

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TOQUE:
UM OLHAR SOBRE O ENCONTRO DE
CUIDADO**

MÍRIAM BUÓGO

Porto Alegre, maio de 2000

MÍRIAM BUÓGO

TOQUE:

**UM OLHAR SOBRE O ENCONTRO DE
CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Porto Alegre, maio de 2000

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria da Graça de Oliveira Crossetti

Dra. Ana Lúcia Bonilha

Dra. Alcione Leite Silva

Dra. Maria da Graça Motta

Dra. Miriam Comiotto

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO
NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

B943t Buógo, Míriam

Toque: um olhar sobre o encontro de cuidado /Míriam Buógo; Orientação de Maria da Graça Oliveira Crossetti. – Porto Alegre,2000.

131 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Toque. – 2. Cuidado humano. – 3. Cuidado de Enfermagem.

I. Título.

CDD 610.7365

Bibliotecária Responsável

Lúcia V. Machado Nunes

CRB 10/193

*A todos os seres que tocam e se deixam tocar num encontro de
cuidado e àqueles a espera de um toque.*

A Roberto e Rodrigo, companheiros desta existência.

Aos meus pais por me possibilitarem existir .

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Marta Júlia Lopes, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

À Professora Ana Magalhães, Chefe do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

À Enfermeira Maria do Carmo Silveira Chefe da Unidade de Internação 7 andar ala sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre .

Às Professoras Valéria Giordani Araújo e Margarita Unicowiski, Diretora e Vice- diretora do Curso Técnico em Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela compreensão ao longo da caminhada.

Às colegas Andréa Mello, Denise Zocche, Liege Brum, Maria de Fátima Grillo, Elisa Ruiz e Jane Nogueira pelo companheirismo nas minhas ausências.

Às pessoas que participaram diretamente comigo na elaboração deste estudo:

À orientadora Professora Doutora Maria da Graça Crossetti, pelos momentos de aprendizado, cuidado mútuo e por respeitar o meu tempo de criação.

Aos cuidadores e seres cuidados que participaram desta investigação pela possibilidade de construção deste trabalho.

À Dra Vera Regina Waldow pela inspiração e por compartilhar referenciais bibliográficos.

À Dra Dulce Maria Nunes por despertar um novo olhar sobre o meu cuidado.

À Dra Maria Júlia Paes da Silva pela inspiração do tema.

À Dra Eloita Neves Arruda por compartilhar referenciais bibliográficos.

Às Dras Alcione Leite Silva, Maria da Graça Motta, Miriam Comiotto e Ana Bonilha, membros da banca examinadora desta dissertação pelas observações e sugestões.

À Agueda Wendhausen pela eterna amizade e pelas sugestões.

À Maria Lúcia Scola pela amizade, presença constante e por acreditar nas minhas possibilidades.

À Lilian Espírito Santo, amiga de tantos anos, pelo carinho e auxílio nesta investigação.

À Simone Pasin pela amizade e colaboração com o material fotográfico.

À Suzana Kanter pela revisão da língua portuguesa.

À bibliotecária Lúcia Machado Nunes, pela disponibilidade e carinho na revisão dos referenciais bibliográficos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Àqueles que me acompanham e guiam nesta existência .

Aos seres cuidados que me tocam a cada encontro e me ajudam a evoluir.

Ao Rodrigo, pelos abraços e beijos durante a construção deste trabalho e da minha existência.

Ao Roberto, presença constante no meu existir, pelo amor e sabedoria.

A mãe Ida, pelo cuidado, aprendizado constante e por me ensinar o gosto pela leitura.

Ao pai Luiz, pela presença e pelo amor silencioso.

Ao irmão Geraldo, por estar comigo nesta existência.

Aos estudantes pelos momentos de aprendizado e toque.

À Ernestina Cardoso, Tina, pelo compartilhar constante e pelas mãos carinhosas .

Às amigas Ana Luiza Petersen Cogo, Miriam Bolfoni, Miriam Suzete de Oliveira Rosa pela presença constante.

À amiga Fernanda Nichelli, por me ensinar a cuidar.

Às colegas do Curso de Mestrado, pelos momentos compartilhados.

E minha gratidão às pessoas que não mencionei e que convivi durante a construção deste trabalho.

"Ao observar o ser cuidado, notava o seu olhar, muitas vezes acompanhando o toque do cuidador no seu corpo e, outras vezes, fechando os olhos durante o banho de leito, o curativo, a troca da roupa. Notava cuidadores com mãos impacientes ao tocar o outro, com expressões de insatisfação, cuidando de uma maneira impessoal. Por outro lado, observava cuidadores respeitando o ser cuidado, tocando o outro com delicadeza e intenção de cuidar - seres humanos interessados em outros seres humanos."(Míriam Buógo)

SUMÁRIO

RESUMO	11
1 APRESENTAÇÃO	12
2 MEU ENCONTRO COM O TOQUE	15
3 CONTEXTUALIZANDO O TOQUE NO ENCONTRO DO CUIDADO	29
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA EM DIREÇÃO À DESCOBERTA DO SIGNIFICADO DO TOQUE.	40
4.1 Local da investigação	46
4.2 Entrada no campo	47
4.3 Sujeitos da investigação	48
4.4 Coleta das informações	49
4.5 Aspectos éticos	51
4.6 Análise das informações	52
4.7 Saída do campo	54
5 DESVELANDO OS SIGNIFICADOS DO TOQUE NO ENCONTRO DE CUIDADO	56
5.1. Toque como presença	57
5.1.1 <i>Toque é vínculo</i>	58
5.1.2 <i>Toque é segurança</i>	60
5.1.3 <i>Toque é preocupação</i>	62
5.1.4 <i>Toque é solicitude</i>	64
5.1.5 <i>Toque é carinho</i>	68
5.1.6 <i>Toque é sentir-se tocado pelo outro</i>	71
5.1.7 <i>Toque é olhar</i>	74
5.1.8 <i>Toque é escutar</i>	77
5.2 Toque como ritual	82
5.2.1 <i>Toque é a essência da enfermagem</i>	83
5.2.2 <i>Toque é uma ação técnica</i>	85
5.2.3 <i>Toque é vivenciar o novo</i>	90
5.2.4 <i>Toque é invasão do espaço pessoal</i>	92
5.2.5 <i>Toque é constrangimento</i>	94
5.2.6 <i>Toque é sentir dor</i>	98
5.2.7 <i>Toque é contágio</i>	99
5.3 Toque como desejo	101

6 REFLETINDO SOBRE O TOQUE NO ENCONTRO DE CUIDADO	107
ABSTRACT	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	124

RESUMO

Trata-se de uma investigação qualitativa com uma abordagem fenomenológica que tem como objetivo compreender o significado do toque no encontro de cuidado na percepção de cuidadores de enfermagem e de seres cuidados. A investigação realizou-se junto a quatro cuidadores de enfermagem e quatro seres cuidados em uma unidade de internação de um hospital-escola na cidade de Porto Alegre. Para a coleta das informações utilizou-se a entrevista semi-estruturada proposta por Triviños(1987). Para a análise das informações e o desvelamento do fenômeno toque, a abordagem hermenêutica proposta por Ricouer(1990) e os passos propostos por Motta(1997) e Crossetti (1997). O toque, no encontro de cuidado desvelou três grandes temas: ***toque como presença, toque como ritual e toque como desejo***. Do tema *toque como presença* emergiram os subtemas: *toque é vínculo, toque é segurança, toque é preocupação, toque é solicitude, toque é carinho, toque é sentir-se tocado pelos outros, toque é olhar, toque é escuta*. Do *toque como ritual*, os subtemas: *toque é a essência da enfermagem, toque é uma ação técnica, toque é vivenciar o novo, toque é invasão do espaço pessoal, toque é constrangimento, toque é sentir dor, toque é contágio*. Do tema *toque é desejo* não emergiram subtemas. O toque desvelou-se como construto no encontro de cuidado em enfermagem pois, *tocar é cuidar*.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho apresenta a dissertação que tem como tema o toque no encontro de cuidado em enfermagem. Busca compreender o significado do toque a partir das vivências de seres cuidados¹ e de cuidadores de enfermagem².

A escolha do tema *toque* foi se delineando a partir da minha trajetória como enfermeira e docente nos cursos de auxiliares e técnicos de enfermagem. O ensino do cuidado suscitou-me reflexões sobre a qualidade do cuidado exercido pela enfermagem e questionamentos sobre como ensinar este cuidado. Estas indagações, acrescidas de algumas vivências pessoais, levaram-me a lançar um novo olhar sobre o nosso papel de cuidadores, desvelando um mundo inexplorado. Foi nesta nova paisagem de cuidar que encontrei o toque como um dos elementos do cuidado humanizado. As leituras subsidiaram o entendimento do meu vivido/refletido quanto a este fenômeno junto aos seres cuidados, aos familiares, aos atuais e aos futuros cuidadores.

Cabe esclarecer, no entanto, que esta nova consciência de cuidar surgiu espontaneamente, a partir das observações dos movimentos no ambiente de cuidar, das sensações experienciadas ao tocar outros seres humanos, das vivências com os alunos em sala de aula, da prática do cuidado e,

¹ Ser(es) cuidado(s) – neste estudo esta expressão refere-se à pessoa que recebe o cuidado de enfermagem. Usualmente chamado de paciente ou cliente.

² Cuidador (es) – neste estudo este termo refere-se ao profissional que realiza o cuidado e que possui formação em enfermagem.

essencialmente, ao permitir que a sensibilidade desvelasse a infinidade de possibilidades no encontro de cuidado com outro ser humano.

Inicialmente, na descrição desta investigação, exponho minha trajetória em relação à escolha do tema. Contém uma retrospectiva das minhas vivências pessoal e profissional e como estas foram modificando o meu cuidar em enfermagem.

No capítulo II, realizo uma reflexão sobre o cuidado e o toque na enfermagem. Nele descrevo, a partir das vivências pessoais e de alguns referenciais teóricos, a perspectiva do cuidado humano que utilizei para investigar o toque no encontro de cuidado.

No capítulo III, descrevo a metodologia que utilizei na investigação. Trata-se de um estudo qualitativo com uma abordagem fenomenológica, no qual utilizo a entrevista semi-estruturada proposta por Triviños (1987) para a coleta das informações e a abordagem hermenêutica de Ricoeur(1990) para a análise.

No capítulo IV, realizo análise das informações organizadas em temas e subtemas que emergiram do fenômeno desvelado.

No capítulo V, ao me apropriar dos significados que os sujeitos deram ao toque no encontro de cuidado, compreendo a metáfora desvelada e interpreto o seu significado. Este capítulo contém também algumas reflexões sobre o meu vivido durante a investigação.

Desejo que a compreensão do fenômeno do toque no encontro de cuidado contribua para o cuidado humanizado, bem como para a ampliação do conhecimento em enfermagem.

*“Refletir é meditar e, assim, encontrar
o sentido da existência.” (Míriam Buógo)*

2 MEU ENCONTRO COM O TOQUE

Pode-se afirmar que a trajetória de cada ser no mundo é pessoal e singular. É através do conhecimento da vida de outro ser que o compreendemos melhor e entendemos os motivos que o levaram a escolher um caminho. Partindo desta premissa, este capítulo é uma tentativa de descrever o meu caminhar pessoal e profissional, com o intuito de explicitar os motivos que me levaram a investigar o toque no encontro de cuidado, na enfermagem.

Nasci numa família já composta de pai, mãe e dois filhos. Sou a filha caçula, que nasceu sete anos após o meu último irmão. Cresci em meio a brincadeiras de meninos, muitas plantas, flores e poucos recursos financeiros. Quando tinha sete anos, meu irmão do meio adoeceu e deixou-nos. Este foi o meu primeiro contato com a doença, com a morte e com o hospital.

Morava numa casa com muitas árvores e aprendi, com minha mãe, a observar na natureza as suas cores, o cair das folhas, as nuvens no céu, com seus múltiplos formatos e cores, a tocar as plantas para sentir sua textura e a embalar os pequenos animais. Fui crescendo nesta família, na qual o auxílio ao outro ser humano estava sempre presente. A crença de que todos somos iguais, temos o mesmo potencial, independente da função que desempenhamos, foi um legado apreendido através dos ensinamentos de minha mãe e de meu pai. Recordo-me também que, durante a infância, fui muito embalada e acariciada por minha família, especialmente por minha mãe.

A primeira lembrança relacionada à enfermagem é de quando, após um teste vocacional, iniciei o curso técnico em enfermagem, concomitante com o segundo grau. Neste período, o curso apresentou algumas dificuldades de operacionalização e terminei por cursar o de auxiliar de escritório.

Aos dezoito anos, prestei o vestibular para Enfermagem. Na época, cursar uma universidade era uma das formas de ascensão social, e optei pelo curso de Enfermagem por acreditar que possuía alguma habilidade para cuidar e porque o mercado de trabalho desta profissão era promissor.

Em 1976, ao iniciar o curso de graduação, tinha uma pequena idéia do que seria ser enfermeira. Nesta época, a ênfase do ensino era na doença, no fazer técnico e na aplicação do Processo de Enfermagem baseado nos pressupostos de Wanda de Aguiar Horta³.

Ao aplicar o histórico de enfermagem, primeira etapa do Processo de Enfermagem, aprendia-se a habilidade da comunicação verbal como forma de estabelecer uma interação melhor com o ser cuidado e de obter dados sobre sua doença e seus hábitos de vida. Com base nas informações colhidas, identificavam-se as necessidades humanas básicas afetadas do ser cuidado, realizava-se a lista de problemas e a prescrição de enfermagem. A ênfase na administração do cuidado de enfermagem também era muito valorizada, como

³ Wanda de Aguiar Horta é autora da teoria de enfermagem com enfoque nas necessidades humanas básicas.

forma de conquistar o espaço profissional dentro do mercado de trabalho, principalmente na instituição hospitalar.

Como estudante, observava o movimento dos cuidadores ao realizar procedimentos tais como curativos e punções venosas e desejava tornar-me uma enfermeira com tal habilidade técnica.

Durante os anos da graduação, com o intuito de aprimorar a minha prática em enfermagem, trabalhei em algumas instituições. Iniciei estas atividades atuando primeiramente como estagiária em duas creches e, depois, num hospital especializado em traumatologia e ortopedia. Neste hospital, organizei o setor de ambulatório e obtive algumas conquistas na melhoria do atendimento prestado, ao mesmo tempo em que ampliei meu aprendizado com os profissionais de enfermagem que lá trabalhavam. Ao cursar o último ano da graduação, trabalhei em outro hospital como estagiária de enfermagem. Minha função e de algumas colegas estagiárias era organizar algumas unidades de internação e treinar pessoal, entre outras atividades.

Nestas atividades, procurava aperfeiçoar minha habilidade técnica. Minhas mãos, nestes momentos, faziam curativos, puncionavam veias, realizavam sondagens vesicais, banhavam os seres cuidados, inspecionavam a pele e registravam o cuidado. Recordo-me de utilizar pouco as mãos para sentir como o ser cuidado estava, o que o afligia e o que poderia fazer para ajudá-lo.

Assim, em 1979, ao me graduar, já possuía uma razoável vivência profissional. Por um período de cerca de um ano e meio trabalhei no Hospital de Reumatologia e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em unidades de

internação clínica e cirúrgica. Após este período, optei por trabalhar somente no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Nesta época, utilizava o conhecimento aprendido nos anos de graduação e aprendia cada vez mais com o cotidiano do mundo do cuidar. A facilidade de relacionar-me auxiliava no contato com os seres cuidados e a equipe de trabalho. Realizava o cuidado diário visitando os seres cuidados e tocando-os na maioria das ocasiões para realizar procedimentos técnicos. Com o intuito de planejar o cuidado de enfermagem, durante estas atividades, conversava com os seres cuidados, conhecia um pouco de suas vidas, a história de suas doenças e identificava suas necessidades afetadas.

Acreditava que tinha nas mãos o poder de fazer pelo outro, de decidir o que era melhor para aquele ser humano curar-se. O cuidado ideal, para mim, implicava também em ser uma boa administradora. Assim, distribuía bem o tempo entre as tarefas que tinha a realizar, providenciava material e planejava o cuidado. Estudava, pois levava comigo a crença de que o conhecimento é o bem maior que se pode ter. Este pressuposto me impulsionava profissionalmente, ao mesmo tempo em que descortinava novas possibilidades de viver.

Em 1984, após conhecer meu atual companheiro, iniciei um processo de dividir minha vida entre a enfermagem e o saber amar. Era o início de um relacionamento no qual aprendi a tocar mais o outro com amor, com carinho.

Até o ano de 1985, continuei trabalhando como enfermeira cirúrgica no Hospital de Clínicas. Neste período, realizei os cursos de Licenciatura em Enfermagem, Metodologia do Ensino Superior e Administração Hospitalar. Estas

especializações auxiliaram-me a aperfeiçoar a habilidade de administrar o cuidado na unidade de internação e a planejar o ensino e treinamento da equipe de enfermagem. O aprimoramento profissional levou-me a sentir a necessidade de ensinar todo o conhecimento que havia aprendido nos cinco anos de prática na enfermagem. E foi assim que, em 1985, decidi aceitar o convite para lecionar em Itajaí, cidade no interior de Santa Catarina, a disciplina de Administração, no curso de enfermagem.

Estava entusiasmada com a idéia de mudança de vida e vislumbrava o ensino como uma forma de satisfazer a ânsia incontida de experimentar o novo e praticar todas as minhas idéias de mudança para a enfermagem. Acreditava que o meu papel, enquanto docente, era transmitir toda a minha vivência para o aluno, adaptando os meus conhecimentos à realidade local.

