem fisiológica e, mais drasticamente, às necessidades de organização institucional para que então o indivíduo seja contemplado no processo¹⁶³⁻¹⁶⁴.

Caso Contrário II

1.Em determinada tarde, uma Enfermeira estava escalada para
2.atender os pacientes do setor de Acolhimento de uma Unidade de
3.HIV-Aids. Faltavam trinta minutos para fim do turno de trabalho
4.quanto entrou na sala uma jovem cabisbaixa. Ao ser questionada
5.pela enfermeira sobre sua queixa, a jovem entregou-lhe uma folha e
6.desabou a chorar. A folha continha o resultado do teste para
7.gravidez juntamente com sorologia positiva para HIV. A enfermeira
8.disse a paciente que ficasse calma, pois agora não adiantava chorar
9.e que ela seria encaminhada ao psicólogo da unidade de saúde.
10.Preencheu o encaminhamento, agendou consulta médica e
11.entregou a paciente que saiu do consultório rapidamente
12.enxugando as lágrimas e murmurou um 'obrigado'.

No caso exposto, excetuando o princípio de que a condição humana é representação encarnada da alma⁷⁷, não é possível identificar atitudes que pudessem sugerir a ocorrência do Momento Atual do Cuidado. Embora a profissional tenha determinado arcabouço de experiências em notícias difíceis neste campo do conhecimento, na cena em questão, mesmo identificando a instabilidade da paciente, as condutas foram tomadas no intuito de agilizar o processo de encaminhamento.

Há uma série de fatores que podem estar relacionados a esta movimentação, partindo desde a inabilidade da profissional para com as

relações humanas¹⁶⁵ a instabilidade do campo fenomenológico da profissional, seja por enfermidade física, mental, social ou psíquica/espiritual⁷⁷.

É importante destacar, a partir dos casos contrários expostos, que a assistência de Enfermagem necessita ser aprimorada para que, tanto o paciente quanto o próprio sistema de saúde sejam atendidos operacionalmente, ou, em outros termos, possam ser tecnicamente assistidos. Entretanto é imprescindível destacar que tais praticas tendem a reduzir e mecanizar um processo que, em essência, não deveria sê-lo.

6.5 Casos Relacionados

Caso Relacionado Iⁱ

1.Maria, uma enfermeira de 23 anos começou a trabalhar como
2.assistencialista em uma casa de repouso para pessoas idosas. Em
3.determinada ocasião, uma senhora de 97 anos que estava bem
4.enfraquecida estava falando com alguém, mas ninguém estava lá.
5.Depois de um tempo, a Enfermeira perguntou quem era a pessoa
6.com quem ela falara e a senhora disse que era sua irmã Alice, que
7.tinha morrido ha 6 meses atrás. A paciente referiu que a irmã
8.Alice, viria para ela no dia seguinte às 14:30. A jovem enfermeira
9.não tinha nenhuma opinião formada acerca das questões
10.relacionadas à vida após a morte, bem como não era vinculada a
11.nenhum grupo religioso/espiritualista. No dia seguinte às 14hs, ao
12.entrar na clínica e receber o plantão a Enfermeira perguntou se a
13.senhora de 97 anos ainda estava lá pois haviam dito que ela
14.estava morrendo e como ela era nova no trabalho, alguém mais

ⁱ O caso apresentado trata-se de uma adaptação do relato real de uma experiência publicado no American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2010; 28(7): p.12.

15.experiente iria supervisioná-la em sua experiência junto a um
16.paciente que está nos momentos finais. A enfermeira estava no
17.quarto da paciente quando, pouco antes das 14:30, ela abriu os
18.olhos brevemente, sussurrou "Alice", estendeu a mão e faleceu
19.pacificamente. A enfermeira presenciou e narrou a cena ao seu
20.supervisor: *“Eu não vi nada [Alice ou outra entidade], não senti frio
21.ou qualquer outra sensação, mas para garantir, disse ‘Olá Alice!’.”*

Experiências Espirituais ou da Consciência⁷⁷ tem sido amplamente exploradas nas ciências da saúde seja no tocante das questões das últimas horas de vida¹⁵¹, na Psiquiatria^{157-160,166}, na Psicologia¹⁵²⁻¹⁵⁶, entre outros domínios. Na Enfermagem o tema ainda não ganhou repercussões de destaque, embora alguns enfermeiros estejam vinculados a pesquisas médicas que tem se debruçado sobre este tema¹⁵¹.

No caso apresentado, a relação com a proposta do Cuidado Transpessoal está vinculada ao fato da Enfermeira ter presenciado uma cena de conexão entre a paciente e sua ‘possível’ irmã Alice. Embora a profissional tenha lançado mão dos recursos da atenção, empatia, solidariedade e não ter atribuído julgamento de Valor (linhas 3-11), não há elementos na cena em questão que configure conectividade e leitura de campos fenomênicos sutis (Watson).

Trata-se de um caso clássico, muito comum na literatura médica que tem se debruçado nas questões de Experiência Espiritual^{151-160,167-168}. Enfermeiros e cuidadores profissionais ao redor do mundo tem relatado suas vivências neste campo, entretanto, os profissionais não ancoram a experiência vivida à prática assistencial enquanto processo de trabalho.

Lançando mão do método fenomenológico, enfermeiras gregas¹⁵⁰ investigaram as experiências vividas por um grupo de pacientes que sobreviveram a um determinado período de internação em Unidade de Terapia Intensiva. As autoras partiram do pressuposto de que a doença grave impacta profundamente nos campos fisiológico, psicológico e psíquico dos indivíduos. A partir desta premissa, respaldadas pela perspectiva hermenêutica-fenomenológica, incluíram no estudo oito pacientes.

Como critério de inclusão estabeleceram ter tido alta da UTI há mais de um ano. Utilizaram a linguagem dos sonhos, proposta por Carl Gustav Jung e a teoria de Parse, que foca o cuidado em aspectos transcendentais da vida. Quatro perguntas norteadoras foram direcionadas: 1. “Me conte em detalhes o seu sonho, o máximo que você pode lembrar”; 2. “Este é seu sonho dizendo algo sobre você. O que você acha que este sonho quer lhe dizer?”; 3. “Percorra mais uma vez o sonho. O que mais lhe vem a mente?”, 4. “Agora eu gostaria que você transportasse este sonho para adiante. Use sua imaginação e acrescente ao sonho. O que você consegue ver?”¹⁵⁰

Os resultados apontaram algumas direções, a saber: *Transformações na Percepção*, caracterizada pela sensação de estranhamento de Si, onde os pacientes descreveram a experiência como vista “de fora” ou irreal e muitas vezes se viram pairando no espaço como procurando abrigo. *Transformações do Corpo*, onde os pacientes narraram que sentiam seus corpos assumir formas estranhas e mantinham movimentação contínua, tal como o lançar em uma rede ou para cima e para baixo. *Transformações no Espaço e Tempo*, marcadas por relatos onde o

tempo pareceu não existir, como em longas férias e a sensação espacial oscilava entre a condensação extrema e o infinito¹⁵⁰.

A *Solidão* foi outro tema elencado, especialmente quando os pacientes mantinham contato sensorial com o meio, ou seja, usualmente ouviam vozes próximas (dos profissionais), mas não conseguiam interagir com elas, como se estivessem suspensos no espaço. *Morte-Renascimento*: praticamente para todos os participantes os sonhos com a morte foram recorrentes, mesmo após a alta da UTI. Em alguns casos ela aparecia em forma de pesadelo, em outros por meio de personificações usualmente conhecidas (caveira, escaravelho, etc). Finalmente, um último tema explorado foi a *Transformação da Vida*, onde a doença grave parece influenciar bruscamente no modo como as pessoas percebem a vida. Para uns, a sensibilidade para a vida pareceu estar intensificada, para outros, o foco nas relações interpessoais está centrado no presente, sem grandes projeções para o futuro¹⁵⁰.

A grande contribuição deste estudo, além do aspecto metodológico adotado pelas autoras haja vista que fundamentaram os resultados na Teoria do 'Human Becoming' elaborada por Rosemarie Parse, tratou-se da evidencia de que mesmo em estados alterados de consciência, incluindo a inconsciência, os indivíduos continuam interagindo em outras dimensões e, enquanto vinculados ao corpo físico, experienciam situações, mesmo que apresentem dificuldades para descrevê-las. Neste aspecto, a linguagem dos sonhos foi um caminho encontrado pelas autoras a fim de contribuir com as discussões da transcendência do Ser¹⁵⁰.

Assim, as relações entre o Cuidado Humano/Transpessoal proposto por Watson⁷⁷ e o caso apresentado, são estabelecidas no campo da experiência

espiritual vivenciada por outrem, mas que de alguma forma repercutiu na historia de vida dos indivíduos embora não tenha contribuído potencialmente para materialização de uma relação de cuidado.

6.6 Casos de Dificil Resolução

Caso de Dificil Resolução

1. Bruna, 58 anos, professora aposentada da disciplina de Filosofia da
2. Ciência, está no setor de clínica cirúrgica de um hospital de
3. referência para neurocirurgia. Tem histórico de depressão (sob
4. tratamento) e diagnóstico atual de aneurisma cerebral. Na consulta
5. de enfermagem referiu que cresceu em uma família católica, mas
6. com o passar do tempo experimentou outras linhas religiosas e
7. atualmente, embora não participe de nenhuma vertente religiosa,
8. acredita em uma força superior à humana que dá sentido para a
9. vida. Refere que sempre medita pela manhã. Depois do diagnóstico
10. de Aneurisma cerebral aumentou a frequência das meditações
11. para no mínimo 3 vezes ao dia. Mesmo com o suporte familiar a
12. paciente disse à enfermeira que se sente sozinha e que oscila de
13. humor com muita rapidez durante um ciclo de 24hs. Disse que está
14. com medo de morrer e que não quer ser submetida ao tratamento
15. cirúrgico de clipagem de aneurisma, pois tem certeza que não
16. retornará do procedimento. Neste momento a paciente chora
17. compulsivamente e relata seu medo da morte e de deixar seus
18. entes queridos. Tem um filho com Síndrome de Down e não sabe
19. o que será dele sem a presença dela. A Enfermeira muito
20. sensibilizada pela situação da paciente sente uma emoção muito
21. forte o que estimula a focar a atenção no processo interacional
22. estabelecido. Ela ouve atentamente a paciente, decodifica

23.adequadamente as emoções através dos sinais não verbais
24.emitidos e refere que compreende o momento pelo qual ela está
25.passando e diz: “- *A senhora pode ficar tranquila por que estamos*
26.*em uma instituição de referencia para o tratamento do seu*
27.*problema de saúde. Todos os dias dezenas de cirurgias como esta*
28.*são realizadas, a equipe é muito bem treinada e a senhora estará*
29.*sob meus cuidados e de minha equipe.”* E segue: “-*Tome este*
30.*lencinho e este copo com água, respire fundo e procure relaxar*
31.*que eu irei explicar detalhadamente como o procedimento é*
32.*realizado e assim a senhora ficará mais segura para tomar a*
33.*decisão.”* Ao terminar de explicar o procedimento cirurgico, a
34.Enfermeira deixou o quarto certa de que a paciente está mais
35.tranquila e segura e sentido a sensação de “dever cumprido”. Se
36.dirigiu até o prontuário, efetuou os registros da abordagem
37.executada junto à paciente e deu inicio à elaboração de um plano
38.de cuidados para as próximas 24 horas focado nas necessidades
39.de higiene e conforto, bem como suporte psicológico e nutricional.

A partir do caso relatado, é possível observar que o histórico da paciente está detalhado, apresentando elementos importantes para o reconhecimento de necessidades de ordem existencial, bem como aspectos da história de vida que permitem possíveis incursões investigativas do Enfermeiro (e outros profissionais).

Mediante o diagnostico de aneurisma cerebral, a paciente intensificou o uso da meditação como estratégia de enfrentamento da doença (linhas 9-11), o que pode sugerir a necessidade intuitiva em estabilizar um campo desarmônico. Entretanto, o medo da solidão, da morte e da incerteza do retorno à consciência após o procedimento cirúrgico mantém o campo

fenomenológico instável, caracterizado pelas oscilações de humor (linhas 12-19).

Uma importante pesquisadora¹⁶⁹, ao discorrer sobre aspectos existenciais da vida a partir da perspectiva das necessidades de cuidado de dependentes químicos, aponta que mediante desestabilizações emocionais ou psíquicas, os pacientes tendem a manifestar conflitos relacionados ao sentido da vida, solidão, ausência de conexão consigo, os outros e as coisas (o mundo), a morte e a própria liberdade. A partir desta análise, a autora¹⁶⁹ desenvolveu um Modelo Teórico de Cuidado a partir da premissa existencial-espiritualista onde as Necessidades de Cuidado devem ser entendidas como indicadores de sofrimento de ordem física, mental e/ou espiritual cujos traços deveriam ser reconhecidos pelo Enfermeiro¹⁶⁹.

Assim, a autora¹⁶⁹ parte do pressuposto de que os Seres Humanos são, a priori, seres espirituais e sua manifestação sempre diz respeito à busca de um sentido mais amplo e profundo para a vida. Esta manifestação resulta da dinamização das três esferas do complexo Mente-Corpo-Espírito implicando na premissa de que a Espiritualidade enquanto campo de integração destas três esferas deveria ser considerada uma Necessidade Humana de Cuidado.

A partir desta premissa, o enfermeiro deveria minimamente estar atento ao fato de que o relacionamento interpessoal é base de qualquer perspectiva de Cuidado e, a partir disto, se esforçar para manter boas relações. Entretanto, quando a discussão está relacionada às questões espirituais, muito mais que se sensibilizar (linhas 19-25) e construir aceitáveis níveis de

relacionamento interpessoal, o desafio é de construir relações de cuidado capazes de fomentar a conexão entre Enfermeiro e o Ser-para-o-Cuidado de modo a garantir genuínas experiências de penetração em uma dimensão espiritual^{77, 169}.

O caso exposto é de difícil resolução uma vez que a relação interpessoal proposta permitiu, especialmente na figura da Enfermeira, a experiência de sensações e sensibilizações que, embora pouco detalhadas, demonstraram padrões de relacionamento mais sutis o estado de realização profissional frente uma abordagem assistencial específica, no caso orientações acerca do procedimento cirúrgico (linhas 33-35).

Todavia, não encontramos no decorrer do relato de caso elementos que caracterizassem a incursão em um campo fenomênico mais sutil que permitisse à Enfermeira obter dados para problematizá-los em seu plano de cuidados, muito embora a experiência deste encontro tenha proporcionado a ela sentimentos ímpares e, talvez, renovadores. Tal incursão, a partir dos pressupostos watsonianos implica na ocorrência da transpessoalidade, caracterizada, dentre outros elementos, pelas Experiências da Consciência (intuição, espiritual/metafísica) e que permite o uso de linguagem pertinente para descrever a experiência vivida.

6.7 Caso Inventado (Fictício)

Neste trabalho nos valem de um Caso Inventado (Fictício) com intuito de clarificar, o máximo, possível as relações entre o conceito de Espiritualidade,

Momento Presente, Campo Fenomênico e Ocasão Real de Cuidado, destacando para tal o envolvimento dos 10 Clinical Caritas Process.

Caso Inventado

1.Joana tem 78 anos, analfabeta, trabalhadora rural, mora no sertão
2.da Paraíba. Teve 13 filhos, 7 vivos atualmente (dos 6 filhos
3.falecidos, 4 morreram ainda criança, em decorrência de
4.desnutrição). Sua vida foi marcada por dificuldades financeiras, uma
5.vez que se viu viúva muito cedo e teve que dar conta do sustento
6.dos filhos sozinha. Ainda trabalha na roça plantando mandioca e
7.seu lazer é participar das atividades da paróquia do povoado: é
8.durante as rezas, as novenas que se sente melhor. Seu sistema de
9.crenças está ancorado no catolicismo. Até 3 meses atrás morava
10.em seu casebre de barro, nas terras concedidas a ela pelo
11.governo, junto com 2 de seus filhos homens, com suas respectivas
12.esposas e filhos. Sem razões aparentes foi perdendo a vontade
13.de viver e hoje encontra-se: pálida, emagrecida, com uma enorme
14.protuberância abdominal e queixando-se de presença de sangue
15.nas fezes. Sempre recebe visita da benzedeira do sítio ao lado Ihe
16.manda uns chás para ajudar. Em determinada situação, recebeu a
17.visita de uma das filhas, mais estudada e com melhores condições
18.financeiras que decidiu levá-la a um grande centro hospitalar para
19.melhores avaliações. Após a realização de uma bateria de
20.exames, Joana têm sua sentença: câncer de cólon com áreas de
21.metástase abdominal. Apesar do avanço da doença, a equipe
22.médica opta por uma colectomia e uma colostomia é implantada,
23.juntamente com o tratamento quimioterápico. Durante todo o
24.período mantém-se calada e cabisbaixa, chamando atenção o fato
25.de que nos últimos dias alega não conseguir dormir e tem
26.recusado-se a tomar remédios por via oral e qualquer tipo de

27.alimento ou líquido oferecido. Uma das enfermeiras responsável
28.pelos seus cuidados chama-se Lucia, cuja história de vida tem
29.como característica a morte prematura da mãe aos 45 anos,
30.ocasião em que Lucia estava com 25, por câncer de mama. Lucia
31.é de família simples, do interior de São Paulo, cresceu em meio
32.católico, mas não professa nenhuma religião específica. Realiza
33.práticas de meditação individual e tem muito gosto pelas artes e
34.musica. Na ocasião do primeiro encontro, quando questionada
35.pela enfermeira Lúcia a respeito do porquê da recusa dos
36.medicamentos ela diz, desafiadora: “Mas eles é que estão me
37.pondo ruim... Lá na minha terra não tinha remédio desses e eu
38.tava muito melhor lá...”. A enfermeira então pega na mão dela e
39.pergunta: “E o que tem de bom lá na sua terra que te deixava
40.melhor?”. Joana para, olha a parede branca do quarto, e um
41.sorriso desdentado e saudoso surge em seu rosto, o primeiro em
42.muito tempo dentro daquele hospital: “Tem minhas galinhas, a
43.‘prosa’ com as comadres no dia de reza, o angu no almoço...”. “
44.Sabe, eu também cresci no interior e sinto falta da calma de lá.”,
45.diz a enfermeira, “E quando a saudade bate, eu fecho os olhos e
46.imagino que estou andando num campo bem tranquilo, sentindo o
47.ar puro e o sol me aquecendo e me dando energia. Isso funciona
48.pra mim, quem não ajuda a senhora também...”. Joana não disse
49.nada, apenas ficou olhando para o rosto da enfermeira, que se
50.despediu e foi falar com outros pacientes. Naquela noite ela fechou
51.os olhos e deixou a mente viajar até seu sítio, viu suas galinhas
52.ciscando e até escutou as comadres rezando... Sentiu-se em paz,
53.relaxou e adormeceu. Por sua vez, a enfermeira saiu do encontro
54.com a paciente sentido que alguma coisa ainda iria acontecer
55.entre as duas. Lembrou que na medida em que ela falava, uma
56.energia diferente estava no ambiente e que esta experiência
57.poderia ensinar muita coisa. Decididamente ela queria estar

58.próxima a paciente e utilizaria todos os recursos possíveis para
59.isto acontecer. No dia seguinte, a enfermeira Lúcia se aproximou
60.com um prato na mão e disse: “Sei que não é tão gostoso quanto o
61.angú que a senhora faz, mas quem sabe a senhora não sente o
62.gostinho dele com essa sopa de mandioca...” Encantada com a
63.atenção da moça, Joana se ajeitou na cama para comer. Imagina
64.só, uma moça estudada como aquela ter entendido o que ela
65.sentia, o que era importante para ela, uma pessoa simples. Não
66.que ela fosse ingrata, sabia que as pessoas estavam tentando
67.ajudar, mas aquela moça era diferente, porque botou atenção no
68.que ela dizia. E não é que sopa tava boa mesmo. A partir deste
69.segundo encontro as duas pareciam estar mais conectadas. As
70.palavras eram mero instrumento para validar o que os olhos já
71.sabiam. As duas conversavam muito sobre muito coisa,
72.especialmente sobre o marido falecido de Joana. Ela tinha
73.intensificado a verbalização de quanto ela o amara e o quão
74.importante ele fora para sua vida. Ela dizia: “Sabe Lucia, quando
75.eu morrer eu gostaria que meu ‘velho’ viesse me buscar. Sinto que
76.cada vez mais ele se aproxima de mim e quer dizer algo, mas
77.ainda não sei o que isto quer dizer.” Havia intencionalidade
78.consciencial de ambas as partes, como se a essência dos dois
79.serres (espírito) se encontrassem em um mesmo lugar no tempo e
80.no espaço. A enfermeira, embora receosa intuitivamente sentiu
81.que precisava dizer algo importante e, na medida em que trocava
82.a fixação do acesso venoso periférico comentou: “Sabe dona
83.Joana, há três dias que sonho com seu marido. Uma figura esguia,
84.morena como o por do sol em dias de primavera, com um olhar
85.penetrante e um chapéu de couro colocado meio de lado. No
86.sonho ele não fala nada, apenas se aproxima, me abraça e olha
87.profundamente. Também não sei o que isto quer dizer, mas sei
88.que a senhora pode compreender. Dona Joana começou a chorar,

89.emocionada, e limitou-se a dizer que sim, era esta mesma a
90.imagem do marido. Usualmente a Enfermeira Lúcia quem
91.elaborava o plano de cuidados da Sra. Joana e utilizava uma linha
92.diagnostica e de intervenções pautadas nas necessidades de
93.atenção espiritual, suporte religioso, embora considerasse
94.importante o cuidado do corpo e das emoções, bem como a
95.rigorosa concentração na execução de procedimentos técnico-
96.assistenciais. Rapidamente o estado de saúde da Sra Joana se
97.agravou e em uma noite chuvosa ela apertou a campainha e
98.chamou pela enfermeira Lucia que rápida e amorosamente entrou
99.no quarto e foi recebida com um gesto suave, quase poético,
100.indicando que ela deveria sentar-se ao lado da Sra. Joana. Em
101.uma fração de segundos a enfermeira Lucia conseguiu “ler” o
102.campo energético que envolvia a paciente e compreendeu que se
103.tratava de um momento de despedida. Sentou-se ao lado da Sra.
104.Joana que, com muita dificuldade disse: “Lucia, você tem sido
105.muito importante para mim durante todos estes dias. Por confiar
106.em você preciso confessar o sonho que tive há pouco. Sonhei
107.que meu marido veio me buscar para um passeio. Andávamos
108.por um jardim muito bonito e ele me falava sobre a importância da
109.água para renovação da vida e como era importante tirar do meio
110.das flores as ervas daninhas, mas com sabedoria, pois elas
111.também fazem parte da criação. Depois, com o sorriso de lado
112.ele me deixou de novo aqui e disse que em breve voltaria para
113.irmos a outro jardim. Confesso que não compreendi o sonho, mas
114.acordei com uma sensação diferente, não sei explicar.” A
115.Enfermeira verbalizou que acreditava que o sonho tivesse sido
116.real e que não tinha dúvidas que todos somos seres imortais e
117.que vivemos conscientes e em forma de energia em uma outra
118.dimensão que só acessamos depois da morte. Criativamente e
119.sentido intuitivamente o momento, perguntou se a Sra Joana

120.queria meditar com ela, que prontamente aceitou. Ambas
121.fecharam os olhos e logo em seguida começaram a chorar,
122.emocionadas, mas sem razão aparente. Sra Joana abriu os olhos
123.e disse: “- Olha Lucia, estou vendo, estou vendo. Meu marido,
124.conforme prometeu vem chegando de terno azul, você também
125.vê?” Lucia não consegue responder tamanha emoção que a
126.domina. Ela entrega-se à experiência que vivencia e embora não
127.estivesse vendo, sentia uma energia muito forte envolver seu
128.campo de percepção e um cheiro de rosas percorreu todo o
129.quarto e a temperatura declinou levemente. Olhando para Sra.
130.Joana, que ainda com os olhos fitados na parede dizia: “Meu
131.querido estou pronta para ir com você. Estou pronta.” Estendendo
132.os braços, como quem procurara algo no ar, ela olha
133.carinhosamente para Lucia e agradece pela oportunidade do
134.aprendizado e pela presença autêntica da Enfermeira em sua
135.vida, mas agora era hora de voltar ao verdadeiro lar. Neste
135.momento as duas pareciam ser uma só pessoa. Os braços
136.caíram sobre a cama e a morte física se fez presente para Sra.
137.Joana. A Enfermeira Lucia chorou com pesar, mas compreendeu
138.o momento vivido. Fez uma prece de agradecimento e em
139.seguida, seguindo um ritual todo humano e todo materno,
140.preparou o corpo da Sra. Joana para que pudesse ser recebido
141.pelos filhos que aguardavam para o horário da visita. Ao terminar
142.de prestar a assistência final ao corpo e aos familiares, a Lucia foi
143.até o prontuário para elaborar os últimos registros. Olhou
144.atentamente para o histórico dos diagnósticos e prescrições de
145.Enfermagem que haviam sido direcionados à Sra. Joana desde
146.sua internação e observou que os diagnósticos de *Angustia*
147.*Espiritual* e *Risco para Angustia Espiritual* sempre estiveram
148.presentes no plano de cuidados e, ao final do seu relatório
149.escreveu: “A partir da prática do amor e da equidade, da

150.presença autêntica, da honra para com o outro, do cultivo da
151.prática espiritual, do estar presente, bem como do uso criativo do
152.processo do cuidar, do aprendizado mútuo, do envolvimento
153.energético mantendo a reverência e o respeito e, especialmente
154.pela experiência da consciência em acompanhar o processo de
155.cuidado da Sra. Joana, me sinto honrada em ter acompanhado
156.os momentos transcendentais finais que garantiram a ela partir
157.para uma existência espiritual sem angústias e serena.”