Naquela época, pouco realizava o cuidado direto ao ser cuidado e empenhava-me em ensinar os estudantes de enfermagem do último semestre a serem bons administradores, a controlar o funcionamento das unidades, a administrar os materiais existentes, a realizar escalas de pessoal. Ou seja, ensinava a administrar uma unidade de internação.

Nesta cidade, iniciei um curso de pintura como forma de expressar a minha visão do mundo e do viver. A descoberta da arte foi gradativamente modificando meu olhar sobre a paisagem ao meu redor e fui redescobrimo a beleza dos gestos, das cores, da paisagem. Minhas mãos descobriram um outro modo de expressão, no qual fui experienciando o movimento suave ao pegar o pincel e transportar a forma para a tela, a transparência das cores, a textura das tintas e

como o gesto modifica a obra de arte. Com esta experiência iniciei a lançar um novo olhar sobre o mundo ao meu redor.

Em 1986 retornei a Porto Alegre, casei-me e iniciei uma vida em comum. Na relação a dois aprendi a cuidar do outro e a ser cuidada, a entender os silêncios, os gestos, a ausência da palavra. Comecei a aprender a calar, a falar sem o som da voz, a escutar o outro. Aprendi a me ver no outro. Senti-me, gradativamente, descobrindo a beleza do toque no encontro a dois.

A arte da pintura iniciada em Itajaí levou-me a continuar o meu aprendizado e realizei aulas de pintura e desenho. As aulas de pintura, com o ser humano como modelo, levaram-me a descobrir as formas do corpo humano. Ao pegar o lápis ou o pincel e delinear as formas do corpo, observava que minhas mãos, meus olhos, tocavam o modelo à distância. Ao pintar, adentrava no mundo das formas, do silêncio, da abstração, o que me fez observar atentamente os movimentos e a paisagem. Focalizava o olhar num ponto, mas logo em seguida retornava à paisagem. Esta vivência, utilizando as possibilidades do meu corpo, levou-me ao encontro do meu ser. Nesta época, não compreendia a importância que esta vivência poderia ter no meu cuidar em enfermagem.

Neste período, trabalhei em uma clínica de ginecologia, na administração de um pequeno centro cirúrgico ambulatorial. Em 1988 deixei essa clínica e reiniciei minhas atividades como enfermeira no Hospital de Clínicas. O vivido nestes três anos entre o ensino de enfermagem e o trabalho na clínica ensinaram-me o valor da humildade, da tolerância, e a esperar o “meu tempo” para as coisas acontecerem.

No Hospital de Clínicas trabalhei, inicialmente, no Centro Cirúrgico Ambulatorial e no Centro de Material e Esterilização. Nestes locais, preocupei-me em administrar o cuidado, conhecer o funcionamento de novas tecnologias, acompanhar a dinâmica dos atos cirúrgicos, realizar o processo de enfermagem de uma forma objetiva e rápida e organizar instrumentos que melhorassem o processo de trabalho da enfermagem.

Nesta vivência, minhas mãos se tornaram ágeis no preparo da esterilização do material para o cuidado. Neste ritual aplicava minha arte ao dispor os materiais nos pacotes, ao dobrar os campos, ao fechar um pacote e ao registrar meu trabalho.

Passados alguns meses, fui trabalhar na sala de recuperação pós-anestésica da mesma instituição. Nesta unidade, reiniciei o meu aprendizado do cuidado. O toque, neste momento, estava relacionado com o meu fazer tecnológico de instalar um aparelho e de permanecer ao lado do ser cuidado para identificar alterações.

Paralelamente a esse tocar tecnológico, fui iniciando um processo de tocar o ser cuidado, sem o uso de intermediários ou aparelhos. Recordo-me de minha colega de trabalho, Fernanda, tocando cada ser cuidado, puxando-lhe as cobertas e aquecendo-o. No nosso convívio, aprendi a me aproximar mais dos seres cuidados, a observá-los nas suas funções fisiológicas, a olhar o seu corpo e identificar alterações, a posicioná-lo no leito, a tocá-lo e aquecê-lo.

Assim, com o passar do tempo, o meu cuidar foi se modificando. Tocava as mãos dos seres cuidados para verificar a temperatura das extremidades, tocava a face para melhorar sua ventilação, tocava os membros para verificar o retorno da sensibilidade após a anestesia regional, tocava a testa para acalmá-lo e para lhe falar ao ouvido quando começava a acordar. Ao mesmo tempo, meu olhar tocava seu corpo examinado-o, verificando alterações, e minha audição se aprimorava para ouvir os sons advindos do seu corpo e escutar suas falas.

Nesta unidade, as crianças que cuidava me instigavam mais ao toque. Quando acordavam da anestesia, estavam freqüentemente agitadas e eu as pegava no colo para embalá-las e confortá-las. Cabe salientar que esse tocar ficou mais intenso após o nascimento do meu filho, Rodrigo. Notei-me mais sensível às mães e mais disposta a entendê-las nas suas angústias com seus filhos. Fiquei mais tolerante com suas dúvidas, com suas atitudes ao cuidarem dos filhos, com seu sentimento de posse em relação aos filhos e com a sua vigília no cuidado que a enfermagem prestava. Compreendi o quanto a presença e o toque da mãe, do pai ou familiar confortava as crianças.

Ao observar o encontro de cuidado, meu olhar acompanhava o movimento dos corpos do ser cuidado e dos cuidadores, focando o afeto que permeava a relação e avaliando a execução de procedimentos técnicos. Ao mesmo tempo, refletia sobre o cuidado que prestava, porém não conseguia, ainda, observar-me como cuidadora tocando o ser cuidado. Ou seja, minhas mãos tocavam sem ter consciência do movimento que realizavam no encontro de cuidado e como os seres cuidados reagiam ao meu tocar.

Com a maternidade, modifiquei também o meu referencial de vida e iniciei um resgate do sentido de família, uma vez que as trocas que se fazem dentro do lar são particulares e reconfortantes. Hoje sinto que a descoberta do toque dentro da minha família foi uma das responsáveis pelo processo de mudança no meu cuidado em enfermagem.

Neste período, senti a necessidade de cuidar mais de mim e iniciei a prática da ioga. Com esta prática redescobri meu corpo, ao mesmo tempo em que senti a necessidade de observar e experienciar as sensações que dele advinham. Nestas vivências, utilizava a visão para enxergar além do visível, a audição para escutar os sons do universo, o olfato ritmado com a respiração e as mãos para tocar meu corpo e notar as sensações despertadas na prática. A partir deste momento, iniciei uma caminhada na descoberta das possibilidades do meu corpo e de como ele se comunicava comigo e com os outros. Foi o início de uma viagem de sensibilidade para o interior do meu ser.

Profissionalmente, continuava meu fazer como enfermeira na sala de recuperação e iniciava a atividade como docente na escola de auxiliares de enfermagem do mesmo hospital. Em 1995, após seleção interna, assumi o cargo de professora na escola de auxiliares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, dedicando-me exclusivamente ao ensino de enfermagem.

O retorno à atividade docente fez-me sentir a necessidade de aprofundar meus conhecimentos teóricos sobre o cuidado em enfermagem. As leituras sobre o cuidado e o seu ensino na disciplina de fundamentos de enfermagem suscitaram-me algumas reflexões e inquietações. Paralelamente a

isto, observava que muitos alunos apresentavam dificuldades em comunicar-se com o ser cuidado, em tocá-lo durante o banho, em ser tocado por colegas nas práticas de laboratório. Suas mãos tremiam ao realizar o curativo, os cuidados de higiene, a medicação. Muitas vezes não conseguiam aproximar-se do ser cuidado e conversar.

Nas leituras que realizei, os conteúdos referentes à comunicação despertaram de tal modo meu interesse, que aprofundei meus estudos e descobri o toque como um elemento de cuidado. Despertei para a importância de tocar o ser cuidado e de como realizar este toque. E, assim, comecei a observar-me durante este procedimento, meus movimentos, as reações dos seres cuidados, dos alunos e dos familiares diante do meu toque.

Após dois anos de atividades como docente no ensino de auxiliares e técnicos de enfermagem, decidi submeter-me a seleção para o mestrado em enfermagem e fui aprovada. Era a realização de um desejo há muito acalentado. Neste período minha mãe adoeceu. Era minha segunda experiência de ter um familiar tão próximo hospitalizado. Sua internação no hospital onde eu trabalhava levou-me a refletir, novamente, sobre a enfermagem e sobre a minha prática enquanto educadora e cuidadora.

Na posição de familiar, todos os meus conhecimentos teóricos sobre o cuidar foram, gradativamente, sendo questionados. Os diálogos que escutei, nas horas em que fiquei ao lado de minha mãe, auxiliaram-me a vislumbrar uma outra dimensão do cuidado a ser aprendida e ensinada - a perspectiva de ser familiar do ser cuidado. Compreendi que, ao entrarmos no quarto e prestarmos o cuidado

técnico, muitas vezes esquecemos de realizar o mais elementar de todos os cuidados de enfermagem: perguntar ao ser cuidado o que ele quer, o que ele pensa, e qual a melhor forma de prestar-lhe o cuidado e, principalmente, de olhá-lo e tocá-lo.

Notei a necessidade que o ser cuidado tem de que alguém segure a sua mão, o conforto, esteja próximo e o faça sentir forte para enfrentar a doença. Observei, também, como o toque no corpo pode ser agressivo para o ser doente e como o seu corpo fica exposto aos profissionais que trabalham nos hospitais. Nesta vivência, vislumbrei que o toque é uma forma de conforto, de estar junto, uma forma de manter o ser cuidado conectado a este mundo e, também, de ajudá-lo a morrer.

Enquanto familiar de um ser cuidado, como cuidadora, refletia sobre como o mesmo é tocado por várias pessoas durante sua internação hospitalar. Ao observar o cuidado notava o seu olhar, muitas vezes acompanhando o toque do cuidador no seu corpo e, outras vezes, fechando os olhos durante o banho de leito, o curativo, a troca da roupa. Observava cuidadores impacientes ao tocar o outro, com expressões de insatisfação, cuidando de uma maneira impessoal. Ao mesmo tempo, observava cuidadores respeitando o ser cuidado, tocando o outro com delicadeza e intenção de cuidar amorosamente.

Neste panorama, cresceu em mim o sentimento de que eu não poderia ensinar a cuidar sem trabalhar algumas sensações com os alunos, sem trabalhar o toque com o outro. Este desejo foi se intensificando e me vi utilizando a música em sala de aula, o abraço, o toque, a modelagem com argila. Tentava dar

oportunidade, a mim e aos outros, de vivenciarmos alguns momentos de relação nos quais a palavra falada fosse pouco utilizada e as sensações pudessem ser compartilhadas de outra forma.

Durante os estágios com os alunos, comecei a utilizar o toque como forma de me aproximar do ser cuidado, dos familiares e dos colegas. Estas vivências me auxiliaram a compreender que, ao entrar em contato com ele, tocá-lo nas mãos e olhá-lo, o cuidador o sente melhor. Nesse sentido, cada toque, cada olhar é entendido como uma forma de aproximação com o outro, uma nova forma de cuidar, de compreensão com o outro.

Ao cuidar, observava o cuidado sendo construído, no encontro entre o estudante e o ser cuidado, através do silêncio dos gestos e da relação de sensibilidade. Recordo-me de relatos de estudantes que despertaram para a beleza do toque. Num destes, a aluna contou-me que, ao tocar a face de um ser cuidado e secar-lhe o suor, conforme seu desejo, havia compreendido o que era cuidar. Outra, que sentia dificuldades em conversar com o ser cuidado, contou-me que ao permanecer ao seu lado segurando-lhe a mão para acalmá-lo, venceu seu medo e sentiu-se reconfortada quando este lhe agradeceu o cuidado.

Em outras situações, observava a linguagem silenciosa dos seres cuidados ao serem tocados durante a realização de um cuidado, as reações do seu corpo muitas vezes contraído, o seu olhar de medo e angústia, a sua face desfigurada pela dor e pelo sofrimento, o seu pedido de uma carícia, de um toque amigo através dos gestos e do olhar. Observava também cuidadores tocando o ser cuidado somente para verificar a temperatura, a pressão arterial, realizando

um curativo, tocando um corpo disposto num leito sem uma face, sem uma identidade como ser humano.

Assim, estas vivências, associadas à necessidade que sentia de contribuir para o aprimoramento do conhecimento na enfermagem, despertaram o desejo de investigar o toque na enfermagem. Questionava-me sobre como os seres cuidados sentiam o toque durante o cuidado, como se sentiam, o que gostariam de dizer e que muitas vezes permanecia no silêncio. Ao mesmo tempo indagava-me sobre qual o significado do toque para os cuidadores quando cuidavam. Baseada nestes questionamentos busquei, nesta investigação, compreender o significado do toque no encontro de cuidado, na percepção de cuidadores e seres cuidados.

A seguir, procuro elucidar alguns conceitos que penso estruturarem o enfoque do toque no cuidado de enfermagem, tal como se apresenta na presente investigação. Tratam-se de reflexões baseadas no meu vivido, fundamentadas nas idéias de alguns autores.

“Tocar é uma forma de expressão humana, de relação do ser com o mundo que o circunda, e que pode significar “eu estou aqui com você”: uma maneira do ser humano expressar sua sensibilidade no encontro de cuidado”. (Míriam Buógo)

3 CONTEXTUALIZANDO O TOQUE NO ENCONTRO DE CUIDADO

A idéia de esclarecer alguns conceitos e de realizar algumas reflexões sobre o cuidado e o toque, baseadas no meu vivido, tem o intuito de descrever a perspectiva que utilizei para investigar o toque no encontro de cuidado, ao longo deste estudo.

O cuidado é o primeiro gesto da existência do ser⁴. Desde os primórdios, o ser humano e os animais cuidam uns dos outros, aprendem e ensinam a cuidar. Na evolução do mundo, aprendemos a cuidar com nossos familiares, nossos amigos e observando o outro⁵ cuidar. É no convívio que aprendemos atitudes de cuidado conosco e com o outro.

Nesse sentido os seres humanos encontram-se sempre numa situação de cuidado consigo e com os outros. É pelo cuidado que o encontro com o outro ser acontece e, encontrar o outro significa integrá-lo no universo do cuidado. Segundo Mayeroff (1971) quanto mais compreendemos o papel central do cuidado na nossa vida, tanto mais nos conscientizamos de que ele é fundamental para a condição humana. Nosso mundo se torna mais inteligível ao cuidar e ao ser cuidado, ou seja, à medida que nos responsabilizamos pelo crescimento e possibilitamos a realização dos outros.

⁴ Ser – a casa onde o ser humano pode habitar, é a clareira no meio do bosque, cujos caminhos levam a um eterno descortinar (Silva, A.T., 1991)

⁵ Outro – são aqueles dos quais, na maioria das vezes, ninguém se diferencia e em meio dos quais nos encontramos. Não há sujeito junto a outros sujeitos, senão um mundo compartilhado (Heidegger, 1998.p.169).

Nesta perspectiva, a enfermagem, como profissão, tem no cuidado a sua ação primeira. É através do cuidado com o outro ser que a enfermagem tem realizado as suas ações e está buscando a identidade como ciência e arte de cuidar.

Historicamente, o cuidado na enfermagem teve seu fazer alicerçado na visão dualista do ser humano, na qual este é dividido em corpo e espírito. Nesta perspectiva, valoriza-se o pensamento racional em detrimento do conhecimento intuitivo, do sentimento e da visão do ser como um ser único e singular, prioriza-se os cuidados em função da doença e não do ser humano. Em nome dos avanços tecnológicos, do racionalismo, do não envolver-se com o ser cuidado, aprende-se a cuidar utilizando instrumentos sofisticados, a priorizar a limpeza de ambientes, a planejar o cuidado e esquece-se, muitas vezes, de escutar o ser que se cuida.

Ao longo dos anos esta visão foi sendo questionada e repensadas novas e/ou antigas maneiras de cuidar no sentido de humanizar o cuidado e buscar a construção da enfermagem como disciplina. Assim surgiram teóricas como Watson(1988) e Paterson e Zderad (1988) dentre outras, que basearam seus pressupostos em alguns conceitos do Existencialismo⁶, emergindo uma enfermagem na qual o ser humano é valorizado pelo seu modo de ser no mundo, em que as relações de cuidado são mais afetivas, empáticas e compartilhadas.

⁶ Existencialismo – corrente filosófica iniciada a partir da I Guerra Mundial e que atingiu o apogeu nos anos 40 e 50, que tem em Heidegger, Jaspers e Sartre seus maiores representantes. Trata do ser humano concreto, sujeito à morte, nas relações com os outros buscando um sentido para o seu viver. Foi uma reação a uma sociedade cada vez mais orientada pela técnica que dissolveu o ser humano num complexo de funções, assumindo uma forma de humanismo que proporciona uma valorização pessoal e responsável do ser humano (Morujão,1992).

Seguindo este referencial, cuidador e ser cuidado são seres humanos que aprendem num encontro de existências singulares, estão abertos ao encontro de cuidado e compartilham o viver.

Para Waldow(1998, p.54), o cuidado humano é característico de todos nós, seres humanos. Cuidado humano consiste em:

“uma forma de ser, de viver, de se expressar. É um compromisso com o estar no mundo e em contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir para a construção da história, do conhecimento, da vida”.

Alicerçado neste enfoque humanístico o cuidado na enfermagem vem sendo pesquisado pelos mais diversos autores brasileiros.

Na perspectiva de Arruda(1999, p.217) :

“O cuidado representa a união entre seres humanos construída a partir de suas experiências de vida, oportunidade em que eles se revelam, compartilham e resgatam a humanidade existente em cada um. O cuidado se dá em um contexto sócio-econômico-geográfico e cultural no qual cuidador e ser cuidado sofrem influências.”