A partir do caso relatado é possível identificar uma série de elementos que caracterizam a dinâmica entre o conceito de espiritualidade explorado e o Modelo Processual proposto pela Teoria do Cuidado Humano (Figuras 2, 3 e 5).

Inicialmente há detalhes do histórico da Sra. Joana que indicam o sistema de crenças, bem como estrutura familiar, configurando pistas sobre o Passado Causal da individualidade em questão (linhas 1-13). Na sequência, é possível observar o Momento Atual, ou Momento Presente em que o campo fenomênico da Sra. Joana foi perceptivelmente afetado- sinais e sintomas físicos- (linhas 13-16).

Esta desestabilização, ou como proporia Watson⁷⁷ a desarmonia entre as dimensões ou esferas (mente-corpo-espírito) desencadeou a percepção dos familiares para questões biológicas e a necessidade de intervenção do sistema de saúde, inicialmente nos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de cuidados (linhas 17-27).

Em determinado momento da história de vida da Sra. Joana houve o contato inicial com a Enfermeira Lucia (linhas 27-50) que, também com sua história de vida, sistema de crenças e valores se valeu de recursos da criatividade no sentido de estimular a aproximação com a paciente bem como tornar o

ambiente propicio para interações posteriores mais solidificadas. Após o primeiro encontro, tanto a Enfermeira como a Paciente saiu da experiência com impressões positivas e, de certo modo, marcantes. Regente das relações interpessoais, a Enfermeira decidiu testar a experiência junto a Sra. Lucia, pois intuitivamente percebeu que algo importante poderia ser extraído deste encontro (Linhas 51-59).

Mais uma vez a Enfermeira, decidida em manter contato mais intenso com a Sra. Joana, utilizou a criatividade e lançou mão do prato alimentar (linhas 59-69) que a Sra. Joana havia mencionado e que talvez traria boas lembranças. Em nossa cultura a alimentação indica e favorece a aproximação e acolhimento entre as pessoas¹⁷⁰.

A partir de então, elementos de aproximação como confidências, encontro entre olhares, silêncios e atemporalidades começam a transcender tais os processos interpessoais partindo para um campo mais sutil de relacionamento (Linhas 70-79). De certo modo a Enfermeira estava conectada a Sra. Lucia a ponto de sonhar e revelar o seu sonho - o que é pouco comum nas relações assistenciais – (Linhas 80-90).

A este respeito é importante destacar que, para um importante filosofo da comunicação³⁵, as relações em que sentimos mais proximamente o outro, ocasiões em que o vínculo é quase que completo são raras, quase eventuais. Destaca ainda que:

Comunicação é um acontecimento que tem a ver comigo e como me relaciono com o outro e com as coisas; é portanto, uma forma de relação que eu desenvolvo com o mundo circundante. A comunicação só acontece quando eu me volto a esse mundo e transformo meros sinais em comunicação e/ou informação. Pessoas, animais, objetos, obras sempre sinalizam; se isso se transforma ou não em comunicação, só depende de cada um de

nós, de nossos interesses. A outra pessoa com quem eu falo é para mim um mistério, eu nada sei nem poderei saber do que passa dentro dela, mas é esse estranhamento que me traz o novo.^{35:19}

A Enfermeira intuitivamente mantinha o norte assistencial priorizado pelas Necessidades Espirituais da Sra. Joana (linhas 91-96), indicando a manifestação dos valores da enfermeira no sentido de englobar o princípio espiritual na assistência.

Na medida em que o estado da paciente se agrava, logo o campo fenomênico da Sra. Joana fica ainda mais instável, o Self encontra ambiente propício para livre manifestação e assim narra um importante evento ocorrido em sonho (Linhas 96-103) cuja figuração simbólica significa muito para Sra. Joana. Em condições cotidianas muitos profissionais tangenciariam o tema da proximidade da morte e do morrer ou ainda usariam palavras na tentativa de confortar a paciente^{165,171}. Entretanto a Enfermeira manteve a calma e pelo dimensionamento perceptivo compreendeu que se tratava de um momento ímpar e que carecia de total atenção.

Após ouvir atentamente a Sra. Joana expressar o sonho, a Enfermeira, descartando qualquer hipótese de estado alterado da consciência, seja do ponto de vista psicótico, farmacológico ou de cunho neurológico, validou e estimulou a expressão dos sentimentos positivos ou negativos da paciente expressando da mesma maneira seus valores e crenças pessoais em relação à infinitude da vida (linhas 104-118).

A partir das linhas 119 a 135 dá-se início a uma série de Experiências da Consciência⁷⁷ vivenciada e partilhada tanto pela Sra. Joana quanto pela

Enfermeira Lucia que vai para além das relações tempo-espço. A Enfermeira permite-se acompanhar o processo sem julgamentos ou preconceitos e decidiu percorrer as imagens narradas pela paciente. Ao lançar-se conscientemente à experiência pôde vivenciar a transpessoalidade ocasião em que “pareciam ser uma só pessoa”.

Embora fisicamente dispostas em Momento Presente específico, uma Ocasião de Cuidado se tornou uma Ocasião Real de Cuidado, configurando o que a Teoria do Cuidado Humano define como *Momento do Cuidar*. É neste campo atemporal que as experiências são agregadas e que muito pode ser compreendido em relação ao Fenômeno Humano⁷⁷.

Pode-se dizer, na linguagem da comunicação, que ocorreu a Conexão entre duas consciências, uma vez que, ao invés de dois sistemas fechados, os sistemas (individualidades) se dispuseram apenas a encontrarem-se em uma única experiência, sem ansiedades de explicar, trocar opiniões ou ainda discutir a situação vivida. Apenas a observação atenta e a entrega compuseram o cenário de compartilhar, apreciar os resultados de um determinado fenômeno, colocando em prática a máxima: “*só há comunicação quando me volto para o outro*”³⁵.

Demonstrando profundo respeito pelo humano (linhas 137-141) a enfermeira prestou cuidados ao corpo no sentido de estar ainda presente, mantendo a intencionalidade do cuidado, honrando a unidade do Ser⁷⁷. A visão transcendente da Enfermeira Lúcia esteve sempre presente. Isto pôde ser constatado na medida em que diagnósticos de Enfermagem explicitaram esta visão de mundo (linhas 142-148).

Finalmente, a enfermeira deixa clara sua perspectiva de cuidado uma vez que ao redigir o relatório final no prontuário utiliza terminologia e linguagem teórica específica para expressar as diretrizes que nortearam sua prática, não apenas assistencial, mas de cuidado a Sra. Joana. É possível observar (linhas 149-157) que aspectos dos 10 Processos Caritativos estão explicitados⁷⁷, identificando o paradigma pelo qual os resultados de uma assistência planejada foram alcançados.

6.8 Contexto Social

O conceito de Espiritualidade tem sido empregado nas Ciências da Saúde fortemente vinculado à literatura Médica e de Enfermagem e pulverizado em demais áreas como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, entre outras áreas afins. Geralmente o cenário hospitalar é onde mais se aborda a Espiritualidade, fortemente ancorado às ansiedades em conhecer como os doentes lançam mão da espiritualidade e crenças pessoais no enfrentamento das doenças². Talvez este fato seja justificado pela grande procura dos serviços de saúde por indivíduos doentes ao invés dos usuários que procuram pela promoção à saúde.

Outra linha de discussão pode ser traçada relacionando a vulnerabilidade dos pacientes doentes, o medo da morte e desejo pela sobrevivência ou pela transcendência pacífica. É sabido que o risco de morte remete às pessoas para questões existenciais¹⁷². Todavia, o que tem levado os enfermeiros e/ou pesquisadores da área do cuidado a se sensibilizar mais com o outro?

Paradoxalmente, embora os profissionais tendam a se sensibilizar mais na medida em que há piora do estado de saúde dos pacientes, há maiores dificuldades de aproximação do moribundo⁴⁰.

Na Teoria do Cuidado Humano, o Momento do Cuidado requer interação face-a-face. Este pressuposto implica na necessidade em potencializar Ocasões de Cuidado em Ocasões Reais de Cuidado. Entretanto, a teórica indica⁷⁷ que é importante para o profissional da Enfermagem ter clareza de que nem sempre o Cuidado será efetivado, uma vez que dependerá de uma série de fatores, tais como condições inter e intrapessoais, ambientais, resultados de aproximações prévias, relações de confiança e empatia edificadas, entre outras. Isto implica no fato de que Atitudes Assistenciais deverão ser estabelecidas em atenção às necessidades humanas básicas.

Entretanto, mediante a ocorrência, registro e divulgação das Experiências da Consciência advindas do Processo do Cuidado Humano, tanto a comunidade que compõe as ciências da saúde, a população geral e pacientes poderão manifestar algum nível de interesse, especialmente no Brasil, uma vez que existe uma curiosidade natural por fenômenos espirituais^{160,166}.

Outro fato relevante é o de que perguntas poderão ser lançadas na direção de questionar quando efetivamente podemos considerar que determinada experiência espiritual/consciência ocorreu? Quais os outros antecedentes e as consequências da espiritualidade? E ainda quando e como os problemas espirituais devem ser tratados?. Certamente são debates que merecem ser dimensionados, não apenas na Enfermagem ou ciências da Saúde, mas no domínio público de modo geral.

A discussão é pertinente uma vez que vivenciamos uma época e sociedade em que as pessoas estão com menos disponibilidade para o contato, menores limiares de confiança, resultando em conflitos de valores e construções de vida. Parece que todos esperam resultados saudáveis mediante as interações humanas, quando em verdade elas proporcionam experiências. Quando interagimos em um nível transpessoal não saímos ilesos do processo. Sempre algo acontecerá.

Cotidianamente, nas relações assistenciais, as pessoas estão interessadas em resolver o seu problema de saúde, anular a dor física, se o antibiótico ou o antidepressivo funcionará, etc. Isto quer dizer que as relações sinalizam os níveis de acontecimentos, todavia, o mecanicismo dos encontros estão reduzidos à influencia negativa da rotina. Se por um lado é pela rotina que estamos perdendo o cuidado, em um contexto mais estrito, estamos perdendo também a qualidade da própria assistência¹⁷³.

Se contextualizarmos a problemática do cuidado *versus* assistência de Enfermagem a partir de um cenário e situação de atendimento específico, em que nos valemos de toda nossa experiência e cabedal de conhecimento constituído e dedicamos um exímio atendimento e nos sentimos bem com isto. Mas parece que tal sensação e sentimento não tem sido suficiente para tornar os profissionais da Enfermagem mais felizes, mais realizados e valorizados.

Atualmente existe uma forte tendência na priorização dos processos e não dos indivíduos responsáveis por seu desenvolvimento. Na medida em que o processo é priorizado, as relações interpessoais são gravemente prejudicadas e, quando isto ocorre, as possibilidades de transpessoalidade são radicalmente

anuladas. Por outro lado, quando a pessoa é priorizada, o foco está centrado nas manifestações do indivíduo e um campo fenomênico é criado oferecendo recursos para estabelecimento da Ocasão Real de Cuidado¹⁷¹.

Pensando na cultura ocidental, onde o fator tempo tem sido uma prioridade constante, o desafio em construir Ocasões Atuais de Cuidado, ou Momento do Cuidado é imenso. Raramente conseguimos “pescar” o sutil na velocidade aumentada. Geralmente percebemos melhor a invisibilidade das coisas e dos acontecimentos quando apertamos a tecla ‘*slow-motion*’, ocasião em que os elementos contextualizadores são elevados à sua beleza mais extrema e encantadora, onde não há tempo – *Kronos* - ou seja, o presente se torna um fio tênue que existe meramente para que passado e presente não sejam demasiadamente confundidos, ou ainda:

É exatamente neste ‘*não-tempo*’ da *simultaneidade* onde se insere a operação e a distinção: ambas se dão num tempo do observador e da observação, tempo que para este se coloca como *ponto cego*. A ocorrência de um antes e depois, ou seja, da temporalidade, virá no passo seguinte, no da descrição. É nesse processo que o tempo adquire forma. O tempo, assim, não preexiste ao observador, só emerge no processo da observação.^{36:453}

Em síntese, ao contextualizarmos o conceito de espiritualidade a partir da Teoria do Cuidado Humano, compreendemos a obrigatoriedade do contato face-a-face na tentativa de minimizar a influência negativa da tecnologia, do meio e das situações mecanicistas que envolvem os processos assistenciais cotidianamente executados, muito embora o mundo imaterial, ou do espírito, dinamiza-se a todo o momento e em todos os cenários da materialidade humana.

6.9 Anseios Basilares

A que tudo indica, parece existir alguma ansiedade na adequada aplicação do conceito de Espiritualidade e os fatores a ele relacionados, especialmente na tentativa de explicar através da linguagem eventos que cotidianamente acompanham os profissionais da área da Saúde de modo geral. Se por um lado existe o anseio de como acessar a dimensão espiritual, por outro, há necessidade de grande cautela ao explorar estas relações.

No Cuidado de Enfermagem o acesso à dimensão espiritual parece exigir algum nível de contato com esta dimensão ou campo. Todavia, também pode ser útil, e não se pode descartar esta possibilidade, tateá-la a partir de ferramentas que se disponibilizam a coletar e sistematizar variáveis que compreende este campo. É importante levar em consideração que, neste último caso, serão estabelecidas atitudes assistenciais. A partir da perspectiva do Cuidado enquanto campo fenomênico, as experiências vividas são insubstituíveis¹⁷⁴.

É evidente que o debate necessita ser intensificado no tangente destas questões, especialmente pela tenuidade com que as Experiências Espirituais e até mesmo as próprias experiências de cuidado tem sido tratadas no campo prático da Enfermagem. O campo da linguagem é arenoso e requer atenção na caminhada rumo às estruturas conceituais e classificatórias, especialmente quando a há incertezas na caracterização do fenômeno sob questão.

Como exemplo, podemos citar a tão interessante quanto rara, Síndrome de Charles Bonnet^j, descrita pela primeira vez em 1760. A Síndrome é caracterizada pela presença de alucinações visuais complexas e isolada. Pode ou não haver disfunções visuais associadas, contudo, os portadores da síndrome não apresentam distúrbios cognitivo-psiquiátricos. A que tudo indica, trata-se de um problema de supressão de centros corticais. Aos portadores da síndrome são comuns visões de pessoas (homens ou mulheres), pássaros, e edificações que mudam constantemente de forma¹⁷⁵. A partir de dois (1 e 2) interessantes relatos de caso coletado no Brasil, fica clara a característica da alucinação:

1. A paciente referia que esporadicamente via uma carroça, a qual vinha em sua direção. Mesmo com a consciência da natureza irreal do fenômeno, era capaz de descrever detalhes do veículo, bem como do condutor. Devido a isto, foi encaminhada para avaliação no departamento de Neurologia do HCFMUSP.^{175:2}
2. A paciente queixava da percepção de vários tipos de alucinações visuais (cortina, pessoas, animais), as quais sabia que eram irreais, pois chegava a tentar tocá-los para convencer-se disto. Mais uma vez, impressionava a descrição dos detalhes, sendo capaz de dizer aspectos da roupa das pessoas que via. Foi encaminhada para avaliação no departamento de Neurologia do HCFMUSP, onde foi submetida a exame neuropsicológico utilizando-se o questionário de mini exame do estado mental, questionário das atividades mentais de Pfeffer e inventário neuropsiquiátrico, observando-se apenas um estado leve de depressão ocasional.^{175:2}

Contemporaneamente a discussão entre o normal e o patológico tem se intensificado campo da Psiquiatria, especialmente a partir do estabelecimento da categoria classificatória do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -

^j Esta síndrome me foi apresentada pelo Prof Peter Fenwick, do King's College, na ocasião em que nos conhecemos, na cidade de Estocolmo, Suécia e discutíamos sobre Experiências Espirituais vivenciadas pelos profissionais de Enfermagem ao redor do mundo. Recentemente ele tem incluído esta síndrome no rol de doenças/alterações que influenciam no diagnóstico diferencial de Experiências espirituais.

IV “Problemas Espirituais e Religiosos”, uma vez que psiquiatras observaram que inquietações espirituais e religiosas podem conduzir pacientes a consultórios médicos e o tratamento ser inadequadamente conduzidos¹⁵⁷.

Todavia, as experiências espirituais ou da consciência⁷⁷ não é fenômeno novo. Estão historicamente arraigadas nos primórdios da humanidade, seja nas tradições ocidental-cristã, judaicas ou Greco-romanas e narradas por grandes personalidades, tais como São Francisco de Assis, Moises, Santa Tereza D’Ávila, entre outros¹⁵⁷.

Considerado fundador da filosofia moderna, Renè Descartes narrou e sua obra mais tradicional uma interessante e transcendente experiência ocorrida no ano de 1619, conforme descrição

Durante dois anos conservou um interesse de amador pela vida militar [...] e depois voltou as costas ao militarismo para mergulhar em suas meditações. Porque *‘súbita torrente de luz’* deparara-se-lhe de improviso em 1619... *‘Nesse ano fui visitado por um sonho que me veio de cima... Ouvi um estrondo de trovão... Era o espírito da verdade que descia para assenhorear-se de mim.’* Na manhã seguinte, orou a Deus para que lhe concedesse a luz. Pois a sua vida, a partir de então, deveria ser dedicada à investigação da Verdade.^{176:12}

Bandeirante nos estudos sobre morte e morrer, e experiências de quase morte, uma importante pesquisadora¹⁷⁷ desenvolveu um estudo com cegos natos, ou seja, aqueles que não vislumbraram luz por, no mínimo dez anos. Dos selecionados, foram investigados aqueles que vivenciaram experiências de quase morte e que ao retornar foram capazes de descrever detalhes de adereços (joias, colares, etc) e cores das roupas que pessoas estavam usando na ocasião da ocorrência do evento de quase morte.

A autora narra ainda uma situação pessoal¹⁷⁷ em que vivenciou uma experiência incomum, mas que foi registrada em uma importante obra de sua autoria

[...] uma mulher apareceu na frente do elevador. Olhei-a fixamente. Eu não poderia dizer como ela era, mas você pode imaginar o que se passa quando vê alguém, sabe que o conhece muito bem mas, de súbito, não sabe dizer de quem se trata. [...] Ela parou. Era muito transparente, mas não tanto que se pudesse ver muita coisa do outro lado. [...] a mulher veio em minha direção e disse: 'Dra. Ross, tive de voltar. Incomoda-se que eu vá até a sua sala com a senhora? Não me demorarei mais que dois minutos.' Fiz todo o percurso do elevador até a minha sala testando a mim mesma. Eu dizia: 'estou muito cansada; preciso de férias. Acho que tive muita convivência com pacientes esquizofrênicos e estou começando a ver coisas. [...] Quando chegamos em minha sala, ela abriu a porta com delicadeza e amor e disse: 'Dra. Ross, eu tive que voltar[...] para agradecer a senhora e a ele [Pastor] pelo que fizeram por mim. Mas o segundo motivo que me fez voltar é que agora a senhora não pode parar o seu trabalho sobre a morte e os moribundos'. Olhei para ela e pensei: 'Será mesmo a Sra. Schwarz? Essa mulher fora enterrada há dez meses e eu não acredito em nada disso. Por fim, cheguei à minha mesa. Toquei tudo o que era real. Minha caneta, minha mesa, minha cadeira e tudo estava ali. Eu queria que ela desaparecesse, mas ela não desapareceu. Ficou ali parada, teimosa, mas foi carinhosa ao dizer: "Está me ouvindo Dra. Ross? Seu trabalho ainda não está terminado."^{177:45-7}

Em linhas gerais, questões de Espiritualidade no Cuidado implicam em questionar frequentemente a natureza das experiências espirituais observadas e vivenciadas e o quanto efetivamente se está disposto a navegar por águas ainda tão turvas, uma vez que é possível investigar os fatos relacionados, desde que não se tenha medo das respostas obtidas.

De certo modo, discutir Espiritualidade a partir de Teoria no tocante do Momento do Cuidado é também perseguir elementos que sinalize quando efetivamente este ocorreu? Quais são as experiências que podem ser narradas a este respeito?. Questionamos aqui não apenas a *Ocasão Real do Cuidado* de

Watson⁷⁷, mas ampliamos a discussão acerca da efetivação do Cuidado a partir de qualquer perspectiva teórica.

Quando efetivamente cuidamos? Quais nossas referencias desta prática? O quanto a experiência do Cuidar, enquanto processo interacional, tem sido explorada dentro do próprio campo fenomênico do cuidado e não necessariamente por atributos tangentes, como relacionamento interpessoal, carga de trabalho e dimensionamento de pessoal, entre outros? Estes são alguns questionamentos que podem ser globalmente lançados quando o assunto diz respeito à experiência do Cuidar.

Uma importante enfermeira internacionalmente reconhecida¹⁷³ problematiza o tempo do cuidado e quando de fato experienciamos esta dimensão denominada Espiritualidade? Talvez momentos traumáticos possam sugerir questionamentos existenciais mais delicados, assim como situações particularmente delicadas possam oferecer elementos para crescimento pessoal, mas estes não são pré-requisitos para tal.

O único antecedente para Espiritualidade, de acordo com a autora¹⁷³, é a experiência de vida, ou seja, a capacidade de apenas 'estar' junto ao outro atento às movimentações que a interação proporcionar e, diretamente, esta 'ocorrência' envolve a certeza da sobrevivência da consciência após a morte física e a compreensão da individualidade como encarnação da alma/espírito.

6.10 Resultados Práticos

A análise demonstrou que o conceito de Espiritualidade a partir da Teoria do Cuidado Humano exige dinamismo, operacionalizado a partir das relações humanas de Cuidado consciente e intencionalmente direcionadas a partir dos dez Clinical Caritas Process que permite a expansão perceptiva do profissional.

O Processo Caritativo, ou a aplicação prática da Teoria do Cuidado Humano, a partir da perspectiva da espiritualidade critica a superficialidade da interpretação dos dados obtidos a partir das interações humanas nas relações assistenciais. Na prática, os resultados esperados estão relacionados ao uso da criatividade, individualização do cuidado e a dinamização do saber associados à visão transcendente do Ser Humano⁷⁷.

A partir do dimensionamento do conceito do próprio Cuidar, o Processo Caritativo integra e é composto por dados emergentes da consistência teórica, valores e princípios éticos que permitem julgamento e tomada de decisão pautada na construção pessoal, profissional, empírica e técnica. Assim, a complexidade da tomada de decisão e aplicação dos pressupostos watsonianos requer do profissional, especialmente do Enfermeiro, acurado pensamento crítico, racionalidade e uso coerente da evidência. Entretanto, o diferencial consiste no foco e direcionamento de energias cotidianamente dispensadas nos processos assistenciais no sentido de individualizar, ancorar e sintetizar as resoluções de problemas em cada contexto de cuidado.