De acordo com Waldow(1998, p.149) o processo de cuidar:

“...é desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizados para e com o ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidades humanas.”

O cuidado para Nunes(1995, p.42) é:

“o resultado de um momento anterior que se caracteriza por se estabelecer um estado interior, um sentir-se ‘estar com’ o outro. É uma aceitação da necessidade do outro o estar na forma desejada pelo outro. Passa por uma transformação no estado de ser da ‘pessoa que cuida’ em relação àquele que ‘vai ser cuidado”.

Na visão de Silva,A.L. (1998, p. 234 e 237) o cuidado é:

“ um processo inter-relacional e contextual, que envolve as mais diversificadas formas de expressividade terapêutica, de conhecimento, habilidade e experiências prévias de cuidado(...) o cuidado pode emergir como uma prática poderosa para a reflexão, com vistas à conscientização, transformação, que pode ser desenvolvida no encontro de quem cuida e quem é cuidado.”

Pode-se pensar então que o cuidado humano é um encontro de sensibilidade entre duas existências, cuidador e ser cuidado, em um momento de vida ou de despedida da vida. É estar junto, é sentir, é trocar, é reconhecer no outro ser a sua humanidade.

No léxico (Ferreira,1986, p. 908), humanidade diz respeito “ à natureza humana, ao gênero humano sendo sinônimo de benevolência, clemência, compaixão”. Na enfermagem, entende-se que seja a capacidade do ser humano de amar, de chorar, de sofrer, de viver, de morrer e de sentir o desejo de querer compartilhar com o outro sua existência.

Neste enfoque, a prática de enfermagem é exercida por pessoas que no contexto do cuidar estão coexistindo numa situação de saúde e doença. Nesta situação de coexistência, cuidadores de enfermagem e seres cuidados compartilham de algo que lhes é comum, ou seja, a humanidade. A compreensão

desta situação existencial deve-se fazer fundamentalmente na perspectiva do cuidar, uma vez que toda relação, nesta dimensão existencial, não pode deixar de estar centrada no ser, na pessoa humana (Castro,1990).

Entende-se então que o cuidado acontece na inter-relação⁷ cuidador e ser cuidado, momento em que utilizam a sensibilidade para compartilhar as sensações que advêm deste encontro único e singular. Esta afirmação reforça a idéia de que a enfermagem não é só ciência mas, também, arte de sentir.

Seguindo este pensamento do cuidado com arte, Caccavo (1997) nos diz que é durante a prestação do cuidado que a arte pode emergir. Para ele a obra d(e)a arte surge quando o cuidador e o ser cuidado se aproximam, estabelecendo laços afetivos e intuitivos, concretos ou imaginários e que se reforçam a partir do cuidado. Desse modo a trama, segundo este mesmo autor, é feita e desfeita a todo instante, permitindo a aproximação e o afastamento entre os sujeitos, através dos contatos diretos e indiretos de seus corpos.

Nessa perspectiva pode-se considerar o encontro de cuidado como uma experiência estética. Para Silva e Loreto(1995, p.15), a estética refere-se ao “conhecimento sensível, à possibilidade de conhecermos através dos sentidos, das sensações”. Neste enfoque, a experiência estética no encontro de cuidado permite que cuidador e ser cuidado se descubram como seres humanos, se vejam refletidos um no outro, oportunizando-se novas maneiras de ver e sentir a vida.

⁷ Inter-relação – relação mútua (Ferreira,1986).

No contexto da enfermagem, observa-se que este cuidado com arte, mais consciente e reflexivo, permanece muitas vezes despercebido, em função das exigências institucionais e do modo de ser de cada um. Nesta perspectiva, o cuidar, em função do tempo disponível, da sobrecarga de trabalho e de valores pessoais, é simplesmente uma tarefa a ser executada. Nesta situação, o cuidado é prestado em função da parte do corpo adoecida, gerando, muitas vezes, sensações de desprazer no ser cuidado. É uma experiência de não cuidado.

Para Waldow (1998, p.107) ao cuidar, pode-se não estar cuidando no sentido pleno que envolva responsabilidade, interesse e desvelo. É bastante comum observar-se o que hoje constitui-se o oposto de cuidar, ou seja, que é o “realizar uma ação supostamente caracterizada como de cuidar em uma forma mecânica, impessoal, na qual o outro ser ao receber o cuidado sente-se invadido, anulado, inseguro, desconsiderado, objetificado”.

Cabe salientar também que este encontro de cuidado acontece num contexto histórico e cultural no qual estão presentes as vivências anteriores de cuidado. A construção do ser cuidador de enfermagem inicia nos bancos escolares, quando durante o aprendizado do cuidado relembra-se alguns cuidados apreendidos ao longo do viver e aprende-se novas maneiras de cuidar. Na caminhada como cuidadores, estuda-se novas tecnologias, adquire-se novos conhecimentos, desperta-se para valores de humanidade e, fundamentalmente, em alguns encontros de cuidado, sensibiliza-se com o ser cuidado e sente-se envolvido por aquele momento.

É importante dizer que para cuidar necessita-se não somente sentir, mas também pensar e saber fazer, ou seja, adquirir habilidades técnicas, conhecimento teórico para fundamentar as nossas ações de cuidado. Esta dimensão instrumental do cuidado, está diretamente relacionada ao fazer com habilidade e conhecimento, ao fazer com qualidade, ao saber fazer. “O saber fazer se constitui em uma reivindicação dos seres cuidados e uma meta constante no caminhar do ser cuidador” (Silva,A.L.1998, p.76).

Diante destas considerações, como seres singulares, possui-se uma maneira de ser e estar neste mundo de cuidar em enfermagem. Ao cuidar com sensibilidade, o cuidador movimenta-se num ritual utilizando os sentidos, os pensamentos, a fala, o olhar. Ouve os silêncios e os sons do encontro de cuidado e toca com as mãos o corpo do outro ser.

Assim, na perspectiva do cuidado humano, ao ocorrer este encontro, cuidadores e seres cuidados compartilham momentos nos quais tocam e são tocados. Ao tocar, podem sentir a alegria, a angústia, o medo, a preocupação, sentimentos que permeiam a existência do “ser-no-mundo”⁸. Nessa perspectiva, compreende-se o mundo pela afetividade, um modo de expressar-se no cuidar.

Desse modo, a expressividade do ser é uma dimensão importante no cuidado. A demonstração de afeto é identificada como sendo “uma forma de expressão do cuidado, a qual envolve demonstrações de amor, carinho e

⁸ Ser-no-mundo – é um horizonte *a priori* de todo conhecer, incluída a autoconsciência. Não é um caráter abstrato, genérico, mas sim o que eu sou (Garcia, 1994).

amizade, que são formas de atenção para com o outro e para o que se faz” (Silva,A.L.1998, p.75).

Assim, um simples gesto, um toque, o estar atento, um olhar e um sorriso carinhoso são considerados formas de demonstrar que há interesse e que o outro é importante .

No cuidado, o toque significa proximidade física, movimento, presença, estar com o outro - estabelecer uma conexão. É um modo de ser que desperta, sensibiliza, um modo de dizer “eu estou aqui, com você, eu o reconheço como um ser humano.” Esta interpretação é respaldada por Teixeira(1991) em cuja visão, a interação entre cuidador e ser cuidado promovida pelo toque pode humanizar os efeitos do cuidado de enfermagem, comunicar empatia, simpatia e oferecer segurança e afeto.

Assim, no encontro de cuidado, as mãos são um dos instrumentos para tocar e ser tocado, de aproximar-se.

Franck(1987), em estudo sobre a obra de Heidegger, aponta que a mão tem de poder ir de um lugar para outro, referir os lugares uns com os outros referindo-os todos em si mesma. A mão desloca deslocando-se, é/está em trânsito entre todos os lugares, aproximando-os uns aos outros aproximando-os todos de si mesma.

Segundo Collière(1989), o tocar pelas mãos e o contato direto com a pele são fontes de estimulação, de mobilização. Ao acariciar, afagar ou fazer pressão, as mãos acalmam, pacificam, relaxam, aliviam, dilatam ou tonificam,

mobilizam as sensações térmicas, despertando as reações de prazer ou desprazer.

Deste modo, as mãos que aproximam não tocam sozinhas. Existe um corpo presente que toca com o olhar, com o movimento, com a intenção de estar com o outro. Esta premissa é respaldada por alguns cuidadores (Figueiredo et al 1998; Silva,1996) que investigam o toque no cuidado de enfermagem.

Tocar para cuidar é encontrar o sentido das coisas e despertar o ser cuidado da sua crise existencial, para encontrar o sentido da existência. Implica em estar junto com o ser cuidado, ficar com ele, fazendo os procedimentos, cuidando de seu corpo, observando suas respostas e mantendo-nos presentes mesmo que ele não fale ou ouça(Figueiredo et al. 1998).

Silva e Stefanelli (1994, p.271) nos dizem que o toque é parte indissociável do cuidar em enfermagem e, talvez em alguns casos, “a maneira mais rápida de se estabelecer uma relação com o ser cuidado de confiança, empatia, encorajando-o à livre expressão dos seus sentimentos e pensamentos”.

Baseado nestes conceitos, o toque, na ação de cuidar, é um modo de ser, de estar junto com o outro. Pode-se tocar com o corpo ao utilizar as mãos para banhar, massagear, instalar um aparelho, verificar uma temperatura, cumprimentar, consolar, realizar um carinho. Mas também pode-se cuidar tocando o outro com o olhar, com a presença, com a compaixão, sem necessariamente tocar seu corpo.

Acredita-se que o toque é um elemento fundamental no cuidar da enfermagem como profissão e no processo de humanização das instituições de

saúde. O toque como parte do cuidado permite estar com o outro, conhecê-lo e se dar a conhecer, no encontro vivido entre ser cuidado e cuidador. Desse modo, somente quem tocou e foi tocado pode expressar os sentimentos desse encontro.

Baseada nestas reflexões e ao longo do meu viver como cuidadora, muitos questionamentos foram emergindo e senti a necessidade de desvelar o significado do toque na perspectiva de cuidadores e seres cuidados no encontro de cuidado. Este desejo foi se intensificando à medida que refleti sobre o meu vivido nesta área e debrucei meu olhar sobre os encontros de cuidado entre os seres cuidados e outros cuidadores de enfermagem.

O toque nesta investigação desvelou-se como um fenômeno com diferentes dimensões, além da expressão estética. E, é com o olhar sobre o desvelado que apresento os significados do toque no encontro de cuidado.

Desejo que o desvelar destes significados possa despertar a reflexão dos leitores sobre o toque como um modo do ser no mundo. Ao mesmo tempo, espero que esta produção possa sensibilizar os cuidadores de enfermagem para a utilização do toque, como uma das maneiras de tornar o cuidado de enfermagem mais humanizado.

Deste modo, espero que a reflexão sobre o toque durante o encontro de cuidado possa contribuir na descoberta de maneiras de cuidar que auxiliem na construção do conhecimento da enfermagem como ciência e arte.

Assim, no próximo capítulo descrevo a metodologia que utilizei para a compreensão do fenômeno toque no encontro de cuidadores de enfermagem e seres cuidados.

*“O significado do toque está presente em cada encontro.
Para desvelá-lo basta existir, com sensibilidade.”(Míriam Buógo)*

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA EM DIREÇÃO À DESCOBERTA DO SIGNIFICADO DO TOQUE

A partir da exposição do tema a ser investigado, e propondo-me a compreender o significado do toque na perspectiva dos seres cuidados e dos cuidadores de enfermagem, optei por utilizar a pesquisa qualitativa, com uma abordagem fenomenológica hermenêutica.

A pesquisa qualitativa permite a compreensão do significado dos fenômenos vivenciados pelo ser humano. Segundo Gomez, Flores e Jiménez (1996), na pesquisa qualitativa os investigadores estudam a realidade em seu contexto natural, tal e como acontece, tencionando compreender o sentido de, o interpretar do fenômeno de acordo com os significados que tem para as pessoas que o vivenciam.

Na enfermagem, o processo de desencadeamento das abordagens qualitativas teve início em meados da década de 80, a partir da necessidade sentida por alguns profissionais da área em buscar novos caminhos na apreensão de seu objeto de trabalho, o que a abordagem positivista, centrada no biológico, não vinha suprimindo. Uma das vertentes destas abordagens foi a fenomenologia.

A fenomenologia é um movimento filosófico iniciado por Husserl e desenvolvido sobretudo na França e na Alemanha, por seus seguidores, constituindo uma das principais correntes do pensamento do século XX. Surgiu como uma alternativa de abordagem das ciências humanas que possibilitou

estudar o ser humano em sua totalidade, em sua experiência vivida (Barbosa,1993).

A fenomenologia proposta por Husserl é a volta ao mundo da experiência, pois este é o fundamento de todas as ciências. Este filósofo define a fenomenologia como uma ciência descritiva das essências e da consciência de seus atos, que tem como proposta descrever o fenômeno e não explicá-lo, não se preocupando em buscar relações causais mas sim, através de rigorosa descrição, chegar à essência do fenômeno. O fenômeno é tudo que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga (Marcondes,1997).

Desse modo, o principal objetivo da fenomenologia é a investigação do vivido enquanto tal, descrevendo os fenômenos como são experienciados, livres de conceitos e teorizações. Preocupa-se com a essência do fenômeno, entendendo este, como algo que surge para uma consciência, como resultado de uma interrogação (Castro, 1990).

Nessa linha de pensamento, entende-se que a fenomenologia contribui na busca da compreensão das experiências do ser humano durante o encontro de cuidado em enfermagem. Nessa abordagem compreensiva há um chamamento à reflexão, pois "compreender é algo inerente ao ser humano. Significa poder lançar mão de possibilidades pessoais de ser, dentro de um contexto no qual cada existe e compartilha experiências" (Lopes, Rodrigues e Damasceno, 1995, p.51).

Pode-se dizer então que a pesquisa fenomenológica objetiva uma compreensão mais profunda da natureza ou o significado das experiências cotidianas. Portanto, parte dos questionamentos do pesquisador sobre a forma

como ele experiencia o mundo pré-reflexivamente, aproximando-o mais do mundo vivido. Procura o significado daquilo que o sujeito tem na consciência quando vive o fenômeno e que é expresso no discurso⁹. Este discurso, por sua vez, pode ser a escrita, a fala, o gesto, o silêncio, o tom de voz, o movimento do corpo, o olhar.

Diante do discurso expresso, necessita-se interpretá-lo. Para tanto, surge a hermenêutica, originária da fenomenologia alemã e da filosofia existencial (Existencialismo) como uma teoria de interpretação da linguagem.

A palavra hermenêutica remonta a diversos textos da Antigüidade. Etmologicamente deriva do grego “hermeneuein”, que significa “interpretar”, e do substantivo “hermeneia”, interpretação (Marques e Dario,1992). Na mitologia grega, Hermes transmitia as mensagens dos deuses aos mortais anunciando-as textualmente e as interpretava tornando as palavras inteligíveis, atribuindo significado a elas. Assim, a partir de sua origem grega as palavras hermenêutica e hermenêutico sugerem o processo de “tornar compreensível”, especialmente quando envolve a linguagem (Palmer,1969).

Desse modo, ao longo da história a hermenêutica progrediu como a teoria da interpretação, sempre que houve uma necessidade de traduzir uma literatura autorizada em condições que não permitissem o acesso direto a ela. Nestas situações, o sentido original de um texto era disputado ou então permanecia oculto, sendo necessária a explicação interpretativa para torná-lo

⁹ Discurso é uma manifestação da linguagem através da qual o indivíduo se mostra, com significados expressos pelo que pensa, sente e deseja (Ricouer,1990). Neste trabalho, os discursos são as entrevistas.

transparente. Desde então a hermenêutica vem sendo empregada para auxiliar as discussões sobre a linguagem de um texto, para facilitar a interpretação da literatura bíblica e para guiar a jurisdição (Trombeta, 1996).

Dentre os filósofos que deram sua contribuição à nova compreensão da hermenêutica, destacam-se (Palmer, 1969).

Wilhen Dilthey, considerado o pai da problemática hermenêutica contemporânea, iniciou a ver na hermenêutica o fundamento para as disciplinas que interpretam as expressões da vida interior do ser humano, quer sejam gestos, atos históricos, obras de arte ou literatura. Para Dilthey a hermenêutica implica uma interpretação das expressões essenciais da vida humana, implica um ato de compreensão histórica, pois neste ato está em causa um conhecimento pessoal do que significa sermos humanos.

Martin Heidegger, que defende a idéia de compreensão como um modo de ser, característica fundamental do enquanto ser no mundo propõe que a hermenêutica refere-se à explicação fenomenológica da própria existência.

Hans Georg Gadamer, que elabora uma teoria filosófica na qual a hermenêutica adquire um status de corrente filosófica, coloca que a hermenêutica é o encontro com o ser através da linguagem, um evento histórico, dialético e significativo em todas as disciplinas, sendo que a chave para a compreensão na ótica do filósofo não é o conhecimento mas a experiência.

Hans Guergem Habermans, o crítico hermenêutico mais recente, concentra seus pressupostos na ação comunicativa, a qual define como uma interação do ser humano que conduz à compreensão. Para este autor, a

hermenêutica seria útil na compreensão, enquanto molde de fundamento do discurso prático, e para validar a ação normativa ou corretiva da ação humana.

Paul Ricoeur, para quem a hermenêutica é um sistema de interpretação, ou seja, um processo de decifração que vai de um conteúdo e um significado manifestos para um significado latente e escondido, explicita a hermenêutica como uma teoria da interpretação.

Deste modo, a hermenêutica definida como o estudo da compreensão tem como tarefa interpretar textos. Nesta perspectiva a interpretação é um ato essencial do pensamento humano, e existir é um processo constante de interpretação no qual o ser humano alcança o auto-conhecimento e uma melhor compreensão do caráter de sua tarefa(Palmer, 1969).

Em sua hermenêutica, Ricoeur (1990), utilizado nesta investigação, deposita toda a problemática da interpretação no sentido e não na análise das significações. Para este filósofo há, na interpretação, uma busca para além da linguagem. A tarefa da hermenêutica de Ricoeur é entender os comportamentos simbólicos expressos na fala e na escrita, mostrando a verdade que se oculta no aparente e, assim, interpretar e compreender o sentido produzido pela linguagem (Viana,1980).

Seguindo este pensamento da compreensão da linguagem, Ricoeur(1978) nos diz que a hermenêutica implica também na compreensão de si:

“Ao propor religar a linguagem simbólica à compreensão de si, penso satisfazer o desejo mais profundo da hermenêutica. Toda interpretação se propõe a vencer um afastamento, uma distância, entre a época cultural revoluta, à qual pertence o texto e próprio intérprete...Portanto, o que ele persegue, através da compreensão do outro, é a ampliação da própria compreensão de si mesmo. Assim, toda hermenêutica é explícita ou implicitamente compreensão de si mesmo mediante a compreensão do outro”(Ricouer, 1978, p.18)

Na análise de Paul Ricouer, o objetivo do pesquisador é desvelar o sentido da linguagem no discurso manifesto pelo Sujeito. O pesquisador analisa a semântica do discurso, isto é, qual o sentido que está detrás deste discurso e faz a referência com o mundo, o contexto. Portanto, sua hermenêutica busca, através da interpretação do discurso, dar sentido ao que está escrito no oculto ou no não dito da frase, da palavra, do parágrafo.

Deste modo, pode-se dizer que a hermenêutica, enquanto paradigma filosófico, é apropriada para fundamentar as pesquisas qualitativas da enfermagem, pois a abordagem fenomenológica hermenêutica, aproxima-se muito da tendência atual da enfermagem de compreender o ser humano como um ser não fragmentado, entendendo-o na sua cultura e no seu modo de ser e estar no mundo. Segundo Vietta(1995), tais abordagens têm em comum a busca da interpretação e da compreensão do como ser único e singular, com a procura pela apreensão do ser humano em sua totalidade e como melhor intérprete de si mesmo.

Nesta investigação a abordagem fenomenológica hermenêutica, utilizada para a interpretação das informações, oportunizou desvelar os

significados ocultos nos discursos sobre o fenômeno toque, vivenciado por cuidadores de enfermagem e seres cuidados no encontro de cuidado.

4.1 Local da investigação

O presente estudo desenvolveu-se numa Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre(HCPA). Optei por este campo uma vez que durante minha trajetória como cuidadora e docente, exerci a prática do cuidado em unidades de clínica médico-cirúrgica.

A unidade localiza-se no sétimo andar e destina-se ao atendimento de clientes adultos provenientes de convênios, clínica privada ou do Sistema Único de Saúde(SUS). Possui trinta e quatro leitos. Destes, vinte e oito são destinados ao SUS, dois a seres cuidados que necessitam permanecer em isolamento e quatro leitos aos privados ou conveniados. Cada quarto possui dois leitos e um banheiro de uso comum.

Os seres cuidados são atendidos por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiras, auxiliares de enfermagem, auxiliar administrativo, nutricionista, acadêmicas de enfermagem da graduação e dos cursos de técnico de enfermagem, médicos residentes, acadêmicos de medicina e professores da Faculdade de Enfermagem e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A equipe de enfermagem é formada por trinta e quatro cuidadores, sendo sete enfermeiros e vinte e sete auxiliares de enfermagem, distribuídos em três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite.

4.2 Entrada no campo

A entrada no campo ocorreu mediante a autorização do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) da instituição onde foi realizada a investigação. Após contato com a Chefia de Enfermagem do Serviço de Enfermagem Cirúrgica apresentei a proposta da investigação e solicitei sua autorização para a coleta das informações.

No momento seguinte, realizei o primeiro encontro com a Chefia de Enfermagem da Unidade de Internação, em que apresentei a proposta da investigação e agendei uma reunião com os cuidadores do setor para explicar sobre o trabalho a ser realizado.

O encontro se deu no início da passagem de plantão entre os cuidadores do turno da tarde e da manhã, ocasião em que fui apresentada àqueles que não conhecia e pude expor o tema da investigação, seus objetivos, e como seria realizado o trabalho. Ao final da explanação questionei se tinham alguma dúvida e os presentes se colocaram à disposição para auxiliar na investigação. Agradei a disponibilidade e esclareci que depois daquele encontro estaria muitas vezes na unidade junto com eles.

A partir deste momento realizei visitas no campo com o objetivo de tornar minha presença familiar aos cuidadores e seres cuidados. A entrada aconteceu num clima de tranquilidade e receptividade por parte dos cuidadores e seres cuidados.

4.3 Sujeitos da investigação

Os sujeitos foram seres cuidados e cuidadores de enfermagem que participaram de encontros de cuidado. Os seres cuidados foram quatro pacientes hospitalizados(dois do sexo masculino e dois do feminino), e os cuidadores de enfermagem quatro membros da equipe de enfermagem (três do sexo feminino e um do masculino) da unidade de internação campo desta investigação. Os cuidadores de enfermagem foram duas enfermeiras e dois auxiliares de enfermagem.

A escolha dos sujeitos foi intencional através do convite de pessoas que desejassem participar da investigação. Para a escolha dos seres cuidados optei por aqueles que permaneceram internados por um período mais prolongado a partir do primeiro contato com a pesquisadora, objetivando criar um clima de confiança antes de convidá-los a participar da investigação. Os cuidadores que participaram da investigação trabalhavam no turno da manhã ou da tarde.

Os sujeitos que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização das informações coletadas nas entrevistas.

Para a identificação dos sujeitos na investigação, utilizei os termos cuidador 1, cuidador 2, cuidador 3, cuidador 4, ser cuidado 1, ser cuidado 2, ser cuidado 3, ser cuidado 4. Optei por não identificar as idades, sexo, categoria profissional, tempo de hospitalização dos sujeitos com o objetivo de preservar suas identidades e por acreditar não serem pertinentes ao tipo de investigação proposto.

4.4 Coleta das informações

Por tratar-se de uma investigação qualitativa que busca compreender o significado do toque no encontro de cuidado de enfermagem, optei por utilizar a entrevista semi-estruturada de Triviños(1987) para a coleta das informações.

A entrevista, em alguns tipos de pesquisa qualitativa, é um dos principais meios que o pesquisador possui para realizar a coleta das informações. Seu propósito é encorajar as pessoas a relatar suas experiências de vida. Na abordagem fenomenológica, o propósito da entrevista não é explicar, prever ou gerar uma teoria, mas entender significados compartilhados pela descrição dos respondentes da experiência vivida por eles.

Triviños(1987) refere que a entrevista semi-estruturada mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância da situação do autor, o que favorece não só a descrição dos fenômenos mas sua explicação e compreensão.

Para este mesmo autor, a entrevista se desenrola a partir de um esquema básico, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações. Prossegue, enfatizando o caráter de interação que permeia a entrevista, criando-se uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde.

Para as entrevistas, utilizei um roteiro contendo perguntas descritivas (anexo A e B). As entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos sujeitos e realizadas no próprio campo, em local que permitiu a privacidade entre a pesquisadora e o entrevistado. As entrevistas dos seres cuidados foram realizadas no quarto dos mesmos em momentos em que

estávamos sozinhos (pesquisadora e ser cuidado). Os cuidadores foram entrevistados em sala privada da própria unidade de internação.

Inicialmente, lembrei ao entrevistado o objetivo do estudo, informando que teria tempo livre para resposta. A seguir, registrei horário de início e término da entrevista. As entrevistas tiveram uma duração média de trinta minutos.

Cabe salientar, conforme recomenda Triviños(1987), que, no desenrolar da entrevista procurei desenvolver um clima de simpatia, confiança e harmonia, com o objetivo de atingir o máximo grau de profundidade nas informações do entrevistado sobre o fenômeno que se estava estudando. Acredito que o vínculo estabelecido com os sujeitos através das visitas anteriores à entrevista, facilitou a coleta das informações deixando os sujeitos à vontade.

Na entrevista utilizei um roteiro com as seguintes questões de estudo:

- Poderia me falar de sua experiência de tocar e ser tocado no cuidado ?
- Como você se sente ao tocar e ser tocado?

Para o registro das entrevistas, utilizei um microgravador. Posteriormente, com o objetivo de facilitar a análise das informações e o desvelamento do fenômeno, transcrevi as entrevistas em microcomputador. É importante dizer que a transcrição das entrevistas facilitou minha apreensão do fenômeno e a análise das informações.

4.5 Análise das informações

Nesta investigação utilizei para a análise dos discursos os passos propostos por Crossetti(1997) e Motta(1997), com base em Ricoeur (1990), descritos a seguir.

* *Leitura inicial do texto* – objetiva uma compreensão ingênua dos textos buscando os primeiros significados dos discursos. Nesta etapa realizei a leitura dos discursos; neste caso, as entrevistas, sem questionar o mundo descrito pelos sujeitos. Desta leitura e da transcrição das entrevistas foram emergindo os primeiros significados relacionados ao toque no encontro de cuidado. Neste momento, organizei estes significados e, assim, obtive um primeiro entendimento do que procurava desvelar nesta investigação.

* *Distanciamento* – é um momento em que o pesquisador despe-se de suas crenças e preconceitos, com o intuito de preservar o sentido emanado dos discursos. Este momento não ocorre isoladamente, mas sim é uma atitude do pesquisador que, ao tornar-se um ser reflexivo, isolando-se da intenção do texto, possibilita o desvelamento dos sentidos imersos nos discursos. Deste modo, ao refletir sobre o que emerge do mundo dos seres cuidados e cuidadores, coloquei-me em suspensão, ou seja, deixei de lado as minhas vivências e percepções sobre o toque no encontro de cuidado.

* *Análise estrutural* - neste momento, após a leitura inicial realizada na primeira fase, o pesquisador relê criticamente o texto, passando à interpretação e compreensão do mesmo, objetivando um aprofundamento da semântica, ou seja, buscando o significado oculto nos discursos. Nesta leitura crítica,

compreendi estes significados e os expressei em unidades de sentença fazendo deste modo emergir, a partir dos discursos dos sujeitos, os temas e subtemas relacionados ao toque.

Para Ricouer (1990), as unidades de sentenças são analisadas a partir da frase, do parágrafo, da seção ou capítulo.

**Identificação da metáfora* – nesta etapa, procura-se dar sentido à semântica, ou seja, através da interpretação hermenêutica busca-se desvelar o que está oculto no discurso. Assim, após terem emergido os temas e subtemas, procurei compreender os significados do toque no encontro de cuidado expressos nos discursos dos sujeitos e relacioná-los a referenciais teóricos. A esta compreensão dos temas e subtemas chama-se metáfora.

A metáfora, para Ricouer(1976), diz-nos algo de novo acerca da realidade. Para este autor, é o conflito entre duas interpretações que sustenta a metáfora, ou seja, a metáfora não existe em si mesma, mas numa e por uma interpretação.

**Apropriação* - é o último momento do processo de análise. Apropriação, segundo Motta(1997), significa estar apto para a compreensão da metáfora identificada. Os sentidos ou significados, antes obscuros, se tornam mais visíveis, permitindo ao pesquisador se apropriar, ou seja, tomá-los para si e assim compreender a metáfora desvelada. Neste momento, me apropriei dos significados que os sujeitos deram ao toque no encontro de cuidado, compreendi a metáfora identificada na fase anterior e interpretei o seu significado.

4.6 Aspectos éticos

Após aprovação do projeto pela banca examinadora, contatei a Coordenação de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Coordenação de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para liberação do projeto e encaminhamento à comissão de ética do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação(GPPG) do HCPA.

Aos sujeitos que participaram da investigação expliquei, individualmente, os objetivos do estudo, como este seria realizado, esclarecendo aos cuidadores que as informações fornecidas não influenciariam as suas avaliações de desempenho. Aos seres cuidados assegurei que suas participações no estudo não teriam repercussão no cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

Em atenção à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que legisla sobre os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos, os sujeitos que aceitaram participar da investigação assinaram um termo de consentimento, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C e D), no qual ficou assegurado o anonimato das informações contidas nas gravações. Ao final da investigação as fitas de audio com as gravações das entrevistas foram incineradas.

4.7 Saída do campo

A despedida do campo levou-me à compreensão de que um novo momento da investigação estava por acontecer, e a sentir um pouco de nostalgia.

A ausência da convivência deixou-me um espaço vazio pois entendi que aquele tempo de compartilhar e crescer pertencia a um passado recente. Por outro lado, pensei que uma despedida está repleta de aprendizados que nos acompanham pela vida.

Ao me reunir com os cuidadores da unidade para despedir-me senti uma forte emoção. Fui acolhida em uma casa que pertence a seres humanos que fazem do cuidar uma possibilidade de ser e estar no mundo. Neste momento agradei a forma como fui acolhida, a colaboração e o interesse de todos. Notei uma certa curiosidade dos cuidadores em conhecer o que foi desvelado da investigação e prometi retornar para divulgar-lhes.

Dos seres cuidados me despedi individualmente agradecendo a contribuição e a disponibilidade em auxiliar-me. Vale lembrar que após o término da investigação reencontrei alguns seres cuidados, o que me oportunizou novos aprendizados sobre o mundo do cuidar.

Em respeito às questões éticas, forneci aos sujeitos cópia transcrita das entrevistas realizadas. Aos cuidadores e um ser cuidado as transcrições foram entregues em mãos. A dois seres cuidadores foram enviadas pelo correio e uma entrevista não foi enviada pois o sujeito veio a falecer.

“Olhar aos poucos, sem pressa, até que o fenômeno se desvele e nos encante”. (Míriam Buógo)

5 DESVELANDO OS SIGNIFICADOS DO TOQUE NO ENCONTRO DE CUIDADO

Neste capítulo busco, através de uma abordagem fenomenológica hermenêutica com um enfoque no cuidado humano, compreender os significados que cuidadores e seres cuidados deram ao toque no encontro de cuidado. Dos discursos emergiram três temas principais: *toque como presença, toque como ritual e toque como desejo*. Destes temas emergiram os subtemas assim relacionados:

Toque como presença: *toque é vínculo, toque é segurança, toque é preocupação, toque é solicitude, toque é carinho, toque é sentir-se tocado pelos outros, toque é olhar, toque é escuta.*

Toque como ritual: *toque é a essência da enfermagem, toque é uma ação técnica, toque é vivenciar o novo, toque é invasão do espaço pessoal, toque é constrangimento, toque é sentir dor, toque é contágio.*

Toque como desejo

É importante dizer que os temas e subtemas, embora distintos por questões didáticas, estão intimamente interligados no fenômeno. A seguir descrevo os temas e subtemas desvelados.

5.1 Toque como presença

A presença é um modo de ser do cuidador e do ser cuidado. Significa estar próximo, estar junto como o outro ser, compreendendo-o no seu mundo¹⁰, compartilhando experiências.

No encontro de cuidado o toque desvela-se como presença, um modo de ser sensível do cuidador e do ser cuidado. Ao estar com o ser cuidado o cuidador toca seu corpo ao fazer um carinho, um procedimento, ao aproximar-se, ao escutar a linguagem silenciosa dos seus movimentos, das suas mãos, do seu olhar. Neste compartilhar ambos encontram suas possibilidades de existir no mundo.

Presença é ser com os outros. Para Heidegger(1998, p.170) “o mundo da presença é um mundo compartilhado com os outros.”

É abordando o ser cuidado nas mais diversas possibilidades que o cuidador imprime reflexão ao seu fazer, aprimorando na sua subjetividade as idéias, os sentimentos, compreensões, indo em busca de uma conscientização e de um propósito sincero de estar-com o ser cuidado. Na vivência do cuidado a presença é aquela realidade consciente da troca intersubjetiva entre os protagonistas do cuidado (Nunes, 1995).

O toque como presença desvelou-se nos discursos dos sujeitos nos subtemas: *toque é vínculo, toque é segurança, toque é preocupação, toque é*

¹⁰ Mundo – é o horizonte, a perspectiva na qual a realidade objetiva é significada pela subjetividade que a desvela e lhe atribui um sentido. O ser humano habita, assim, infinitos mundos (mundo familiar, mundo do trabalho, mundo da arte, etc) que constituem o horizonte, o campo de possibilidades de suas experiências (Gonçalves,1997.p.75).

solicitude, toque é carinho, toque é sentir-se tocado pelos outros, toque é olhar, toque é escuta.

5.1.1 Toque é vínculo

Ao cuidar, o cuidador sente a necessidade de tocar o ser cuidado para aproximar-se e estabelecer uma inter-relação. Esta aproximação inicial acontece no instante em que cuidador e ser cuidado se conhecem no encontro diário do mundo do cuidar, o que se pode desvelar nos discursos abaixo.

“Eu acho que eu toco primeiro porque sempre que eu chego, eu chego e me apresento. Eu já dou a mão (...) normalmente eu toco primeiro, tem alguns que apertam a mão(...)” (cuidador 1)

“(...) tem certos tipos de pacientes que gostam que tu cumprimentes eles, apertando a mão. O seu [nome do ser cuidado], lá gostava (...)”(cuidador 3)

Para estes cuidadores, o dar as mãos do cuidador e do ser cuidado ao se tocarem num cumprimento é entendido como um modo de aproximação no qual os dois são identificados como existências únicas e singulares no mundo do cuidar. Este toque-cumprimento dá identidade aos seres cuidados e cuidadores. É o modo inicial de se dar a relação de confiança na qual ambos vão compartilhar seus mundos.