Em síntese, ao ancorar o conceito de espiritualidade no Processo de Cuidado Humano, o resultado prático esperado é de que o profissional-para-o-

cuidado- aprenda a Estar Presente. Este comportamento proporciona dinamização de sua capacidade perceptiva para leitura dos campos sutis ou energéticos e, conseqüentemente, responder às necessidades do momento vivido com base em todas as formas de Ser, Saber e Fazer⁷⁷.

6.11 Resultados Na Linguagem

Inicialmente é importante destacar que muitos teóricos e estudiosos das técnicas de Análise de Conceito reforçam que a linguagem dos conceitos não tem por objetivo estabelecer um significado fixo para o conceito em análise, mas proporcionar determinada compreensão que ofereça utilidade prática para o significado do conceito em contextos específicos. Assim, “O” conceito não existe, uma vez que está intimamente imerso no contexto o qual está inserido. Na medida em que o contexto muda, assim o significado do conceito também o acompanha^{9,111}.

A linguagem pode ser definida como a fusão entre os indivíduos e a sociedade e que expressa as experiências dos atritos destes dois corpos. Entretanto ela não é, e nunca será, a experiência em si, afinal, seria demasiado incoerente afirmar que só se pode ver o que se pode formular. O significado não está na forma, ou fora, mas sim no mais obscuro interior da própria palavra^{34-36,178}.

Por outro lado, a linguagem enquanto sistema de codificação e decodificação permite o transito entre dois mundos, ou seja, condensa em configurações estáveis aquilo que é dinâmico e volátil, que escapa pelos dedos, pelos poros. Assim, a linguagem classificatória persegue materialização do

incorpóreo: Os Acontecimentos³⁴. De certo modo, nas diversas áreas do conhecimento em saúde, muitos esforços têm sido lançados para tornar o fenômeno Espiritualidade decodificável dentro de sistemas linguísticos próprios, bem como alinhar perspectivas de diálogo entre as disciplinas.

Um dos mais respeitados pesquisadores no tangente das questões relacionadas às Experiências Espirituais e Religiosas¹⁶⁷, preocupado com os erros no diagnóstico de Paralisia do Sono uma vez que esta tem sido drasticamente subestimada nas mais diversas culturas, lançou mão de um amplo estudo no sentido de potencializar a descrição de Paralisia do Sono, bem como sua avaliação e prevalência, além do impacto neurofisiológico.

O pesquisador¹⁶⁷ atribui a dificuldade histórica dos clínicos lidarem com este transtorno na forte tendência dos pacientes que experienciam a Paralisia do Sono referir algum tipo de Experiência Espiritual. Este fato é reforçado uma vez que, na maioria das religiões e para boa parte dos americanos, há inclinação de que crenças espirituais são manifestadas por experiências espirituais.

De acordo com o estudo, a pouca veiculação de trabalhos relacionados às experiências de Paralisia do Sono dificulta a construção clara de domínios que a defina e diferencie radicalmente de Experiências Espirituais uma vez que, na cultura americana ocasionalmente se faz presente relatos de percepção de espíritos dos mortos, mas estes relatos raramente estão associados ao despertar da paralisia do sono acompanhado da presença de um ente ameaçador. Em linhas gerais, o autor¹⁶⁷ indica que, dentro de uma linha de definições e diferenciações (linguagem), dissecar a Paralisia do Sono ofereceria uma grande possibilidade de

sistematização do conhecimento tanto dos papéis da cultura como da fisiologia humana acerca das experiências genuinamente espirituais.

A clarificação da linguagem parece ser um importante norteador não apenas para diferenciar experiências ou classificar similaridades/diferenças do comportamento ou de outra natureza. Trata-se também de um importante recurso epistêmico para situar determinado objeto ou fenômeno no paradigma científico corrente e, a partir de então, delinear um campo de compreensão acerca da manifestação do fenômeno.

Podemos ilustrar esta questão baseados em um estudo de grande impacto na comunidade científica que coloca em discussão a crença na existência dos espíritos e na capacidade destes em relacionar-se com humanos¹⁶⁸. Muito embora historicamente os mais diversificados sistemas de crenças tenham advogado algum tipo de interação desta natureza, a pós-modernidade parece ter minimizado a relevância deste fato para a humanidade. Todavia, a experiência tem apontado que manifestações espirituais, ou as experiências espirituais são mais comuns do que se imagina.

Paradoxalmente não é a crença ou não nas experiências espirituais que as tornam mais ou menos válidas, mas a disponibilidade em tocar no assunto na academia e, conseqüentemente na pesquisa. Indubitavelmente isto resulta da disseminação destas experiências e isto é território da dinamização da linguagem, uma vez que, a partir da veiculação dos resultados de estudos desta natureza, há formulações de teorias mais ou menos consistentes para explicar ou refutar o fenômeno, embora, falsas crenças e teorias fracas tem gerado confusão e subestimado tão relevante tema¹⁶⁷.

Advogando neutralidade, o pesquisador¹⁶⁸ aponta que questões relacionadas à experiência espiritual e crença em inteligências extracorpóreas devem ser tratadas de modo rigoroso e racional, preferencialmente lançando mão de certa '*simetria metodológica*', ou seja, partir do pressuposto de que todas as crenças são passíveis de problematização, logo, carecem de acurada observação, descrição e explicação¹⁶⁸.

Se por um lado parece importante o ajuste coerente da linguagem ao se tratar de questões espirituais, por outro parece importante pressupor que experiências espirituais sugerem percepção direta da realidade espiritual, de modo que, se elas não são alucinações, então algum nível de percepção da realidade espiritual é acessado. Esta premissa pode ser respaldada em indivíduos que perpassaram por Experiências de Quase Morte, ocasião em que relataram perceber seu corpo fora do contexto em que outrora estava inserida e, não incomumente, narram ser atendidas por seres espirituais¹⁶⁸.

Muitas das características destas experiências são particularmente difíceis de serem expressas em palavras, dada a particularidade da experiência e das limitações das palavras em materializar um fenômeno tão dinâmico. Em uma linguagem específica, trata-se da qualidade noética das experiências místicas¹⁶⁸ (ou da Consciência).

Na medicina, estudos direcionados às Experiências de Quase Morte parecem ter ancorado a linguagem das Experiências Espirituais de modo interessante. Pesquisadores ingleses¹⁵¹, respaldados por muito bem desenhados estudos retrospectivos e prospectivos desenvolvidos com profissionais e cuidadores de pessoas que experienciaram o final da vida, apontam que

fenômenos relacionados às Experiências de Quase Morte são mais comuns do que se pode imaginar e que a população geral trata o tema com naturalidade, porém é bem menos discutido nas instituições de saúde e pela própria equipe.

Os pesquisadores¹⁵¹ sugerem que a precária formação dos profissionais em conceber e direcionar assistência espiritual aos pacientes terminais, especialmente, parece exercer forte influência nas limitações do diálogo entre a equipe, resultando na dificuldade perceptiva e de interpretação de importantes fenômenos, tais como Visões e Coincidências no Leito de Morte. Para os autores¹⁵¹, estes eventos podem oferecer profundo suporte espiritual tanto para os pacientes que estão morrendo, quando para os familiares e profissionais que acompanham o processo, pois estão intrinsecamente relacionadas a esperança, significado e conexão para a morte e para a vida.

Neste aspecto, a linguagem comum permite a familiarização com o fenômeno e a troca de experiências no sentido de minimizar o impacto da morte sobre os pacientes, familiares e os próprios profissionais que teriam campo vasto e receptivo para manifestar seus sentimentos relacionados a estas marcantes experiências¹⁵¹.

Além da constatação descritiva e da capacidade em veicular estaticamente determinado fenômeno peculiarmente dinâmico, a linguagem possibilita importantes diferenciações. Na saúde, cada área do conhecimento está sob regência de determinado código linguístico que direciona e define nominalmente padrões de comportamento, seja em nível fisiológico, mental, psíquico e, mais recentemente, espiritual. A este processo dá-se o nome de Diagnose.

No que diz respeito a este sistema de linguagem e levando em consideração que, ao tratar o tema da espiritualidade as Experiências Espirituais parecem evidenciar mais proximamente o acesso à dimensão que é de domínio do espírito, um importante pesquisador brasileiro tem lançado mão de esforços para estabelecer diferenciações entre os diagnósticos de experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais^{157-160,166}.

De acordo com estudo conduzido no Brasil em parceria com a Lund University, Suécia¹⁶⁰, existem evidências de que experiências psicóticas e anômalas não estão relacionadas a transtornos psicóticos. Geralmente as experiências espirituais tem forte relação com experiências dissociativas e psicóticas de cunho não patológico. Entretanto, não é incomum na cultura ocidental pessoas não verbalizarem suas experiências espirituais por resquícios histórico de temor à alienação, o que potencialmente pode gerar sofrimentos transitórios.

Os pesquisadores¹⁶⁰ apontam que as características indicativas da natureza não patológica de tais experiências podem ser elencadas: ausência de sofrimento, de prejuízo funcional ou ocupacional, compatibilidade com o contexto cultural, aceitação da experiência por outros, ausência de comorbidades psiquiátricas, controle sobre as experiências e crescimento pessoal ao longo do tempo.

Pioneira na exploração das Experiências da Consciência na Psicologia, uma pesquisadora brasileira¹⁵²⁻¹⁵⁶ desenvolveu um método denominado '*Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade*' para acessar a Dor Psíquica e Dor Espiritual dos pacientes, compreendidas como: "*medo do sofrimento e humor depressivo (angustias, tristezas e culpa)*" e "*medo da morte, medo do pós-morte, ideias e*

concepções negativas em relação ao sentido da vida e em relação à espiritualidade, culpas perante Deus^{152:92}, respectivamente.

A Espiritualidade é estabelecida na relação transcendental da alma com a divindade e, como tal, está relacionada à determinada atitude ou ação do Self em direção ao dimensionamento da consciência para com seus próprios sentimentos e pensamentos gerando potencial ao amadurecimento e fortalecimento frente aos desafios da existência humana¹⁵⁶.

De modo geral, os resultados do estudo conduzido¹⁵⁶ apontou que em relação às ideias negativas da vida, seja pela ideia de vazio como pela sensação de abandono existencial, as intervenções terapêuticas favoreceram com que os pacientes revisitassem aspectos positivos de sua própria história e pudessem finalizar as tarefas inacabadas de modo a minimizar as inquietações do ambiente intrapsíquico.

Um apontamento que merece destaque nos trabalhos desenvolvidos pela pesquisadora¹⁵⁶ é o fato de que, para aplicação da técnica, o relacionamento interpessoal é a base do processo. Isto suscita a discussão de que neste espaço, nesta interação pode haver uma série de perceptos e vivências que configure um Momento de Cuidado, uma vez que o princípio da técnica consiste na dinamização da consciência durante o contato face-a-face. Entretanto maiores estudos devem ser conduzidos nesta direção.

Com base no exposto, a natureza da espiritualidade deve ser clarificada conceitualmente para que fatos e valores possam ser adequadamente contextualizados em determinado paradigma que permita o diálogo aberto entre as diferentes linguagens.

A que tudo indica, Ocasões Reais de Cuidado são mais frequentes do que possamos conceber, mas pouco tem sido veiculado pela Enfermagem dentro de um determinado corpo de linguagem que permita a problematização deste assunto de modo mais ostensivo.

Na Enfermagem, muito embora a Espiritualidade já não cause estranheza no campo da pesquisa, na prática por sua vez, há lacunas, buracos-negro talvez. Nenhum estudo no Brasil foi publicado no sentido de investigar as experiências dos Enfermeiros em lançar mão do Diagnóstico de Enfermagem relacionado a Angústia Espiritual, por exemplo¹⁷⁹⁻¹⁸¹.

O impacto da linguagem na prática clínica implica, evidentemente, na capacidade do profissional em articular a composição das características e fatores relacionados que compõe um diagnóstico de cuidar. Entretanto, seria esperar demais avançarmos para a taxonomia dos diagnósticos envolvendo as questões da Espiritualidade, quando em verdade, muito melindrosamente comentamos e trocamos nossas experiências subjetivas nas relações de cuidado. Assim, as tanto no campo da linguagem como nas relações interpessoais há carência de lapidações quando o assunto é Espiritualidade ou Dimensão Espiritual.