A atitude do cuidador de estender sua mão e segurar a mão do ser cuidado faz daquele momento uma experiência compartilhada. Ao tocar e deixar-se ser tocado, rompe barreiras que fazem muitas vezes do sujeito hospitalizado mais um número sem face (Silva,R., 1995).

Esta aproximação através do toque pode ser interpretada como uma demonstração de afetividade do cuidador na qual se estabelece uma inter-relação, o que desvela-se como vínculo nos discursos.

“ Vínculo como é que eu posso te explicar(...) uma forma de integração entre a pessoa que cuida e o paciente(...) como a gente se comunica conversando com o paciente, e no toque mesmo. Ao chegar perto dele vê-se que o vínculo está maior quando ele começa a te trazer(...) mais coisas da vida pessoal dele. Ele procura chegar mais perto.”(cuidador 1)

“ A gente visita os pacientes diariamente e na visita o toque é uma coisa indispensável. Onde tu tens que manter um vínculo com o paciente. Coisas que são importantes para tu conseguires desempenhar melhor o teu papel e criar um relacionamento onde tu consigas que ele realmente te conte as coisas que são importantes para ele. ” (cuidador 2)

Nestes relatos o toque emerge como um dos elementos que facilitam a comunicação no encontro de cuidado. Através da aproximação física propiciada pelo tocar o corpo do outro, o cuidador diz ao ser cuidado que ele está presente naquele momento, criando relações de afetividade. Esse tocar, uma forma de estar no mundo do cuidado, possibilita ao cuidador conhecer mais sobre a vida do ser cuidado e realizar suas ações de cuidar. Dessa forma, através do toque, o cuidado compartilhado vai se construindo, desvelando-se novas possibilidades de cuidar e ser cuidado.

Segundo Silva,A.L.(1998), na relação de cuidado cria-se um vínculo como uma ligação de intimidade, que aproxima o cuidador do ser cuidado. Nesta proximidade ambos aprendem a arte de se expressar, percebendo-se e conhecendo-se, muitas vezes, através do olhar, de expressões ou de um toque físico.

No toque como presença desvela-se outro significado do tocar no cuidado expresso no subtema: *toque é segurança*.

5.1.2 *Toque é segurança*

A hospitalização é uma situação na qual o ser cuidado muitas vezes vê-se sozinho, num ambiente estranho ao seu lar, exposto a procedimentos, a pessoas que desconhece. Nesta situação o toque do cuidador pode transmitir-lhe segurança, ou seja, fazer com que sintam-se protegido e que está com alguém em quem pode confiar.

A segurança/proteção, segundo Arruda e Nunes (1998) é ao mesmo tempo um sentimento e uma necessidade que as pessoas têm em relação a sua vida, estando aí no mundo. A pessoa que experiencia segurança e proteção sente que tem condições de sobreviver apesar das hostilidades potenciais do ambiente que o cerca.

Os sujeitos assim nos falam sobre o toque como segurança:

“(...) quando eu trabalhava na SR [sala de recuperação], eles gostavam muito de apertar a mão da gente, de sentirem-se seguros quando estão ali na cama, sozinhos, com o tubo na boca. Então tu vês que eles querem segurar a tua mão. (...) Eles querem que tu fiques ali segurando. Uma forma de proteção, eu acho, de segurança. Eu acho que a gente passa um pouco de segurança para os pacientes.”(cuidador 4)

“E eu peguei na mão dela e (ela) começou a me arranhar e me agarrar (...).cravava as unhas em mim e eu tentando fazer carinho com a outra mão e dizia prá ela: ‘vai ficar tudo bem, eu sei que é difícil para ti’(...) e [ela] foi relaxando, foi soltando as unhas da minha mão assim e aí começou a segurar as minhas mãos e não queria largar. E eu disse: ‘eu vou ficar contigo. Quando tu te sentires mais segura eu saio’. Aí ela relaxou e eu disse: ‘Tu estás melhor agora?’ E ela disse: ‘Estou sim, eu estava precisando disso’.”(cuidador 2)

Estes discursos desvelam que a presença do cuidador, tocando a mão do ser cuidado, acalentando-o com palavras nas situações em que este se sente fragilizado, sozinho, em desespero, dá-lhe segurança fazendo com que se sinta amparado. Neste momento de cuidado, o cuidador se faz presente pelo toque, entendendo os medos, as angústias do ser cuidado, transmitindo-lhe segurança. O ser cuidado vê no cuidador alguém que está junto com ele, em quem pode confiar, que vai ajudá-lo a enfrentar a situação de medo e angústia.

Nessa perspectiva, Silva,A.L.(1998) nos diz que para os seres envolvidos no cuidado, a valorização, através das mais variadas formas de atenção, proporciona segurança e diminui a distância entre o ambiente doméstico e hospitalar. Nesta inter-relação, o cuidador se torna uma referência para o outro: alguém em quem ele pode confiar e buscar ajuda, quando necessário.

Associado à segurança despertada pelo modo de ser do cuidador, o conhecimento que este demonstra ao tocar durante as ações de cuidado levam o ser cuidado a valorizar o toque do cuidador. O discurso a seguir ilustra esta asserção:

“ (...) ela prefere que eu ajude ela do que os familiares(...)Eu acho que é porque sente mais segurança. Porque ela diz assim: ‘Não, deixa, deixa que o [nome do cuidador] (...)sabe o que tem que fazer, que ele sabe tudo’(...)”(cuidador 3)

Na perspectiva deste discurso, a habilidade de tocar do cuidador desperta o sentimento de confiança durante o encontro. Esta habilidade de tocar do cuidador, ou seja, o conhecimento adquirido ao longo do seu cuidar em enfermagem, é reconhecido pelo ser cuidado ao preferir que este e não o familiar realize a ação de cuidar. Assim, à medida que os cuidadores e os seres cuidados conhecem seus modos de ser no mundo, vão se desvelando e mantendo uma relação de confiança.

Na relação terapêutica entre a equipe de enfermagem e seres cuidados os movimentos firmes, mas delicados, das mãos do cuidador podem fazer o paciente sentir que está sendo tratado por alguém competente, contribuindo para o conforto físico, mental e espiritual (Teixeira, 1991).

No encontro de cuidado desvelou-se outro subtema: *toque é preocupação*, outro modo de ser, tocando.

5.1.3 *Toque é preocupação*

A preocupação, o estar preocupado, é inerente ao ser humano. Este estado de preocupação é sinônimo de cuidado (Heidegger, 1998). O toque, nesta perspectiva, é a maneira pela qual o cuidador, ao cuidar tocando, demonstra preocupação pelo ser cuidado.

Nos discursos a seguir, cuidadores e seres cuidados desvelam o toque como preocupação na forma como tocam ou são tocados durante o cuidado de enfermagem.

“(...) [tocam] de uma forma, de um jeito delicado. Elas[cuidadoras] de repente elas vão, não sabem exatamente o que tem, elas ficam meio receosas de tocar. De uma maneira assim mais rápida poderia ser mais brusca. Então é uma coisa bem leve, bem delicada, bem íntima. É bom.”(ser cuidado 1)

“Então(...)é o toque e mais um pouquinho. É o toque e mostrar que tu estás preocupada com ela [ser cuidado], que tu realmente ligas para ela.”(cuidador 2)

Desvela-se nestas falas que cuidador e ser cuidado abrem-se para o mundo deixando-se tocar na situação de cuidado. O cuidador preocupa-se em tocar de uma forma delicada e demonstrar afetividade e interesse com o ser cuidado. Este, por sua vez, quando aberto ao encontro, observa o toque realizado em seu corpo e sente a preocupação do cuidador. Neste momento do encontro, o toque é prazeroso, fazendo o ser cuidado sentir-se bem, tranqüilo.

O toque também é preocupação em não causar sofrimento ao ser cuidado. Esta interpretação emerge do discurso a seguir:

“(...) eles têm todo o cuidado para lidar com a gente, não machucam. Pegam, vão fazer um curativo e te tocam ali com força . Aí tu dizes: ‘Está doendo’ (...) então assim prá mim aquilo ali quando tocam ali que dói e eu digo e eles param(...) é bom. Não ficam insistindo, a gente não sofre(...)”(ser cuidado 3)

“É, eles pegam a gente com o cuidado, assim, para não pisar (...) acho que pela maneira deles pegarem a gente, colocar da maca para cama com carinho(...) É leve.”(ser cuidado 4)

O desvelar do fenômeno manifesto, nesta situação, nos diz que o toque é a maneira pela qual o cuidador realiza uma ação de cuidado que o ser cuidado não pode fazer demonstrando preocupação em não machucá-lo. Este estado de preocupação oportuniza ao ser cuidado demonstrar ao cuidador a melhor maneira do cuidador tocar o seu corpo, uma possibilidade de participar do encontro de cuidado.

Através do estado de cuidado, zelo, o ser humano tem a possibilidade de ser livre para exercer a possibilidade que é. Portanto o portar-se do ser humano é sempre cheio de cuidados zelos, ansiedades e dirigido pela dedicação e devoção de alguma coisa. É um estado de ser que já é sustentado, em cada caso pela preocupação (Silva,A.T.,1991).

Nos momentos de cuidado no qual o cuidador realiza ou auxilia um cuidado desvela-se aí outro subtema do toque como presença: *toque é solitudine*.

5.1.4 *Toque é solitudine*

O toque como solitudine é uma maneira do cuidador estar com o ser cuidado. Para Heidegger (1981, p.19) solitudine é relacionar-se com alguém de uma maneira envolvente e significativa. Imbrica as características básicas do ter consideração para com o outro e ter paciência.

Sob este prisma, para Crossetti (1997) solitudine inclui o cuidado com o outro de forma que ele possa assumir seus próprios caminhos.

Os sujeitos falam de solicitude quando se referem ao toque nos seguintes discursos.

“É auxiliar assim, no início. Agora já consigo tomar o banho. Mas no início assim, que ajudassem a me secar até me lavar(...) nos primeiros dias me esfregavam as costas”(ser cuidado 4)

“tem pacientes que (...) necessitam assim de segurar no braço da gente, para(...) levar até o banheiro, caminhar(...). Às vezes dar uma caminhadinha dentro do quarto. Eu me sinto bem porque eu estou ali ajudando uma pessoa que está precisando da minha ajuda ali no momento(...)Conforme, ela vai indo, ela vai evoluindo, vai ficando boa. Uma hora ela não vai precisar mais.”(cuidador 3)

“Quando a gente vai, quando a gente traz um paciente da SR[sala de recuperação], quando tu vais passar para cama, quando tu dás um auxílio. Tu seguras no paciente, ajuda ele a passar para a cama: uma maneira de toque.”(cuidador 4)

Nestes relatos a ajuda emerge como uma forma de solicitude¹¹, quando o cuidador realiza, pelo ser cuidado, aquilo que este não consegue realizar sozinho. O cuidador ajuda, tocando o ser cuidado, através de um apoio para caminhar ou segurando-o, até o momento em que possa ser capaz de realizar sozinho. Nestes momentos notamos a paciência e a consideração do cuidador com o ser cuidado acompanhadas pelo toque.

¹¹ Heidegger fala de duas maneiras extremas de solicitude ou cuidar do outro. Uma delas é o “*Einspringende*” que quer dizer cuidar do outro saltando sobre ele ou acalentando-o com um colo, um carinho, mimando-o, fazendo pelo outro, seja dominando-o ou manipulando-o, ainda de forma sutil. A outra maneira de cuidar do outro é o “*Vorspringende Fusorge*” ou seja, saltar a frente do outro, possibilitando ao outro assumir seus próprios caminhos e assim, crescer, amadurecer, encontrar-se consigo mesmo.”(Spanoudis, in Heidegger,1993,p.19)

Viver em um estado de solicitude com o outro é cuidar deste outro. É estar aberto, é se deixar tocar e deixar vir a si, o que este precisa. Quando o cuidador está em solicitude positiva ele ajuda o ser cuidado a enfrentar as condições que lhe são impostas pela doença (Crossetti,1997).

Para Waldow (1998) neste momento o cuidar parece deixar de ser um procedimento, uma intervenção, para ser uma relação em que a ajuda é no sentido da qualidade do outro ser, ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais afetiva. O cuidar agora parece ser feito com o outro.

O toque como solicitude desvela-se também como ser bem atendido, ser bem tratado verbalizado pelos sujeitos desta investigação. Um dos seres cuidados, no início da entrevista, ao ser convidado a relatar sobre sua experiência de tocar e ser tocado durante o cuidado de enfermagem, respondeu:

“É, quando eles vêm me cuidar não tem nada a me queixar eu inclusive fui bem atendido em matéria de curativos que eu tive que fazer, sempre na hora, sempre fui bem atendido por eles(...) se eu estou com dor eu chamo e elas vem e dão a medicação ou, não está na hora de tomar aquela medicação para a dor elas me explicam: ‘agora não, tem que esperar mais um pouco, tem que agüentar’. Então isso aí que eu acho que é o atendimento bem.”
(ser cuidado 2)

Interpreta-se neste discurso a relação que o ser cuidado faz entre o toque e o fato de ser bem atendido. Para ele, quando é atendido na hora que solicita, quando lhe prestam cuidados que necessita, sente que estão lhe cuidando. A solicitude emerge na segurança sentida pelo ser cuidado ao relatar que a hora que necessitar, o cuidador estará ao seu lado, cuidando, tocando seu

corpo para aliviar o sofrimento através da aplicação de um medicamento, explicando, ajudando-o em suas necessidades.

Por outro lado o toque, na visão dos cuidadores, pode ser identificado como uma ação realizada sem paciência, sem consideração, outra forma de solicitude.

“Mas eu já vi várias pessoas cuidando sem tocar(...) é quando tu não transmites nada através daquele toque(...) Por exemplo tu estás pensando em outra coisa, tu estás em outro mundo mas tu tens que olhar aquele corte, aquela barriga. Então tu entras no quarto, tu não cumprimentas, tu não olhas para a pessoa, sabe, tu nem mostras que tu tens respeito por ela. E tu vais, destapas um lençol, olha a barriga e diz: ‘ está tudo bem’. E tapa de novo. Tu não olhaste, tu não tocaste (...)”(cuidador 2)

“Ou até tu fazeres alguma coisa que o paciente não goste. Tu vais provocar uma reação nele que acho que isso é tocar no paciente”(cuidador 4)

Destes relatos emerge que o toque pode ser uma forma de não cuidado na qual o cuidador toca de uma forma automática, causando uma reação de desprazer. Manifesta-se no toque do cuidador uma vontade de não cuidar sentida pelo ser cuidado. Esta interpretação é confirmada na seguinte fala:

“(...)Tem hospitais que a pessoa faz por obrigação, não está nem aí para o paciente. Não é meu parente, não é nada, que se rale. Eu já senti isso(...) e isso machuca. A gente está dependendo daquela pessoa e aquela pessoa está fazendo de má vontade, não está nem aí para ti. Isto é horrível, me sinto muito mal”.(ser cuidado 1)

Nesta situação, o ser cuidado não sente a disposição do cuidador em cuidá-lo, em tocá-lo. O cuidado é sentido como uma tarefa a ser realizada sem prazer, sem vontade, causando no ser cuidado a sensação de desconforto por

estar dependendo da ajuda, do toque de outra pessoa, que está realizando a ação de cuidar sem vontade. O toque é, nesta situação, um modo deficiente de cuidar, de tocar. Segundo Waldow(1998) é bastante comum observar-se o que hoje constitui o oposto de cuidar, ou seja, que é o realizar um ação supostamente caracterizada como de cuidar em uma forma mecânica, impessoal, na qual o outro ser, a receber o cuidado, sente-se invadido, anulado, inseguro, desconsiderado, objetificado.

Ao estar com o outro, cuidador e ser cuidado desvelam o toque como uma forma de presença expressa no subtema : *toque é carinho*.

5.1.5 *Toque é carinho*

No mundo do cuidar, o cuidador se depara com situações nas quais ele sente que o ser cuidado tem necessidade que lhe toquem ou, sente vontade de tocá-lo para realizar um carinho. O toque-carinho é quando acontece, espontaneamente, uma manifestação amorosa na qual cuidador e ser cuidado compartilham afeto através de um contato físico.

A demonstração de afeto pode assumir as mais diferentes formas de expressão como um gesto, um toque, o estar atento, um olhar e um sorriso carinhosos considerados como instrumentos terapêuticos importantes para a recuperação e bem-estar dos seres cuidados (Silva,A.L.,1998).

Nos discursos a seguir, cuidadores e seres cuidados desvelam o tocar como carinho:

“Mas quando percebes que o paciente está mais deprimido, mais chateado, precisando sei eu de um contato maior, você pega na mão. Ou até na hora que vais conversar com ele, botas a mão em cima do ombro. Eu acho que tem o sentido (...) mais de conforto(...) de proximidade, de ficar mais próximo(...)”(cuidador 1)

“(...)quando a gente toca no paciente e tu vêes que ele está melhorando, que ele está se sentindo melhor com aquele aconchego ali que tu estás fazendo com ele. Eu me sinto bem. Eu me sinto bem, eu me sinto gratificante(...)”(cuidador 4)

“ (...) a hora que elas [cuidadoras] estão assim carinhosas com a gente. A gente bota a mão, eu chamo elas (...)de minha negrinha, e assim com carinho (...)É uma palavra carinhosa (...) a pessoa faz carinho para mim eu retribuo o carinho. (...) A gente se sente mais confortável” (ser cuidado 4)

Nestas falas os sujeitos mostram que, ao tocar com carinho, o cuidador conforta o ser cuidado fazendo-o sentir a sua presença, o seu modo de estar com ele no momento em que está deprimido. Ao tocar-lhe a mão ou outra parte do corpo como uma forma de conforto, o cuidador se sente gratificado, pois nota que seu toque e suas palavras contribuíram para o outro se sentir melhor. Ao mesmo tempo, o ser cuidado entende este carinho e retribui; uma forma de afetividade para com o cuidador. Este modo de estar com o outro, através do toque carinhoso, compreendendo a sua dor e dando-lhe incentivo para continuar a caminhada, desvela-se como conforto, uma forma de carinho.