Uma série de estudos tem se dedicado a estabelecer diagnósticos de Enfermagem para questões espirituais¹⁷⁹⁻¹⁸¹. Todavia, a discussão tangencia atributos conceituais, traduzidos sob a forma de Características Definidoras podem ser percebidos se há lacunas no campo de interação entre os sujeitos e até mesmo no campo da linguagem e, mais drasticamente, do próprio conhecimento sobre o desenvolvimento do processo de Enfermagem?

Sistemas taxonômicos buscam facilitar a identificação de determinado estado ou condição, como por exemplo, Angústia Espiritual, a partir de elementos que os caracterize. Para tal, os profissionais são, em maior ou menor grau, habilitados pelo processo de formação a decodificar tais elementos a partir do cabedal linguístico-interpretativo construído, associado às habilidades em percebê-los adquiridas a partir da experiência. Todavia, por mais que o profissional domine os atributos e seja sua hábil (experiente) em percebê-los, este jamais entrará em contato com o Estado ou Condição fora de si mesmo.

Um oncologista, por exemplo, pode ser um exímio conhecedor da nomenclatura utilizada em sua área para definir o câncer. Pode possuir grande habilidade em rastrear elementos que o caracterize, mas jamais saberá o que o Câncer é, enquanto fenômeno. Talvez a partir da experiência de desenvolver em si este estado ou condição é que os atributos de definição permitam maior aproximação do fenômeno.

O Modelo Processual e Conceitual proposto pela Teoria do Cuidado Humano⁷⁷ visa oferecer possibilidades de localização e aprofundamento na linguagem específica das relações de cuidado e seus múltiplos significados. Para tal, os dez *Clinical Caritas Process* estruturam a teoria como forma de subsidiar a aplicação do modelo teórico podendo ser utilizados como ferramenta de expressões que direcionam o acesso, intervenções, mapeamento e pontes interacionais das relações de cuidado.

É importante destacar que os resultados na linguagem relacionados à prática de Enfermagem visam além da capacidade de verbalização de determinada experiência vivida, o registro da linguagem própria dentro de um

sistema operacional institucionalizado, que permita a construção de diagnósticos e prescrições de Enfermagem norteadores da prática clínica, assim como tem sido proposto por outras áreas do conhecimento^{151,152,157}.

A criação de uma sistematização documental – eletrônica ou não - para a prática clínica de Enfermagem capaz de registrar as experiências do paciente e do enfermeiro a partir do uso de linguagem específica desta ou daquela teoria, no Brasil, não é ansiedade apenas da Teoria do Cuidado Humano. Entre a concepção de pressupostos filosóficos e a incorporação destes na prática clínica cotidiana da Enfermagem há uma distância significativa a ser percorrida. Todavia, este parece ser uma movimentação necessária para Enfermagem do Futuro¹¹.

Outro aspecto importante é o fato de que as anotações e registros de Enfermagem, enquanto forma de expressão dos resultados da interação dos profissionais com os pacientes, muito mais que descrever sinais vitais, dados antropométricos, estado nutricional, níveis de dor, padrão de sono e repouso, entre outros, devem refletir o enredo histórico situacional. O exímio registro de Enfermagem é aquele cuja sistematização e linguagem permite, quando analisado retrospectivamente, permite identificar o comportamento e evolução dos campos/níveis Biológico, Mental e Espiritual¹⁸³.

Dois importantes estudos foram conduzidos nos Estados Unidos no sentido de estabelecer sistemas documentais computadorizados a partir da linguagem teórica proposta por Jean Watson^{11,184}.

Em um estudo¹⁸⁴, desenvolvido em um hospital de 434 leitos na cidade de Chicago- EUA, gerentes de Enfermagem após identificar a necessidade

em estabelecer uma Teoria como guia para prática clínica de Enfermagem, rastreamos aquelas que abordavam de modo mais integral possível as Necessidades de Cuidado. Após ampla e acurada revisão, encontramos na Teoria do Cuidado Humano de Watson possibilidades de ancorar na prática os pressupostos filosóficos explicitados na teoria.

Um grupo de trabalho, composto por enfermeiros práticos e consultores acadêmicos, foi constituído com objetivo de discutir a aplicabilidade dos conceitos em um sistema operacional informatizado, com linguagem específica para a Teoria a partir das diretrizes oferecidas pela North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA) ¹⁸⁴. Entre algumas das reuniões do grupo de trabalho constituído, a idealizadora da teoria foi convidada para clarificar alguns processos elementares e melhor direcionar a operacionalização do sistema de classificação ¹⁸⁴.

Ao final do processo, três linhas terminológicas compuseram o sistema operacional: Diagnóstica, de Intervenções e de Resultados. Embora fossem reconhecidas as limitações do NANDA para operacionalizar especificidades na linguagem a partir de teorias específicas, os diagnósticos foram priorizados no sentido de preservar a integralidade e compromisso com o Ser Humano, uma vez que em Watson ⁷⁷ a manutenção da dignidade humana é o elemento vital do processo de Enfermagem. A partir desta experiência, os autores ¹⁸⁴ propuseram o diagnóstico 'Dignidade Humana Comprometida', que foi submetido à NANDA e aceito em 2006 como 'Risco de Dignidade Humana Comprometida', que compõe o domínio *Autopercepção*. As intervenções estão tabuladas de acordo com os 10 *Clinical Caritas Process* ¹⁸⁴.

Outro estudo¹¹, após identificar e problematizar a crise dos sistemas de saúde americanos especialmente no que diz respeito à organização dos serviços de Enfermagem no setor hospitalar, propôs um Modelo de Cuidado denominado “The Attending Nurse Caring Model[®]”. O modelo proposto está fundamentado na Teoria do Cuidado Humano e direcionado a integrar teoria, evidência e cuidados avançados na área de pediatria. A base do processo está fundamentada nas relações humanas a partir dos 10 *Clinical Caritas Process*, sendo oferecido em forma de programa de capacitação para os profissionais da prática¹¹.

A experiência no desenvolvimento e aplicação do modelo, segundo as autoras¹¹ tem permitido conhecer e elevar os valores contemporâneos do Cuidar em Enfermagem, bem como traçar novas modalidades de relacionamento e responsabilidades para consigo e com o outro, além de oferecer maiores possibilidades de acolhimento das experiências subjetivas/transcendentais que são coerentemente alocadas em um rol de linguagem passível de sistematização em determinado sistema de codificação de prioridades.

Quando o conceito de Espiritualidade está ancorado em um Modelo Processual inserido em um paradigma transcendental ou espiritual, algumas clarificações são permitidas a partir da possibilidade da interação com este campo ou domínio espiritual que será, mediante o uso do sistema de linguagem que este modelo ancora, descrita. Todavia, a descrição jamais se constituirá na experiência de tê-lo acessado, mas potencializará o desenvolvimento e divulgação de habilidades desenvolvidas para tal. A que

tudo indica, perseguir a ocorrência do Cuidado implica em seguir em direção às experiências da consciência dentro de um modelo teórico que permita o processamento de informações e direcionamento de condutas cuidativas¹⁸⁵⁻

7. Conclusão

Nós enxergamos tudo num espelho, obscuramente. Às vezes conseguimos espiar através do espelho e ter uma visão de como são as coisas do outro lado. Se conseguíssemos polir mais esse espelho, veríamos muito mais coisas. Porém não enxergaríamos mais a nós mesmos.

Cecilia Skotbu
(Personagem criada por Jostein Gaarder no livro *Através do Espelho*)

A partir da Análise de Conceito, foi possível identificar que a Espiritualidade na Teoria do Cuidado Humano proposta por Jean Watson é concebida como o *Mundo do Espírito*, experienciado através de um campo fenomenológico de interação entre dois Seres, cujas características deste encontro transcendem os limites de tempo e espaço, bem como barreiras sensitivas físicas, caracterizado pela ocorrência de Experiências da Consciência (ou espirituais).

Ancorando este conceito, a natureza da vida humana é concebida a partir do pressuposto de que um espírito habita um corpo, e que não é restrito por um entendimento de espaço-tempo material e cronológico, permitindo a compreensão de um Ser que interage por dimensões próprias, com capacidade de coexistir entre passado, presente e futuro e que continua a existir no tempo, cujo corpo pode desfalecer, mas a essência, o espírito, continua sua jornada de vida, em outras dimensões.

Na Teoria do Cuidado Humano os antecedentes para Espiritualidade estiveram relacionados à definição de **Alma/Espírito**, caracterizado por: Imortalidade, Imaterialidade, Essência, Auto Conhecimento, Consciência e Energia Criativa; **Individualidade**, configurada por Alma/Espírito e Transcendência física, mental e emocional e, por fim, **Experiências da Consciência**, indicada por: Intuição, Experiência Espiritual/Sobrenatural/Metafísica/Mística.

A Espiritualidade foi situada como campo fenomênico de manifestação existente entre Antecedentes e Consequências. As ocorrências oriundas deste espaço, ou campo fenomênico sutil, podem ser exploradas na medida em que o profissional esteja disponível e atento aos atributos que potencialize sua

capacidade perceptiva ao adentrar neste espaço. A estes atributos a teorista aplica a denominação de Processos Caritativos (Clinical Caritas Process).

Também verificou-se que o Processo Interacional Paciente-Profissional é direcionado a partir da triade: Mente-Corpo-Espírito. Níveis de interação podem ser diferencialmente alcançados mediante o conhecimento de fatores envolvidos nas relações, tais como o contexto, as emoções, a subjetividade e intersubjetividade, entre outros. Assim, as relações pautadas a partir do conhecimento tecnológico não são as mesmas das construídas a partir das experiências humanas vividas.

O estudo demonstrou ainda que a partir dos processos interacionais mediados pelos Clinical Caritas Process (Processos Caritativos) os resultados esperados estão relacionados à ocorrência de **Ocasão Atual de Cuidado**, percebida pela Conexão a partir das Histórias de Vida, Dilatação da Percepção do Campo Fenomênico, Rupturas na relação espaço-tempo, culminando na Transpessoalidade e **Processo de Cuidado Humano**, evidenciado pelo Contato Profundo com o Outro e Consigo, Uso de Linguagem Pertinente para Descrever a Experiência Viva e, por fim, Sistematização do Plano de Cuidados a Partir dos Dados Obtidos da Experiência.

A partir da utilização de Casos (Modelo, Contrário, Relacionado, Difícil Resolução e Fictício) foi possível problematizar o *Contexto Social* de aplicação do conceito e das relações estudadas, indicando que por mais amplo que possa ser o campo de discussão das questões de espiritualidade, a Teoria do Cuidado Humano compreende a obrigatoriedade do contato face-a-face na tentativa de minimizar a influência negativa da tecnologia, do meio e das situações

mecanicistas que envolvem os processos assistenciais cotidianamente executados, muito embora o mundo imaterial, ou do espírito, dinamiza-se a todo momento e em todos os cenários da materialidade humana. Ainda demonstrou que os *Anseios Basilares* estão relacionados à adequada aplicação do conceito de espiritualidade e os fatores a ele relacionados, especialmente no tangente das questões relacionadas às Experiências Espirituais.

Os *Resultados Práticos* foram apontados como a capacidade do profissional Estar Presente, o que proporcionaria a dinamização da sua capacidade perceptiva para leitura dos campos sutis ou energéticos e, conseqüentemente, responder às necessidades do momento vivido com base em todas as formas de Ser, Saber e Fazer. Embora arenoso, os *Resultados na Linguagem* estiveram relacionados com a necessidade de diferenciação e classificação das experiências espirituais vividas bem como fomentar determinada linearidade do discurso para aplicabilidade prática.

Com base no referencial adotado neste trabalho, conclui-se que a Teoria do Cuidado Transpessoal aparenta ser um importante veículo orientador para a prática Espiritual na Enfermagem. Todavia, serão necessários estudos futuros que explorem mais aprofundadamente as Experiências Espirituais no cuidado de Enfermagem a fim de dimensionar o rol de experiências registradas. Também parece ser imprescindível a realização futura de estudos experimentais que testem a Teoria do Cuidado Humano em cenários práticos.