A afetividade no cuidado, segundo Silva,A.L.(1998), envolve demonstrações de amor, carinho e amizade que são formas de atenção para o outro e para o que se faz. Atenção que pode transmitir paz, conforto e produzir uma sensação de relaxamento.

O toque-carinho faz parte do cuidado como nos diz este sujeito:

“(...)as pessoas estão internadas, estão precisando de carinho. Eu acho que isto também faz parte do cuidado(...)”(cuidador 1)

Emerge deste discurso que o tocar fazendo carinho faz parte do mundo do cuidar em enfermagem. Nesta perspectiva, o cuidador entende a hospitalização como um acontecimento que deixa o ser cuidado fragilizado, necessitando de um conforto, de um carinho do cuidador. O toque-carinho é uma maneira de aliviar o sofrimento, de suprir a necessidade de afeto, e está presente nas ações de cuidar.

Na visão de Godoy(1988) o toque, o amor e o cuidado são inseparáveis, acompanham o ser humano desde o nascimento até a morte e, aconselha que o toque deva fazer parte do cuidado.

Estudos desvelaram o toque como carinho (Bonadio e Matheus,1994; Sales,1992; Rodrigues et al,1998). Em estudo sobre os tipos de atendimentos na interação cuidador/ser cuidado, Bortoff e Morse(1994) identificaram que o toque reconfortante foi utilizado para acalmar, suavizar, aquietar, reassegurar ou encorajar, significando para os seres cuidados uma demonstração de carinho e de preocupação. Os exemplos deste tipo de toque foram: o cuidador segurar a mão do ser cuidado ou, afagar seu braço usando os dedos ou, a palma das mãos durante o contato.

O toque-carinho revelou-se também como um toque maternal, ou seja, um tocar entre mãe e filho(a). É a troca de afeto entre dois seres que se gostam. Este carinho é expresso nos seguintes discursos:

“(...)é minha segunda mãe. Sempre preocupada. Eu, com ela, eu faria, eu faria isto de novo. Daria um beijo nela. Agora acho que com nenhuma das outras enfermeiras eu conseguiria isto(...)”
(ser cuidado 1)

“Tocar. Quase como tocar um filho assim. Era um menino bastante carente, parecia mais uma coisa de, não sei, uma coisa mais maternal (...)”(cuidador 1)

Estas falas nos dizem que a preocupação da cuidadora leva o ser cuidado a compará-la a uma mãe, fazendo com que sinta vontade de demonstrar afeto, carinho, tocando-a com um beijo. Nesta inter-relação de cuidado, a cuidadora sente-o como um filho, assumindo o papel de cuidadora-mãe. Ao tocar, cuidadora e ser cuidado se identificam nos papéis de mãe e filho, estabelecendo-se neste momento laços familiares de afeto. Deste modo, ao estar com o outro, o toque ocorre como uma consequência do encontro de cuidado.

Assim como a afetividade, o carinho, a sensibilidade se desvelam no encontro de cuidado, outro significado do toque presença é expresso pelo subtema: *toque é sentir-se tocado pelo outro*.

5.1.6 *Toque é sentir-se tocado pelo outro*

O sentir-se tocado pelo outro é a capacidade de sentir o outro, ou seja, entendê-lo no seu mundo. Na sensibilidade que permeia o encontro estabelece-se um compartilhar, uma sintonia entre o cuidador e o ser cuidado, desvelando-se sentimentos, emoções, isto é, a sensibilidade de sentir-se tocado pelo viver do outro.

Heidegger(1998), nos fala que pela afetividade o ser humano faz e deixa que os seres venham ao seu encontro. Esse deixar e fazer vir ao encontro tem o caráter de ser atingido. É a condição de poder tocar e ser tocado.

Ao falar do tocar para sensibilizar, Figueiredo et al. (1998, p.159), referem-se “a um cuidado que toca a interioridade dos sujeitos – cliente e enfermeira(o) – toca suas emoções, suas inteligências e paixões”.

O sentir-se tocado é desvelado na seguinte fala do ser cuidado :

“(…)isso toca a gente.(…) Eu acho que eu toco todos(…)todos que estão a minha volta, lidando comigo, querendo me ajudar. (...) para mim ficar boa(...) ir para casa. Acho que isso aí toca em mim também (...) toca em saber que tu estás dentro do hospital(...) tu estás rodeado por todos. Tanto pela equipe do hospital como pela equipe da família também. (...)” (ser cuidado 3)

Neste discurso o ser cuidado verbaliza o seu significado do toque. Para ele, as pessoas a sua volta cuidando, se preocupando, o entendendo no seu momento de viver faz com que se sinta tocado. Ao sentir-se rodeado pelas pessoas, familiares e cuidadores, sente a afetividade, que as pessoas se importam com ele, com sua recuperação e querem ajudá-lo a ficar bom. Esse sentir-se tocado, num ambiente diverso do seu, ajuda-o a querer melhorar e ir para casa.

Nesse sentido, para que o ser cuidado sinta-se tocado, o cuidador sensível procura conhecer seus sentimentos e entendê-lo no seu mundo. A fala a seguir ilustra esta afirmação:

“(…)muito sozinho, muito maltratado pela vida(...) ele contou bastante da vida dele para mim. Aquilo me tocou muito (...) Mas, para ele, parecia assim tão importante que eu me sentasse, que eu me aproximasse dele, que eu botasse a mão, que eu mostrasse que estava ali.” (cuidador 3)

Esta citação demonstra que o cuidador ao conhecer a vida, o mundo do ser cuidado, sente-se tocado pelo que ele está vivendo. Assim, no momento em que coloca-se no lugar do outro com sensibilidade, o cuidador compreende melhor o ser cuidado em suas necessidades de ser tocado, de estar junto com alguém .

Estar com alguém caracteriza o processo de cuidar: ao cuidar de outra pessoa podemos nos considerar como estando fundamentalmente com ela em seu mundo. Quando o outro está comigo “sinto que não estou só, sinto-me compreendido, não de maneira neutra, mas porque sinto que ele sabe o que é ser como eu sou”(Mayeroff 1971,p.59).

Deste modo, o sentir-se tocado pode ser compreendido na maneira como acontece o encontro de cuidado. Do relato a seguir desvela-se que durante o cuidado podemos tocar o ser cuidado de diversas formas.

“(...)conversando com uma pessoa tu podes chegar e tocar naquela pessoa. Tu podes chegar lá no eu daquela pessoa (...) Tu podes ter um gesto de carinho para a pessoa e está tocando a pessoa. Não necessariamente tu botares a mão na pessoa(...) também entra o toque da pessoa no que tu olhas, no que tu fazes, um gesto de carinho(...)”(cuidador 4)

Este cuidador compreende que o toque físico é uma das possibilidades de estar junto com o ser cuidado e, de que este entenda a sua intenção de cuidar. Mas pensa também que não podemos considerar somente o tocar o corpo do outro como uma forma de estar junto, mas também o movimento corporal, o olhar, os gestos denotam uma maneira de estar junto que é sentida pelo outro. No

momento em que o ser cuidado e o cuidador se encontram, entram numa sintonia, o cuidado é uma consequência.

A linguagem corporal, segundo Gonçalves (1997), que se expressa no olhar, no riso, na expressão dos lábios, nas mãos, na postura, enfim, em toda a presença do corpo, permite uma compreensão do outro de forma direta, sem intermediário do pensamento, uma apreensão do sentido de seu gesto e da expressão facial, de sua emoção e de seus sentimentos, de sua posição no mundo.

No toque como presença desvela-se outro subtema: *toque é olhar*.

5.1.7 *Toque é olhar*

Através do encontro de olhares sentimos o outro, suas alegrias, suas tristezas, suas angústias, seus medos. No cuidado, através do olhar, o cuidador toca o ser cuidado e, é tocado por ele. Ao cuidarmos o olhar nos é revelador, ele fala à nossa sensibilidade, é uma forma de presença ou de ausência. Um modo de falar em silêncio.

Olhar não é apenas dirigir os olhos para sentir o real fora de nós. É também sinônimo de cuidar, zelar, guardar, ações que trazem o outro para a esfera dos cuidados do sujeito. Este olhar é que sempre exprime e reconhece forças e estados internos, tanto no próprio sujeito, que deste modo se revela, quanto no outro, com o qual o sujeito mantém uma relação compreensiva. A compreensão do outro depende da leitura dos seus fenômenos expressivos dos quais, o olhar é o mais pleno de significações (Bosi, 1999).

O olhar, nesta investigação, desvelou-se como um dos significados do toque somente na percepção de cuidadores, não sendo relatado pelos seres cuidados. O discurso a seguir demonstra como o encontro do olhar pode ser desencadeado pelo toque:

“(...) que o toque quando tu encostas na pessoa, tu já direcionas o olhar dela(...)em geral, tocou, ele te olhou (...) então assim tu crias um canal de comunicação (...) tanto vindo dele quanto vindo de ti.”(cuidador 2)

Esta fala nos diz que o olhar, na visão do cuidador, é uma forma de se estabelecer a comunicação no momento do cuidado. Ao tocar o ser cuidado, o olhar acompanha este toque fundindo-se num mesmo movimento. E, através deste movimento, o cuidador observa o ser cuidado como nos diz o relato abaixo:

“(...) Essas coisas a gente nota, não só no tocar, mas oferecer uma comida na boca do paciente, por exemplo. Tu vêes que ele fica assim bem feliz. Ele não consegue falar mas tu notas na expressão dele, nos olhos dele. Que ele está te agradecendo por aquilo(...) parece que o olho fica brilhando, parece que a pessoa demonstra no olhar o que está sentindo: um brilho no olho, a expressão, o olho bem aberto te olhando como quem quer agradecer.”(cuidador 4)

Nesta situação vivenciada, o cuidador ao estar junto ao ser cuidado entende através do olhar sua fala silenciosa. Eles se tocam com o olhar, se entendem. É a conexão do silêncio que se estabelece e oportuniza ao cuidador sentir a alegria e o agradecimento do ser cuidado. A mudança no olhar, o brilho desperto toca o cuidador. Nessa perspectiva, o olhar no cuidado é importante para observarmos os gestos silenciosos do ser cuidado, para sentirmos o outro ser e para tocá-lo.

Durante o cuidado, o toque no corpo do outro é acompanhado do olhar atento do cuidador. Esta interpretação é confirmada por Noda, Poltronieri e Silva, R. (1995), que em estudo sobre a distância mantida entre cuidadores e seres cuidados observaram que, nas interações em que houve toque, este foi acompanhado de contato visual do ser cuidado.

Por outro lado, o toque pode não ser agradável, não ser aceito pelo ser cuidado. Nesta situação, os olhares não se encontram e a comunicação, criada no encontro silencioso de toque e olhar, não acontece. Esta interpretação desvela-se no seguinte discurso:

“Mas já teve sim pacientes que se retraíram, que não quiseram abrir espaço pra mim (...) ele não olha pra ti. (...) se retrai e olha para o lado. Ele fica mais, como se fosse um bichinho do mato, assim, com medo.”(cuidador 2)

Neste discurso observamos que embora o cuidador tenha tentado um contato com o ser cuidado, este demonstra, pela ausência do olhar, que não aceita o toque. Ao notar o medo e o retraimento expressos no desvio do olhar, o cuidador entende os limites para o seu tocar, ou seja, ao tentar estar com o outro compreende como ele está se sentindo e que, naquele momento, o toque é uma forma de não cuidado. O não olhar do ser cuidado toca a sensibilidade do cuidador.

O olhar pode ser uma força que penetra o ser olhado, ferindo-o, tolhendo a sua liberdade, esvaziando-o, tangendo-o para o nada. Olhar e ser olhado, atividade e passividade, exercem-se em um campo de força onde o

poder e o conhecer se fundam mutuamente. O outro é uma liberdade que pode invadir a minha (Bosi, 1999).

O toque como olhar também pode significar o toque para examinar, para identificar as respostas do ser cuidado aos danos causados pela doença e, para conhecer mais o corpo do ser cuidado. O relato a seguir ilustra esta afirmação do cuidador:

“Tu fazes o toque para várias coisas. Tu fazes o toque quando tu examinas ele [o ser cuidado] , quando tu olhas uma ferida operatória, quando tu olhas um corte, quando tu olhas uma lesão de pele (...) para testar se está com edema, se aumentou o edema, se diminuiu (...)” (cuidador 2)

Este discurso nos fala das situações de cuidado nas quais o tocar e o olhar avaliam a evolução de uma lesão, de uma incisão, da doença. Este olhar denota uma preocupação do cuidador com a cura do ser cuidado. Através do toque, do olhar, o cuidador examina e utiliza seus conhecimentos para avaliar as alterações no corpo do ser cuidado e pensar como realizará as ações de cuidado.

No seu espaço de cuidar, o cuidador olha, observa o tempo todo. Seus olhos são o principal instrumento que detecta e grava situações que acontecem na prática da enfermagem, para depois comparar e avaliar o cuidado (Figueiredo e Carvalho,1999).

No cuidado, o toque como presença desvela outro subtema: *toque é escutar*.

5.1.8 *Toque é escutar*

No toque como escuta o cuidador, ao tocar o ser cuidado com sensibilidade, ouve o discurso silencioso do seu corpo.

Ouvir não se reduz a uma simples captação de sons. Saber ouvir é se deixar escutar, modo de ser que viabiliza a compreensão do discurso, ou do que não está sendo dito. Logo, só quando se escuta se pode compreender. (Crossetti,1997).

A escuta silenciosa proporcionada pelo toque no encontro de cuidado acontece num compartilhar entre o cuidador e o ser cuidado. Através deste tocar o cuidador conhece melhor o outro, auxiliando-o nos momentos de angústia e apreensão. O discurso abaixo ilustra esta afirmação:

“(...)Peguei no braço direito, que era o braço que ele tinha tato. E ele agarrou a minha mão e não queria mais soltar(...) prá ele aquilo estava sendo importante. Naquele momento ele estava sozinho, estava sem familiar nenhum. E até eu fiquei mais tempo do que o meu normal naquele quarto porque aquele paciente estava me pedindo, da forma dele, ao invés dele falar ‘ Fica aqui comigo, aqui, estou sozinho!’ Não, ele agarrou a minha mão e não soltava. E eu falei para ele, que eu não ia fugir, que eu era enfermeira dele, que ia ficar todos os dias com ele, que não precisava se preocupar(...) Mas assim foi bonito porque ele me passou o que ele também estava sentindo”.(cuidador 2)

Desvela-se, nesta citação, que o cuidador escuta o toque do ser cuidado como um pedido de ajuda para que permaneça com ele, que alivie a sua solidão. Neste significado do toque como escuta, o cuidador através do toque, da fala, do olhar demonstra para o ser cuidado que está com ele, transmitindo-lhe segurança. O toque neste momento torna-se uma escuta compartilhada na qual cuidador e ser cuidado se compreendem através de um diálogo silencioso.

Esta interpretação vem ao encontro do que alude Silva, A.L. (1998) ao dizer que o estar presente no cuidado é expresso também no ouvir o outro, um ouvir atento e reflexivo. Um ouvir que pode possibilitar a descoberta do mundo do outro ser e, conseqüentemente uma maior compreensão do que acontece com ele. A manifestação a seguir exemplifica este pensamento:

“ Isso depende do paciente, depende da forma como ele aperta a minha mão. Às vezes dá para perceber que ele está assustado, que ele tá nervoso(...) Às vezes ele está transpirando. Ele não precisa nem dizer mais nada. Está com a mão fria, suada. Às vezes ele aperta com bastante força, tem outros que são mais relutantes(...) [a mão suando] Prá mim eu acho que paciente está ansioso(...) [a mão te apertando com força] (...) que ele tá precisando de mais segurança (...) [a mão] que só toca de leve, prá mim é uma coisa mais assustada, o paciente nem chega muito perto da gente(...)” (cuidador 1)

Esta fala demonstra a escuta do cuidador dos diversos toques em sua mão, das mensagens que o ser cuidado transmite no silêncio do contato. Para este sujeito, o toque entre as mãos não se limita a um simples cumprimento. É o momento em que o cuidador encontra, através da escuta pelo toque, uma maneira de diagnosticar uma ação de cuidado a ser realizada.

A escuta também pode revelar ao cuidador que o toque não está sendo aceito pelo ser cuidado.

“(...) normalmente quando tu sentes o toque tu relaxas. E tem pacientes que não, que se retraem, que puxam um pouco o braço, que disfarçam ou que tu ficas segurando na mão deles e a mão deles (...) fica boba (...) ou que eles estão fazendo de conta que tu não estás mexendo ali.”(cuidador 2)

Neste discurso desvela-se a sensibilidade do cuidador ao escutar que embora exista a sua intenção de tocar, de estar junto, o ser cuidado não aceita o

toque. Neste momento torna-se importante que o cuidador respeite o desejo do ser cuidado em não ser tocado. Através da presença sensível, o cuidador desvela o não verbalizado pelo ser cuidado através das reações que seu toque provoca.

No encontro de cuidado a cuidadora passa a ser a rearmonizadora de corpos, a jardineira preocupada com a recuperação e a promoção da vida. Esta concepção exige que se aprenda a ouvir, a ler as mensagens corporais e verbais, a ver o ser humano em sua totalidade, como corpo dinâmico em contínua construção (Polak, 1997).

A escuta emerge também como significado quando o cuidador reflete sobre o toque que realiza durante o cuidado. O relato a seguir ilustra esta afirmação:

“Eu comecei a pensar mais no toque no cuidado quando tu falaste que ias fazer um trabalho sobre o toque. Eu nunca tinha percebido o quanto eu tocava ou não tocava. (...) por que que eu toquei, por que que eu fiz(...)eu fazia, sempre fiz, mas não era uma coisa que me fazia pensar. Em relação a carinho, afeto, sim, mas da forma como eu passava isto não(...)comecei a me preocupar com os que eu não tocava. Por que eu não estava tocando (...) Até o seu [nome do ser cuidado] era um que eu percebi que não tocava muito. Então comecei a pensar por que e aí tentei, tentei de alguma forma começar a tocá-lo. Também porque ali era alguma coisa minha, interna minha que o deixava fora disto.”(cuidador 1)

Neste discurso o cuidador escuta o seu toque refletindo como o está realizando, qual a razão de tocar mais alguns seres cuidados que outros. Apesar de afirmar que o toque é uma ação de cuidado que sempre realiza, observa que toca diferentemente os seres que cuida. Neste sentido, durante a entrevista o cuidador já inicia um processo de escuta de si mesmo e de questionamento sobre a sua ação de tocar no cuidado. Ao refletir sobre o toque no encontro de cuidado

questiona sua prática, o que contribui para que modifique o seu cuidado, tornando-o mais consciente e humanizado.

A reflexão é um modo de ser do cuidador que o leva a desvelar novas maneiras de cuidar. Silva, A.L. (1998), argumenta que os cuidadores na busca de um saber fazer, se colocam face a face com os seres cuidados, para vivenciarem a razão maior de seu existir. Neste viver, o cuidado pode emergir com uma prática poderosa para a reflexão, com vistas a conscientização e transformação, que podem ser desenvolvidas no encontro de quem cuida e de quem é cuidado.

O toque-escuta também desvelou-se como uma necessidade do ser cuidado de que alguém o escute nos seus mais profundos sentimentos. A hospitalização muitas vezes prolongada, o estar num ambiente alheio ao seu meio familiar, leva-o a desejar que tenha alguém com quem dividir os seus sentimentos. Os discursos a seguir denotam esta necessidade do ser cuidado:

“As vezes a gente tenta mas a gente fala, um jeito da gente tentar para desabafar. Fala para a auxiliar, para a enfermeira, mas não do jeito que a gente que a gente, gostaria de estar falando. A gente fala meio deixando no ar(...). Mas mesmo assim fica martelando lá dentro. A gente não conseguiu falar do jeito que a gente queria(...) Eu tentei uma vez mas não me deixaram nem eu começar (a gaguejar) já pela própria situação e saíram na defesa. Então, daí deu para perceber que não tinha como(...)” (ser cuidado 1)

“(...) uma pessoa (...) com quem pudesse conversar diariamente (...)no hospital uma pessoa que provavelmente estivesse internada, tivesse todo dia, uma amizade, discutir alguma coisa. (...)Eu diria que [o toque] seria como se fosse, é uma conseqüência.” (ser cuidado 1)

Os discursos deste sujeito denotam a necessidade de ser escutado nas suas angústias, medos. Procura alguém com quem compartilhar este momento do

seu existir hospitalizado. Compreende-se de suas palavras o quanto muitas vezes o cuidador não escuta o silêncio, o oculto nas palavras e gestos do ser cuidado, ocasionando atitudes de não escuta, de não cuidado. O toque para este ser cuidado seria uma consequência da escuta, que denotaria um estar junto no encontro de cuidado.

5.2 Toque como ritual

A enfermagem como profissão realiza ações que fazem parte de um ritual diário no mundo do cuidar. Para Ferreira (1986), ritual refere-se a um conjunto de práticas consagradas pelo uso e/ou por normas, e que se deve observar de forma invariável em ocasiões determinadas; um cerimonial.

No mundo do cuidar em enfermagem, ritual é o fazer diário do cuidador, a rotina¹² na qual os movimentos vão acontecendo numa seqüência de corpo, mãos e instrumentos de cuidar. Este ritual, aprendido durante a formação acadêmica ou da vida profissional do cuidador, são técnicas ou procedimentos realizados no/com o ser cuidado, tais como verificar a pressão, puncionar uma veia, banhar, entre outros, momentos nos quais o toque com as mãos é necessário.

Neste enfoque, as mãos são os instrumentos pelos quais o cuidador executa um ritual de cuidado no corpo do ser cuidado, utilizando-se muitas vezes

¹² Rotina – nesta pesquisa entende-se como rotina todos os cuidados de enfermagem que são realizados seguindo uma norma estipulada pelo grupo de trabalho. São tarefas que o cuidador realiza diariamente.

de termômetros, pinças ou aparelhos para intermediar o toque no corpo do ser cuidado.

Oculto-se, neste movimento, todo um modo de ser do cuidador, um ritual próprio no encontro de cuidado.

Nesta perspectiva o toque como ritual desvelou-se nos subtemas: *toque é a essência da enfermagem, toque é uma ação técnica, toque é vivenciar o novo, toque é invasão do espaço pessoal, toque é constrangimento, toque é sentir dor, toque é contágio.*

5.2.1 *Toque é a essência da enfermagem*

No mundo do cuidar em enfermagem o toque faz parte das ações do cuidador. O toque é a essência da enfermagem nos diz que invariavelmente em algum momento do encontro de cuidado o contato entre o corpo do ser cuidado e do cuidador acontece. Muitas vezes este toque pode ser intermediado por instrumentos de cuidar como termômetros, luvas, pinças, aparelhos. Mas “sempre” haverá um momento no qual o cuidador, num ritual, se debruçará sobre o ser cuidado e lhe tocará.

Nesse sentido os discursos revelam o significado que os cuidadores dão ao toque no cotidiano de sua prática profissional:

“(...) eu acho que o toque é fundamental porque na tua profissão tudo o que tu vais fazer no paciente tu tens que tocar(...) para verificar a pressão, para trocar um curativo(...) (cuidador 4)

“(...) eu acreditava quando eu fiz a enfermagem que não tem como cuidar de alguém sem tocar nele (...) eu acho que a

enfermagem para mim é toque. É, sem ele é muito difícil(...)"(cuidador 2)

Estes sujeitos nos dizem que, na profissão do cuidado, a enfermagem, o toque é fundamental. Para eles, ser um cuidador de enfermagem envolve o toque das mãos em torno de um corpo que necessita cuidados. Assim, as mãos tornam-se símbolos do ritual de cuidado e, através delas, o toque acontece numa seqüência de movimentos do cuidador. Nessa perspectiva não tem como realizar ações de cuidado sem tocar.

Para Sales (1992), os procedimentos que envolvem cuidados de enfermagem possuem vínculos fortes com a comunicação tátil não sendo possível pensar em enfermagem sem o conhecimento da pele, o movimento das mãos, o toque.

Esta interpretação desvela-se também no discurso dos seres cuidados:

"(...) quando foi para a gente fazer a cirurgia, que fizeram a depilação, daí, tiveram que tocar, me tocar de novo (...) faz parte, como elas dizem, faz parte da profissão delas. Isso aí para elas é uma rotina. Eu fiquei tranquilo."(ser cuidado 2)

Este ser cuidado nos revela que, no seu entendimento, reconhecer que o toque faz parte da profissão do cuidador de enfermagem deixa-o mais tranquilo para aceitar uma depilação no seu corpo, um toque, pois entende que nesta situação ele é necessário pois faz parte da rotina do cuidado.

Nesse sentido, o fato do toque fazer parte da profissão e estar autorizado pela lei número 7.498 do exercício profissional (BRASIL,1987) permite

ao cuidador realizar os procedimentos¹³ no corpo do ser cuidado. Este fato associado à vontade do ser cuidado de curar-se pode levá-lo a uma condição de aceitação passiva do toque no seu corpo ou, por outro lado, possibilitar ao ser cuidado vencer suas inibições e deixar a ação de cuidado acontecer.

Tocar para cuidar é uma invasão que o cuidador tem autoridade legal para fazer. Embora o cuidador saiba disso, nem sempre esse tocar é aceito pelo ser cuidado. Às vezes ele não tem outra saída a não ser suportar o toque, porque precisa ser cuidado (Figueiredo et al.,1998).

O toque como ritual desvela outro subtema: *toque é uma ação técnica*.

5.2.2 *Toque é uma ação técnica*

O toque no encontro de cuidado é a realização de uma técnica, um procedimento que o cuidador realiza no ser cuidado e que faz parte do ritual de cuidado.

Bottorff e Morse (1994), identificaram o fazer tarefas como um dos padrões de atendimento de cuidadores de enfermagem, caracterizado por uma abordagem indiferente, apática ou de rotina, na qual o toque acontece através de pequenos contatos físicos para realizar atividades como por exemplo segurar o braço para verificar a pressão sangüínea do ser cuidado.

¹³ Procedimento – nesta pesquisa é ato do cuidador ao realizar um cuidado, uma técnica no corpo do ser cuidado. Por exemplo, verificar a pressão arterial, a temperatura, realizar um curativo, administrar uma medicação. É uma ação técnica.

Neste enfoque, o toque desvelou-se na compreensão dos cuidadores como um toque mecânico, ou seja, como uma tarefa a ser executada como nos diz este sujeito:

“(...) quando a gente traz um paciente da SR [sala de recuperação], quando tu vais passar para a cama, quando tu dás um auxílio. Tu seguras no paciente, ajuda ele a passar para a cama. Uma maneira de toque(...) é um toque mais mecânico, de tu pegares o paciente e botar na cama. Uma coisa mais mecânica que tu tens que fazer todos os dias. É uma coisa automatizada, que tu pegas o paciente e botas na cama.”(cuidador 4)

Neste relato o cuidador refere-se ao toque mecânico como aquele utilizado para auxiliar o ser cuidado, quando este não pode realizar uma ação sozinho. Este toque é uma rotina, ou seja, uma ação de cuidado realizada tantas vezes no dia-a-dia do cuidador que tornou-se uma ação robotizada, automática. Este, no momento em que toca o ser cuidado, não o vê como um ser singular, mas sim a tarefa a ser realizada é mais importante e, o encontro é marcado pela impessoalidade.

Na visão de Crossetti(1997) a rotina pode restringir o fazer profissional quando traz consigo a marca de um cuidar cartesiano, mecanizado, logo insensível e impessoal, em que tudo é igual para todos. Contudo, pode se tornar um utensílio para cuidadores e seres cuidados se for pensada existencialmente.

No estudo de Teixeira (1991) sobre a relação entre equipe de enfermagem e seres cuidados, o toque manifestou-se, na maioria das situações, de uma forma mecânica, não traduzindo nenhuma mensagem. Segundo esta

autora, nestas situações o toque foi superficial, sem direcionamento da atenção do cuidador para o ser cuidado.

O tocar para realizar uma ação técnica desvela-se também como a única forma de toque verbalizada por alguns sujeitos. Nas entrevistas os seres cuidados assim falaram das ocasiões em que seu corpo é tocado pelas mãos dos cuidadores:

“(...) [tocar] só nos procedimentos(...) digamos colocar um abocath, tirar uma temperatura, instalar um oxigênio. Fora isto, não”.(ser cuidado 1)

“(...) só tocam quando tem que pegar uma veia ou medir uma pressão. Do contrário, não.”(ser cuidado 2)

“(...) [tocar] só nas horas necessárias(...) Por exemplo, nas horas de fazer o curativo, quando me dão o remédio, quando vêm me aplicar uma injeção. Às vezes ajudar dar o banho”. (ser cuidado 4)

As narrativas acima descrevem a visão do ser cuidado sobre os momentos em que o cuidador toca seu corpo. Para eles o toque “somente” é realizado quando necessário, ou seja, para realizar um procedimento. Podemos depreender destes relatos duas interpretações: a primeira, que o ser cuidado acredita que só deve ser tocado nas horas necessárias, isto é, a permissão para tocar seu corpo seria somente para realizar procedimentos que ele não pode realizar sozinho. Na segunda, o ser cuidado observa que o cuidador toca-o somente quando realiza um procedimento de rotina, como verificar a pressão, realizar um curativo. Nesta visão, o toque para o cuidador e o ser cuidado tem como objetivo realizar um ritual de cuidado.

Este pensamento vem ao encontro da pesquisa realizada por Silva, M. (1991) sobre o toque e a distância entre cuidadores e seres cuidados

durante as consultas de enfermagem. Neste estudo, o toque aconteceu quando algum procedimento técnico estava sendo executado: no braço, para verificação da pressão arterial e temperatura, no abdome, para troca de curativo, na perna, para verificação de edemas e na mão direita para cumprimentar.

Esta interpretação nos é confirmada pelo relato do cuidador ao falar sobre as situações em que toca os seres cuidados:

“(...)quando vais fazer medicação, o banho, dar uma ajuda. Curativos, essas coisas que tens que tocar, tens que virar a pessoa(...) nessas situações assim, isto é, um procedimento”.
(cuidador 3)

Neste discurso o toque desvela-se para o cuidador como realizar um procedimento que o ser cuidado não pode fazer sozinho. O toque nesta situação está relacionado ao grau de dependência do ser cuidado, ou seja, o quanto ele pode ou não cuidar de si sem o auxílio do cuidador. Deste modo o cuidado com toque acontece quando fizer parte do ritual diário de cuidado. O mesmo cuidador reforça esta interpretação no seguinte relato:

“(...) não toquei nada nela. Não tocava também porque a medicação dela era tudo VO[via oral], o curativo dela fazia tudo com pinça e luva (...) banho, ela tomava sozinha, não tocava nela. Ela levantava da cama tudo” (cuidador 3)

Emerge desta fala o significado do tocar para auxiliar o ser cuidado, para realizar um procedimento. Este sujeito nos diz que à medida que o ser cuidado torna-se independente para realizar alguns cuidados no seu corpo o toque do cuidador não se faz necessário.

Neste relato desvela-se outro significado do toque: realizar o curativo no ser cuidado utilizando luvas, não é tocar. Embora luvas e pinças possam intermediar o toque no encontro de cuidado, para este cuidador, o toque no corpo do outro exige um contato entre as epidermes do ser cuidado com o cuidador sem o uso destes instrumentos de cuidar.

Figueiredo(1995), nos diz que talvez porque a prática de tocar pelo cuidador seja tão rotineira, ele não compreende o quanto este toque é fundamental podendo ou não causar bem-estar naquele que ele toca. Para esta autora o ato de cuidar é tão próximo do ato de tocar, que eles se confundem numa só ação, onde o corpo do cuidador é o instrumento desta ação, e não apenas aquele que faz um passo de um procedimento de cuidado. Esse tocar transmite calor, energia, sentimentos.

Nesta linha de pensamento desvela-se a diferença entre o toque para realizar uma ação técnica e o toque para realizar um carinho assim verbalizada por um dos sujeitos:

“(...) acho que existe diferença entre tu tocares para fazer carinho e tocares para fazer um procedimento (...) Procedimento não é um carinho, puncionar uma veia não é fazer um carinho (...) É um procedimento, é uma técnica. Pode até vir acompanhado de um carinho. Mas é uma técnica que tem que ser feita” (cuidador 1)

Deste discurso, emerge o toque como um cuidado que tem que ser realizado diferente do tocar para realizar um carinho. O ritual de cuidado desvela-se como um dever do cuidador que faz parte do seu cotidiano. Por outro lado, o

toque carinho é espontâneo, envolve estar com o outro no encontro de cuidado e pode acontecer associado ao ritual de cuidado.

Cuidar é estar com (tocar, falar); é a presença e tem um significado, enquanto que o procedimento é uma ação na qual o cuidado é uma parte integrante, indispensável também para o benefício do ser cuidado (Nunes, 1995).

No cuidado, o toque como ritual desvelou outro subtema: *toque é vivenciar o novo*.

5.2.3 *Toque é vivenciar o novo*

No mundo do cuidar em enfermagem cuidadores e seres cuidados vivenciam situações nas quais não sabem como agir, sentem receio, medo. Estas experiências desvelam significados diferentes para o cuidador e o ser cuidado.

Na perspectiva do ser cuidado o toque no seu corpo, por uma pessoa não íntima durante o cuidado, pode significar uma experiência nova, algo não vivido. Estar diante do desconhecido, do não habitual causa-lhe angústia. Os discursos dos seres cuidadores desvelam este significado:

“ É uma situação que acho que a pessoa nunca pensa em passar (...)duas enfermeiras dando banho, enfermeira me trocando. Nunca pensei que eu fosse depender de alguém para fazer uma coisa dessas(...)”.(ser cuidado 1)

“(...) É uma situação horrível ser depilado em certas partes do corpo(...) é difícil a gente pegar e compreender(...) para mim aquilo era uma coisa nova porque é a primeira vez que eu estou dentro de um hospital e entrando numa cirurgia. Nem sabia que para fazer uma cirurgia com eu fiz precisaria fazer a depilação que foi feita, então aquilo (...) foi uma coisa nova, uma experiência nova que eu tive.”(ser cuidado 2)

Dos discursos acima o mundo do toque emerge como um mundo novo para o ser cuidado, pois durante a hospitalização vê-se diante de situações que nunca pensou viver. Neste mundo, cuidadores realizam rituais de cuidado tocando seu corpo e causando-lhe uma sensação de desconforto, de medo diante do desconhecido, diante do novo.

Deste modo, embora o toque se configure como uma situação nunca experienciada, o ser cuidado aceita-o porque vislumbra a possibilidade de recuperar-se e sair da situação de hospitalização. Desta forma, o medo e a angústia impulsionam o ser cuidado a reconhecer outras possibilidades de ser na hospitalização. E, diante da possibilidade de curar-se, o toque torna-se aceitável e permitido.