8. Referências

Os acontecimentos do nosso mundo material e formal tornam-se interpretáveis quando usamos algum sistema de referência metafísico. Apenas quando o mundo visível das formas se ‘transforma numa alegoria’ – Goethe – é que ele se torna significativo para as pessoas. Assim como a letra e o número são os portadores formais de uma ideia subjacente, tudo o que é visível, tudo o que é concreto e funcional é, na verdade, a expressão de uma ideia, o mediador do invisível.

Thorwald Dethlefsen e Rudiger Dahlke

1. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS: Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):446-53.
2. Penha RM. A expressão da dimensão espiritual do cuidado de Enfermagem em UTI. [dissertação]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2008.
3. Koenig HG, McCollough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001. 712p.
4. Penha RM, Silva MJP. From sensitive to intelligible: new communicational ways in healthcare with the study of quantum theory. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1):208-14.
5. Charlton BG. Medicine and post-modernity. *J. Royal Soc Medicine*, 1993; 86, 497-99.
6. Watson J. What, may I ask is happening to nursing knowledge and professional practices? What is nursing thinking at this turn in human history? *J Clinic Nurs*, 2005. 14, 913-914.
7. Fawcett J, Watson J, Neuman B, Walker PH, Fitzpatrick JJ. On Nursing Theories and Evidence. *J Nurs Scholarship*, 2001; 33:2 115-119.
8. Brown MI. Research in the development of nursing theory: the importance of a theoretical framework in nursing research. In: Nicoll HL. *Perspective on nursing theory*. 3th ed. 1997. Lippincott, Philadelphia (NY), 13-19.
9. Walker LO. Toward a clear understanding of the concept of nursing theory. In: Nicoll HL. *Perspective on nursing theory*. 3th ed. 1997. Lippincott, Philadelphia (NY), 29-40.
10. Alligood MR. The power of theoretical knowledge. *Nurs Sci Q*. 2011; 24(4):304-05.
11. Watson J, Foster R. The attending nurse caring model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *J Clin Nurs*. 2003;12(3):360-5.
12. Watson J. Caring knowledge and informed moral passion. In: Nicoll LH. *Perspectives on nursing theory*. New York: Lippincott Press; 1997 p.207-16.
13. Stevenson JS. Nursing knowledge development into era II. *J Prof Nurs*. 1988; 4(3):152-62

14. Meleis AI. Theoretical nursing: development & progress. 4ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2007; 483p.
15. Stefanelli M. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente: referencial teórico Parte II. Rev Esc Enferm da USP. 1987; (21):107-15.
16. Stefanelli MC. Comunicação terapêutica enfermeira paciente avaliação do ensino. RECENF. Rev Técnico-Científica Enferm. 1990; (1): 4-10.
17. Silva MJP. A percepção dos enfermeiros sobre a comunicação não-verbal. Rev Esc Enferm da USP. 1990; (3): 411-13.
18. Silva MJP. A enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. Rev Paulista Enferm. 1990; 09(03):114-19.
19. Silva MJP. O toque e a distância interpessoal nas consultas de enfermagem. Rev Esc Enferm da USP. 1991; 25(3): 309-18.
20. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. J Adv Nurs. 2002; 39(5):500-9.
21. McSherry W, Cash K. The language of spirituality: a emerging taxonomy. Int J Nurs Stud. 2004;41(2):151-61.
22. Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. Nurs Sci Q. 2005; 18(2):157-62.
23. Martsof DS, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. J Adv Nurs. 1998;27:294-303.
24. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. J Clin Nurs. 2006;15(7):852-62.
25. MacLaren J. A kaleidoscope of understandings: spiritual nursing in a multi-faith society. J Adv Nurs. 2004;45(5):457-64.
26. Jensen KB. Teoria e filosofia da comunicação. MATRIZES. 2008 2(2):31-47
27. Romani V. Só o receptor salva a comunicação. MATRIZES. 2008 2(1):232-37
28. Pavitt C. The Third Way: Scientific Realism and Communication Theory. J Communication Theory. 1999 2:162-88
29. Schubert TW. A New Conception of Spatial Presence: Once Again, with Feeling. J Communication Theory. 2009 19:161-87

30. Hove. Understanding and Efficiency: Habermas's Concept of Communication Relief. *J Communication Theory*. 2008 18:240-54.
31. Jacobson TL. Development Communication and Participation: Applying Habermas to a Case Study of Population Programs in Nepal. *J Communication Theory*. 2004 40(2):99-121.
32. Sodré M. Sobre a episteme comunicacional. *MATRIZES*. 2007 1:15-26.
33. Lawrence SG. The Preoccupation with Problems of Understanding in Communication Research. *J Comm Theory*. 1999; 9(3):265-91.
34. Marcondes-Filho CJ. Até que ponto de fato nos comunicamos. Paulus. 2004; São Paulo(SP).
35. Marcondes-Filho CJ. Para entender a comunicação: contatos antecipados com a Nova Teoria. Paulus. 2008; São Paulo(SP).
36. Marcondes-Filho CJ. O escavador de silêncios: formas de construir e de desconstruir sentidos na comunicação: nova teoria II. Paulus. 2004; São Paulo(SP).
37. Lopes MIV. Pesquisa em Comunicação. Edições Loyola. 2003; São Paulo (SP).
38. Silva MJP. Comunicação tem Remédio: a comunicação nas relações interpessoais em Saúde. São Paulo: Gente; 1996.
39. Silva MJP. Percepção das enfermeiras sobre a comunicação não verbal dos pacientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1989.
40. Araújo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of intensive care units nurses in Brazil. *J Clin Nurs*. 2004;13(2):143-9.
41. Davis F. A comunicação não verbal. 6 Ed. São Paulo: Summus; 1979. 196p.
42. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev Lat Am Enferm*. 2000;8(4):52-8.
43. Araújo MMT. Quando "uma palavra de carinho conforta mais do que um medicamento": necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

44. Pessut B, Sawatsky R. To describe or prescribe: assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care. *Nurs Inq.* 2006; 13(2):127-34.
45. Meyer EC, Ritholz MD, Burns JP, Truog RD. Improving the quality-of-end-of-life care in the pediatric intensive care unit: parent's priorities and recommendations. *Pediatrics.* 2006;117(3):649-57.
46. Cavendish R, Luise BK, Russo D, Mitzeliotis C, Bauer M, McPartlan Bajo MA, et al. Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. *West J Nurs Res.* 2004;26(2):196-212.
47. Grant D. Spiritual interventions: how, when, and why nurses use them. *J Adv Nurs.* 2004;18(1):36-41.
48. Tanyi RA. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *J Adv Nurs.* 2006;53(3):287-94.
49. Frey BB, Daaleman TP, Peyton V. Measuring a dimension of spirituality for health research. *Res Aging.* 2005;27(5):556-7.
50. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: *implications for physical and mental health research.* *Am Psy.* 2003; 58(1):64–74
51. Baldacchino DR, Buhagiar A. Psychometric evaluation of the spiritual coping strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *J Adv Nurs.* 2003; 42(6): 558–70.
52. Salander P. Who needs the concept of 'spirituality'?. *J Psycho oncology.* 2006;15(7):647
53. Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB et al. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav.* 2000;30(1):51-77.
54. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients for fully. *J Palliat Med.* 2000;3(1):129-37.
55. Koenig H. Religion, spirituality and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Med J.* 2004; 9(12): 1194-1200.
56. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality-of-life". *Soc Sci Med.* 2006;63(4):843-5.

57. Dyson J, Cobb M. The meaning of spirituality: a literature review. *J Adv Nurs*. 1997; 26(6):1183-8.
58. Puchalski C. The hole of spirituality in health care. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2001;14(4):352-7.
59. Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB et al. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav*. 2000;30(1):51-77.
60. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs*. 2002; 39(5):500-9.
61. Kim HS. Theoretical thinking in nursing: problems and prospects. In: Nicoll HL. *Perspective on nursing theory*. 3th ed. 1997. Lippincott, Philadelphia (NY), 166-77.
62. Rodrigues JC. *Antropologia e comunicação: princípios radicais*. Rio de Janeiro: Tempo e Espaço; 1989.
63. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
64. Silva MJP. *Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiras [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1993.
65. Penha RM, Silva MJP. Conhecimento e percepção da importância do atendimento da dimensão espiritual pelos graduandos de enfermagem. *Mundo da Saúde*. 2007;31(2):238-45.
66. McKenna H. *Nursing theories and models*. New York: Routledge; 2000.
67. Feldman HR. The scientific approach to the research process. In: LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing Research: critical approach and utilization*. Missouri: The C.V. Mosby Company, 1986 p.18-28.
68. Riehl JP, Roy SC. Theory and models. In: Riehl JP, Roy SC: *Conceptual models for nursing practice*. Appleton-Century Crofts, 1980 p.3-9
69. Johnson DE. Theory in nursing: borrowed and unique. In: Nicoll HL. *Perspective on nursing theory*. 3th ed. 1997. Lippincott, Philadelphia (NY), 117-22.

70. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boulder: Colorado Associated University Press; 1985.
71. Watson J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1988.
72. Miller AE. The relationship between nursing theory and nursing practice. J. Adv. Nurs. 1985; 1: 414-24.
73. Favero L, Meier MJ, Lacerda MR, Mazza VA, Kalinowski LC. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. Acta Paul Enferm. 2009; 22(2):213-8.
74. Mathias JJS, Zagonel IPS, Lacerda MR. Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. Acta Paul Enferm 2006;19(3):332-7.
75. Bergold LB, Alvim NAT. Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. T&C Enferm. 2009; 18(3) 532-41.
76. Pai DD, Lautert L. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005; 58(2):231-4.
77. Watson J. *The Philosophy and Science of Caring. Revised & Updated Edition*. Boulder: University Press of Colorado, 2008.
78. Vieira ABD, Alves ED, Kamada I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. T&C Enferm. 2007; 16(1) 15-25.
79. Carvalho ZMF, Damasceno MMC. Aplicação da teoria do cuidado transpessoal em pacientes paraplégicos hospitalizados: relato de experiência. Cienc & Enferm. 2003; 9 (2):77-94.
80. Shossler T, Crossetti MG. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. T&C Enferm. 2008; 17(2):280-7
81. Porcel MA. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. GEROKOMOS. 2007; 18(4): 176-80.
82. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte. 2009; 25 (1):172-78.
83. Giusti E; Befi-Lopes DM. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). Pró-Fono Rev Atual Cient. 2008; 20(3):207-10.

84. Foster LR. A perspective on Watson's theory of human caring. *Nurs Sci Q.* 2006; 19(4):331-3.
85. Richards TA, Oman D, Heldberg J, Thoresen CE, Bowden J. A qualitative examination of a spirituality-based intervention and self-management in the workplace. *Nurs Sci Q.* 2006; 19(3):231-9.
86. Nyman CS, Lutzen K. Caring needs of patients with rheumatoid arthritis. *Nurs Sci Q.* 1999; 12(2):164-69.
87. Andersted B, Ternstedt BM. Involvement of relatives in care of the dying in the different care cultures: development of a theoretical understanding. *Nurs Sci Q.* 1999; 12(1):45-51.
88. Fawcett J. The nurse theorists: 21st – century updates – Jean Watson. *Nurs Sci Q.* 2002; 15(3):214-9.
89. Malinaki VM. Nursing-science base research: research related to Watson's theory of transpersonal caring. *Nurs Sci Q.* 2004; 17(1):12-3.
90. Smith M. Review of research related to Watson's theory of caring. *Nurs Sci Q.* 2004; 17(1):13-25.
91. Bernick L. Caring for older adults: practice guided by Watson's caring-healing model. *Nurs Sci Q.* 2004;17(2):128-34.
92. Dicionário Oxford Escolar. Português-inglês, Inglês-português. Oxford: Oxford University Press; 2005.
93. Espírito Santo Neto F. A imensidão dos sentidos: um estudo psicológico da sensibilidade humana. Catanduva: Boa Nova; 2000.
94. Nightingale F. Suggestions for thought: selections and commentaries edited by Michel Calabria and Janet Macrae. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press; 1994.
95. Folta JR. Obfuscation or clarification: a reaction to Walker's Concept of Nursing Theory. In Nicoll LH. *Perspectives on Nursing Theory.* Lippincott, Philadelphia – New York, 1997 pg 49-54.
96. Hardy ME. Practice oriented theory: Part 1 – Perspective on Nursing Theory. *Adv Nurs Sci.* 1978; 1(1) 37-38
97. Beckstard J. The notion of practice theory and the relationship of scientific and ethical knowledge to practice. *Res Nurs Health.* 1978a; 1(3)131-136.

- 98 . Beckstard J. The need for a practice theory as indicated by the knowledge use in conduct of practice. *Res Nurs Health*. 1978b; 1(4):175-79.
99. Dickoff J, James P Wiedenbach E. Theory in a practice discipline: part 1. Practice oriented. *Theory Nurs Res*. 1968; 17(5):415-35.
100. Mckay R. Theories, models and systems for nursing. *Nurs Res*. 1969; 18(5):393:99.
101. Carpel BA. Practice oriented Theory: part 1. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci*. 1978; 1(1):13-23.
102. Miller NE. Comment on theoretical models. *J Person*. 1951; 20:82-100.
103. Bertalanffy L. An essay on the relativity of categories. *Phil of Sci*. 1955; 22(4):243-63.
104. Wuest J. A feminist approach to concept analysis. *West J Nurs Res*. 1994; 16(5):577-578.
105. Hupley JE; Penrod J; Morse J. Mitchan C. An exploration and advancement of the concept of thrust. *J Adv Nurs*. 2005; 36(2):282-93.
106. Penrod J; Hupcey J. Enhancing methodological clarity: principle-based concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005; 50(4):403-09.
107. Paley J. How no to clarify concepts in nursing. *J Adv Nurs*. 1996; 24(3):572-78.
108. Rodgers BL. Concept analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *J Adv Nurs*. 1989; 14:330-35.
109. Morse JM. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Adv Nurs Sci*. 1995; 17(3):31-46.
110. Morse JM. Constructing qualitatively derived theory: concept construction and concept typologies. *Q Health Res*. 2004; 14(10):1387-95.
111. Walker LO, Avant K. *Strategies for theory construction in nursing*. 4ed. Upper Saddle River NJ, Prentise Hall; 2005.
112. Walker LO. Theory, practice and research in perspective. In Nicoll LH. *Perspective on Nursing theory*. 3ed. Philadelphia: Lippincott, 2005; p.73-80.
113. Duncan C, Cloutier JD, Bailey PH. Concept analysis: the importance of differentiating the ontological focus. *J. Adv. Nurs*.2007; 58(3):293-300.

114. Haase JE, Leidy NK, Coward DD, Britt T, Penn PE. Simultaneous concept analysis: a strategy for developing multiple interrelated concepts. In: Rodgers BL, Knafl K. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. 2 ed. Philadelphia: Saunders, 2000; p.209-29.
115. Avant KC, Abbott CA. Wilsonian concept analysis: applying the technique. In: Rodgers BL, Knafl K. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. 2 ed. Philadelphia: Saunders, 2000; p.65-76.
116. Poles K, Bousso RS. Morte digna da criança: análise de conceito. *Rev. Esc. Enf USP*. 2009; 43(1):215-22
117. Bousso RS, Poles K, Rossato LM. Desenvolvimento de Conceitos: considerações para pesquisa em tanatologia e enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(spec):1331-36.
118. Aquino PS, Melo RP, Lopes MVO, Pinheiro AKB. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(5): 690-96
119. Pettengill MAM, Angelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito/ Family vulnerability: concept development. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(6): 982-88.
120. Lopes MVO, Pagliuca LMF, Araujo TL. Evolução histórica do conceito ambiente proposto no modelo da adaptação de Roy. *Rer Latino-Am Enferm*. 2006; 14(2): 259-65.
121. Barra DCC, Lanzoni GMM; Maliska IC, Sebold LF, Meirelles BHS. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Acta paul enferm*. 2010; 23(6): 831-36.
122. Pagliuca LMF, Campos ACSC. Teoria humanística: análise semântica do conceito de community. *Rev bras enferm*. 2003; 56(6): 655-60.
123. Sousa PKR, Miranda KCL, Franco AC. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev bras enferm*. 2011; 64(2): 381-84.
124. Rew L. Beyond concept analysis in holistic nursing. *J Hol. Nurs*. 2004; 22(2):95-96.
125. Schwartz-Barcott, Patterson BJ, Lusardi P, Farmer BC. Nursing theory and concept development or analysis: from practice to theory: tightening the link via three fieldwork strategies. *J Adv Nurs*. 2002; 39(3):281-89.

126. Murphy N, Canales M. A critical analysis of compliance. *Nurs. Inq.* 2001; 8(3):572-78.
127. Avant KC. The Wilson method of concept analysis. In: Rodgers BL, Knafk K. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.* 2 ed. Philadelphia: Saunders, 2000; p. 55-76.
128. Harbin RE. Practicing effective delegation. *Ped Nurs.* 1990; 16(1):91-2.
129. Haynes ME. Delegation: key to involvement. *Pers J.* 1974; 53: 454-56.
130. Shapira Z. A facet analysis of leadership styles. *J Appl Psyc.* 1976; 61(2):136-39.
131. Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurs Educ Today.* 2011; 31: 664-70.
132. Ballo K. A concept analysis of autonomy. *J Prof Nurs.* 1998; 14(2): 102-10.
133. Griffin-Heslin VG. An analysis of the concept dignity. *Acc Emerg Nurs.* 2005; 13: 251-57.
134. Burkhardt M. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist. Nurs. Pract.* 1989; 3(3):9-77.
135. Macrae JA. *Nursing as a spiritual practice: a contemporary application of Florence Nightingale's views.* New York: Springer; 2001.
136. Watson J. Caring science: belongin before Being as ethical cosmology. *Nurs Sci Q.* 2005;18(4):304-5.
137. Ross. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs.* 2006; 15: 852-62.
138. McSherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *J Adv Nurs.* 2002; 38(5): 479-88.
139. Dyson M, Forman D. The meaning of spirituality: a literature review. *J Adv. Nurs.* 1996; 26:1183-88
140. Pesut B, Sawatzky R. To describe or prescribe: assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care. *Nurs Inquiry.* 2006; 13: 127-34.

141. McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. 2006; *J Clin. Nurs.* 15: 905-17.
142. Maliski VM. Developing a nursing perspective on spirituality and healing. *Nurs. Sci. Quarterly.* 2002; 15(4):281-87.
143. Collins M. Unfolding spirituality: working with and beyond definitions. *Int J Therapy Reab.* 2006; 13(6):254-57.
144. Henery N. Construction of spirituality in contemporary nursing theory. *J. Adv. Nurs.* 2003; 42(6): 550-57.
145. William-Miner D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *J Clin. Nurs.* 2006; 15:811-21
146. Castiglioni A. História da medicina. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1947.
147. Vauches A. A espiritualidade na idade média ocidental:séculos VIII a XIII. Trad. de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995.
148. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
149. Pesut B, Fowler M, Taylor EJ, Reimer-Kirkham S, Sawatzky R. Conceptualizing spirituality and religion for healthcare. *J Clin Nurs.* 2008; 17(21):2803-10.
150. Papathanassoglou EDE, Patiraki EI. Transformations of self: a phenomenological investigation into the lived experience of survivors of critical illness. *Nurs Crit Care.* 2003;8(1):13-21.
151. Fenwick P, Brayne S. End-of-life Experiences: Reaching Out for Compassion, Communication, and Connection—Meaning of Deathbed Visions and Coincidences. *Am J Hosp Pall Med.* 2010; 28(1) 7-15
152. Elias ACA. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
153. Elias ACA, Giglio JS. Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na Re-significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais. *Rev Soc Bras Cancerol.* 2001; 4(16):14-22.

154. Elias ACA, Giglio JS. Sonhos e vivências de natureza espiritual relacionada à fase terminal. *Mudanças*. 2002; 10(1):72-92.
155. Elias ACA, Giglio JS. Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para resignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Rev Psiq Clín*. 2002; 9(3):116-29.
156. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM. Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo de sua re-significação através da intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME). *Rev Lat Am Enferm*. 2008; 16(6): 959-65.
157. Moreira-Almeida A. Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
158. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F. Spiritist views of mental disorders in Brazil. *Transcultural Psychiatry*. 2005;42(4):570-95.
159. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Greyson B. Dissociative and psychotic experiences in brasilian spiritist mediums. *Psychother Psychosom*. 2007; 76(1):57-8.
160. Moreira-Almeida A, Cardena E. Diagnostico diferencial entre experiencias espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino americanos para o CID-11. 2011; *Rev Bras Psiq* 33(1): 21-28.
161. Barnard A. Philosophy of technology and nursing. *Nurs Ph*. 2002; 3:15-26
162. McSherry W. Spirituality in nursing care: evidence of a gap between theory and practice. *J Clin Nurs*. 2002; 11: 843–844
163. White ML, Peters R, Schim SM. Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory. *Nurs Sci Q*. 2011; 24(1):48-56.
164. Chio CC, Shih FJ, Chiou JF, Lin HW, Hsiao FH, Chein YT. The lived experiences of spiritual suffering and the healing process among Taiwanese patients with terminal cancer. *J Clin Nurs*. 2008; 17(6):735-43.
165. Hagerty BM; Patusky KL. Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *J Clin Nurs Relat*. 2003; 35(2):145-50.
166. Junior AM, Moreira-Almeida A. O diagnostico diferencial entre experiencias espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Rev Psiq Clín*. 2009; 36(2):75:82.

167. Hufford DJ. Sleep Paralysis as Spiritual Experience. *Trans Psych.* 2005; 42(1): 11-45.
168. Hufford DJ. Visionary Spiritual Experiences in an Enchanted World. *Anthrop Human.* 2010; 35(2):14258.
169. Wiklund L. Existential aspects of living with addiction – Part II: caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *J Clin Nurs.* 2008; 17: 2435–43.
170. Cherry C. *A Comunicação humana.* 1968. Trad. José Paulo Paes. Editora Cultrix. Editora da Universidade de São Paulo.450p
171. Birk LK. The magnetism of theory: resonance to radiance. *J Nurs Adm.* 2007; 37(3):144-149.
172. Norum J, Risberg T, Solberg E. Faith among patients with advanced cancer. A pilot study on patients offered “no more than”. *Sup Care Cancer.* 2000; 8:110–14.
173. Chilton BA. Recognizing Spirituality. 1998; *J Nurs Sch.* 30(4):400-01
174. Kendrick KD, Robinson S. Spirituality: its relevance and purpose for clinical nursing in a new millennium. *J Clin Nurs.* 2000; 9:701-05.
175. Cortizo V, Rosa AAM, Soriano DS, Takada LT, Nitrini R. Síndrome de Charles Bonnet: alucinações visuais em pacientes com doenças oculares - Relato de caso. *Arq Bras Oftalmol.* 2005; 68(1):129-32
176. Descartes R. *Discurso do Método. Regras para direção do espírito.* São Paulo, MartinClaret; 2005. 144p
177. Kubler-Ross E. *A morte:um amanhecer.* São Paulo, Pensamento; 1991. 100p.
178. Littlejohn SW. *Fundamentos teóricos da comunicação humana.* Trad. Alvaro Cabral. Zaha Editores. Rio de Janeiro, RJ. 1982. 403p.
179. Chaves ECL. *Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual [tese].* Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
180. Chaves ECL, Carvalho EC, Terra FS, Souza L. Validação clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010; 18(3):309-16.

181. Chaves ECL, Carvalho EC, Beijo LA, Goyatá SLT, Pillon SC. Eficácia de diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual. *Rev Latino-Am. Enferm.* 2011; 19(4):902-10.
182. Chaves ECL, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. *Acta paul enferm.* 2010; 23(2):264-70.
183. Baumann S. Nurses notes: the text of nursing. *Nurs Sci Q.* 2004; 17(3):267.
184. Rosenberg S. Utilizing the language of Jean Watson's caring theory within a computerized clinical documentation system. In: Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring. Revised & Updated Edition.* Boulder. University Press of Colorado, 2008; pg117-24.
185. Lukose A. Developing a practice model for Watson's theory of caring. *Nurs Sci Q.* 2011; 24(1): 27-30.
186. Bruce A, Boston P. Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice. *J Adv Nurs.* 2011; 67(12):2732-40.

Anexos