A doença ocasiona um rompimento do modo de viver do ser cuidado no seu dia-a-dia, fazendo-o sentir-se como um estranho em um mundo que não lhe é familiar, e em condições tampouco por ele escolhidas. Portanto o ser cuidado vê-se desabrigado e desorientado na busca de respostas para a situação que se lhe apresenta e com a qual tem que conviver. Assim, assiste o desmoronar de seu cotidiano, o que lhe impõe um estado angustiante(Crossetti,1997).

Nessa situação, o ser cuidado se entrega com simplicidade e confiança a todo o ritual do cuidado. Desta forma, o ser cuidado tem seu corpo envolvido de tal sorte que, durante o tempo de tratamento, o seu corpo não é seu, está entregue às mãos dos outros, que detêm o saber das práticas ritualísticas e que prometem a cura e o alívio dos desconfortos pelo cuidado (Polak,1997).

Do toque como ritual desvela-se ainda no subtema: *toque é invasão do espaço pessoal*.

5.2.4 *Toque é invasão do espaço pessoal*

O corpo é considerado a casa, o templo de cada ser humano. Assim, este corpo ocupa um espaço no mundo com limites de proximidade na relação com as pessoas. Na hospitalização, durante o ritual de cuidado, o cuidador toca o corpo do ser cuidado invadindo o seu espaço pessoal, podendo causar desconforto e constrangimento ao tocar e ser tocado e, tornar-se uma invasão.

Para Silva, M. (1996), o espaço pessoal representa o quanto nosso corpo agüenta a proximidade de alguém, uma espécie de “bolha invisível” que existe ao redor do corpo de outra pessoa. Varia de acordo com o tipo de relação a ser mantida e não está, necessariamente, relacionado com a distância mantida pelo outro.

Assim podemos desvelar o toque como uma invasão deste espaço pessoal nos discursos a seguir:

“Me sentia invadido, sabe, perdendo a privacidade(...)ficava tapado só com um cobertor, me tiravam a roupa e tocavam a gente. A gente está sabendo que é médico, que é enfermeira, que é um profissional. Mas mesmo assim a gente começa a se achar muito estranho”(ser cuidado 1)

“Tem pacientes que parecem que não querem que tu entres no espaço deles e que o fato de tu entrares, tu estás te intrometendo(...).mas, já teve sim de eu tocar e eu não ter (...) continuado tocando porque pareceu que eu estava invadindo, tirando a privacidade da pessoa”.(cuidador 2)

Estes discursos demonstram como o espaço pessoal pode ser invadido durante um procedimento no qual o toque no corpo é necessário. Embora o ser cuidado permita que lhe toquem, sente-se muito estranho, invadido, perdendo o poder de decisão sobre seu corpo. Ao mesmo tempo mantém-se calado, não verbalizando o que a ação de ver seu corpo ser tocado, de um modo que não possa participar do ritual de cuidado, está lhe causando. Nestas situações, muitas vezes o cuidador compreende esta invasão ao observar as reações, não verbais, do ser cuidado e interrompe a sua ação de tocar.

Quando tocamos alguém, estamos invadindo seu espaço pessoal. Por isso é importante ficar atento aos sinais não-verbais que demonstram consentimento ou não do ser cuidado, em relação a essa invasão, como sua expressão facial, rigidez muscular, direção do olhar entre outros (Silva, M. 1996).

No estudo antropológico de Edwards (1998) sobre o uso do espaço e toque, os seres cuidados não relatam objeção de que os cuidadores entrem no seu espaço pessoal comentando que “este é o seu trabalho”, aceitam o toque porque estão hospitalizados e à medida que vão melhorando da sua doença, preferem fazer as coisas por eles mesmos.

Estes relatos demonstram a importância do cuidador dar-se conta de que embora o toque no corpo do ser cuidado tenha muitas vezes a intenção de estar junto, este pode não ser aceito. Neste sentido, o cuidador com sensibilidade nota esta invasão e toca com a consciência de que está entrando num templo, o corpo do outro, vivenciando comportamentos de respeito com o ser cuidado.

Este respeito, esta sensibilidade expressa-se na fala do cuidador:

“quando (...) vai tocar no paciente eu acho que a gente tem que pedir licença, tem que explicar o que a gente vai fazer. Que vai ter que tocar nele, que vai precisar, para fazer um curativo, uma coisa que é uma privacidade. Tu vais estar passando a mão na pessoa, não sabes se a pessoa, se a pessoa não gosta(...)” (cuidador 2)

Este discurso chama a atenção para o fato do cuidador pedir licença para entrar no espaço pessoal do ser cuidado. Ao tocar, ele tem consciência de que seu toque é uma invasão do corpo de outro ser, e que embora tenha permissão legal para tocar, o respeito ao outro faz parte do seu cuidar. Ao mesmo tempo explica a ação de cuidado que vai realizar reconhecendo, neste momento, o direito do ser cuidado de saber o que está sendo feito no seu corpo.

Godoy (1988), nos diz que o toque indesejado pode ser muito ameaçador e visto como uma invasão do espaço pessoal. A doença aparece como uma ameaça à segurança da pessoa, tornando-a menos tolerante a essa invasão. Recomenda que os cuidadores sejam sensíveis sobre este tocar e respeitem as necessidades de privacidade do ser cuidado.

Do toque como ritual emerge outro subtema: *toque é constrangimento*.

5.2.5 *Toque é constrangimento*

Durante a hospitalização o ser cuidado, enfrenta situações que o obrigam temporariamente a desnudar seu corpo. Nestas ocasiões o toque no corpo do ser cuidado pode desvelar-se como constrangimento, vergonha de ser tocado pelo cuidador, um ser estranho à sua intimidade corporal. A vergonha

relaciona-se com o pudor que para Ferreira(1986, p.1415) é um “sentimento de vergonha, de mal-estar gerado pelo que pode ferir a decência, a honestidade”.

No encontro de cuidado muitas vezes o cuidador, ao realizar procedimentos que necessitam o toque em regiões íntimas como os genitais, observa o ser cuidado constrangido, envergonhado. Os discursos a seguir ilustram este pensamento:

“No dia que eu saí da UTI, que eu me acordei na clínica em sedação (...) banho que deram era horrível, era uma situação vergonhosa. Geralmente eram mulheres”.(ser cuidado 1)

“Mas tem alguns que tem certos pudores quando tu vais fazer algum procedimento(...) colocar um uripen, de fazer uma higiene(...) O maior constrangimento de um paciente é fazer um enema. Tu notas que ele tem constrangimento.” (cuidador 4)

“(...) tu vêes que a pessoa fica envergonhada porque ela fica escapando e puxa aqui, puxa ali(...) Eu acho (...)que sentem vergonha(...) principalmente assim a situação de tu vais (...) uma senhora vai fazer uma tricotomia perineal. Elas ficam envergonhadas.” (cuidador 3)

Emerge claramente, destas citações, o constrangimento do ser cuidado quando o cuidador toca seu corpo nos cuidados em que há necessidade de expor os genitais. O ser cuidado ao ver seu corpo desnudado e tocado nestas regiões sente-se envergonhado pois, no senso comum, o toque nos genitais envolve um grau de intimidade entre quem toca e quem é tocado. O cuidador, por sua vez, entende este constrangimento e aceita-o como normal nesta situação de hospitalização. Ao reconhecer que o toque faz parte do ser cuidado em enfermagem, realiza o ritual de tocar em regiões íntimas com tranquilidade ao mesmo tempo que procura auxiliar o ser cuidado a sentir-se menos constrangido.

Neste momento, ele se vê no outro, o que demonstra sua sensibilidade e preocupa-se com a possibilidade do ser cuidado sentir-se constrangido, e tenta, através de seus gestos e palavras, deixá-lo mais confortável como nos fala este cuidador:

“Eu tento deixar ele [o ser cuidado] mais à vontade(...) tento deixar ele coberto para diminuir a vergonha dele. Explico para ele: ‘esse procedimento é um procedimento normal. Em qualquer paciente a gente vai ter que fazer isto(...) que na maior parte das cirurgias é necessário fazer o enema’. Explico todo o procedimento antes (...)”
(cuidador 4)

Nessa descrição o sujeito nos mostra que compreende os sentimentos do ser cuidado, a angústia não verbalizada, e tenta amenizá-la explicando-lhe o cuidado que está realizando. Ao mesmo tempo, o cuidador ao ter consciência da importância do procedimento que está executando na recuperação do ser cuidado, orienta-o sobre a finalidade de sua ação de cuidado. Assim, o ser cuidado ao ser esclarecido sobre o cuidado, sente-se mais tranqüilo e colabora com a ação.

Segundo Sales(1992), o contato tátil entre o cuidador e o ser cuidado requer um esclarecimento sobre os procedimentos que são realizados para que não ocorra constrangimento tanto por parte do cuidador como do ser cuidado.

Em investigações sobre o toque e a distância entre seres e cuidadores, (Noda, Poltrinieri e Silva,1995; Silva e Domingues,1997), os seres cuidados verbalizaram ter sentido algum tipo de constrangimento ou vergonha pelo toque em situações de cuidado como preparo pré-operatório, o banho de leito entre outras.

Esta situação de constrangimento é observada pelo cuidador, que nos discursos a relacionam com o sexo do ser cuidado. Nesta situação, quando o cuidador toca o corpo do ser cuidado do sexo oposto, sente a insegurança, o constrangimento expresso na linguagem silenciosa do ser cuidado. O discurso a seguir ilustra este significado:

“Eu não sei, talvez seja (...) pelo sexo. Por eu ser mulher e ele[ser cuidado] . De repente ele fica constrangido(...) Às vezes é uma questão de sexo”(cuidador 4)

O conteúdo deste discurso nos fala do constrangimento do ser cuidado, observado pela cuidadora, ao ser tocado pelo cuidador do sexo diferente ao seu. Este sentimento emerge pois culturalmente o toque em zonas íntimas envolve relações de afeto, amor e desejo.

Dessa forma, os papéis dos seres cuidados e dos cuidadores são definidos dentro de disposições culturais na qual o encontro acontece. Segundo pesquisa realizada por Edwards(1998) o pensamento do ser cuidado de que o cuidador deva ser uma mulher é preconcebido como uma extensão do seu papel de mulher ou mãe e conseqüentemente permite alguns toques íntimos como por exemplo, lavar a genitália.

Nesta investigação durante o cuidado, o toque como ritual desvelou-se também como: *toque é sentir dor*.

5.2.6 *Toque é sentir dor*

O toque pode causar dor no corpo do ser cuidado mesmo sendo para cuidar, despertando-lhe o medo de ser tocado. Nesta perspectiva, mesmo com a intenção de realizar um cuidado necessário, o toque do cuidador torna-se doloroso e uma fonte de sofrimento.

A dor causada pelo toque faz com que os seres cuidados sintam medo de ser tocados como nos diz o discurso a seguir.

“É, só depois que eu fiz a cirurgia da perna ali no primeiro curativo senti muita dor(...) onde me tocaram ali foi horrível. Era uma hora da madrugada quando eles foram fazer o curativo e eu sofri bastante. Foi o único dia que eu sofri bastante .”(ser cuidado 2)

Nesta fala o ser cuidado demonstra o sofrimento causado pelo toque do cuidador durante a realização de um ritual de cuidado, o curativo. Embora aceitando a realização deste cuidado, sentiu que sofreu muito e o toque foi desagradável, doloroso. Nesta situação a dor é mais um sofrimento, mais um motivo de angústia e medo para o ser cuidado, que encontra-se sensibilizado com a doença e a hospitalização.

Na mesma linha de pensamento podemos evidenciar que o toque como dor desvelou-se também no discurso do cuidador.

“(...)quando tu vais fazer um curativo que tu vais dar uma palpada, para sentir. Às vezes eles dão um grito de dor. Mas acho que isso é normal. O paciente refere que está com dor e diz: ‘pára um pouquinho que tá doendo’(...) eu digo: ‘agüenta só um pouquinho que é necessário sair esta secreção para o senhor ficar bem, poder ir para casa mais rápido’. Mas, se está doendo muito, eu paro.”(cuidador 4)

Desvela-se neste discurso que o cuidador reconhece que o seu toque pode causar sofrimento, dor. Acredita, neste ritual de cuidado, que a dor “é normal”, crença que o impulsiona a continuar tocando para realizar o curativo. Com esta ação o cuidador tem a intenção de que seu toque ajude a curar, mesmo reconhecendo que pode causar um sofrimento físico. Ao mesmo tempo identifica o momento de não tocar mais quando o ser cuidado verbaliza que não suporta mais a dor. Assim, o momento de interromper o cuidado muitas vezes é decidido pelo cuidador e não pelo ser cuidado que o aceita.

Segundo Polak (1997), durante o procedimento o ser cuidado assume a postura prescrita, a de receptor do cuidado. Essa atitude contém o medo, a ansiedade e, muitas vezes, a dor; aceita tudo, por entender ser esse o procedimento necessário ao seu processo de cura.

Do tocar no encontro de cuidado emerge outro subtema do toque como ritual: *toque é contágio*.

5.2.7 *Toque é contágio*

Na perspectiva do cuidador o toque desvela-se como o medo de tocar o corpo do ser cuidado nos encontros de cuidado em que há possibilidades de se contaminar, de ficar doente.

Nesta perspectiva as mãos são os instrumentos de toque e cuidado. As mãos que tocam para acariciar, para cuidar, para limpar, são mãos que se contaminam e que carregam consigo a doença. O cuidador ao tocar o corpo

contaminado por lesões ou sujo, vê-se diante da possibilidade do contágio como nos dizem os discursos a seguir.

“ (...) esses dias ela pediu para eu tocar em algumas lesões e eu estava sem luva (...) e toquei por cima da roupa dela, saí do quarto e fui correndo lavar a mão .”(cuidador 1)

“(...) ele era um paciente com escabiose, de difícil acesso, de péssimos hábitos de higiene, e aquilo deixa a gente um pouco com o pé atrás prá ficar encostando (...)” (cuidador 2)

Nestas narrativas desvela-se o medo do cuidador em tocar seres cuidados com maus hábitos de higiene, com lesões no corpo. O cuidador sente medo de que pelo toque no corpo do ser cuidado, possa contrair sua doença e vê, na lavagem das mãos ou no tocar com menos freqüência, possibilidades de não contrair a doença. A lavagem das mãos significa o estar, sentir-se limpo. E quais os significados atribuídos a este estar limpo ? Como afagar com o toque, um corpo que pode transmitir doença ? Estes questionamentos emergem do cuidar reflexivo quando o cuidador se dá conta de que não toca todos os seres cuidados da mesma forma.

O medo do contágio também é expresso na seguinte fala.

“(...) eu saía do quarto correndo para lavar as mãos. Era a primeira coisa que eu fazia, sabe(...) acho que eu ficava menos tempo do que com outro paciente normal tocando nele pelo medo de eu pegá escabiose e levar para minha casa .”(cuidador 2)

Desvela-se no discurso deste sujeito o medo de que o toque no corpo do ser cuidado possa lhe transmitir a doença “escabiose”, fazendo com que permaneça menos tempo ao seu lado. Neste sentido emerge deste significado um dos motivos para o cuidador tocar pouco no corpo do ser cuidado: o medo de

tocar pela possibilidade de contágio muitas vezes não expresso verbalmente, mas observado pelos seres cuidados.

O medo está ligado a um perigo concreto, é uma reação que se manifesta no ser humano em face de toda situação que parece ameaçar o seu ser e o torna incapaz de uma ação coerente para deter o perigo. O que teme possui caráter de ameaça, que está associada a um conjunto de fatos ou situações que podem levar a um dano, neste caso a doença (Crossetti,1997).

Pode-se dizer também que o medo do contágio denota que o cuidador identifica-se com o ser cuidado, ou seja, reconhece no outro a sua humanidade ao vislumbrar a sua possibilidade ou dos seus familiares de adoecer. Esta possibilidade torna o cuidador um ser autêntico que vê na doença uma facticidade¹⁴.

5.3 Toque como desejo

O desejo faz parte do existir, é uma possibilidade do ser estar no mundo. Ser humano é desejar algo que não possuímos e que nos faz sentir participante da vida. Nesta perspectiva o toque desperta nos seres humanos o desejo por sentir o carinho, a carícia do outro.

Para Freitas (1992), o desejo é um impulso espontâneo e consciente para um bem conhecido ou imaginado, capaz de satisfazer uma necessidade ou carência.

¹⁴ Facticidade – caráter próprio da condição humana pelo qual cada ser humano se encontra sempre já comprometido com um situação não escolhida (Ferreira,1986).

Na hospitalização o desejo se manifesta com uma necessidade do ser, da sua existência. A doença é uma facticidade, e o desejo está presente como um modo de expressão do existir do ser cuidado. Nesta situação, o ser cuidado deseja uma carícia no seu corpo, um contato de outro ser. Este sentimento pode ser interpretado como uma necessidade manifesta de sentir, ou seja, a doença não afeta essa possibilidade de ser, de desejar.

Neste estudo os seres cuidados se manifestaram sobre o significado do toque como desejo, relacionando-o como carícia, algo mais além de um contato profissional entre cuidador e ser cuidado.

“ (...)Segundo a minha experiência (...) eu acho que não há o porquê delas [cuidadoras] quererem tocar(gaguejos) a não ser que ela tenha alguma atração pela pessoa mas daí eu não vejo por que (...) Sei lá, para mim tocar, me fazer um carinho, coisa parecida. Então isso aí nunca aconteceu(...) de repente a pessoa pode sentir alguma atração e vir a acariciar além de prestar o serviço dela. Faz aquilo ali mas com aquela atração por aquela pessoa (...)”(ser cuidado 2)

Para este ser cuidado o toque além do tocar para realizar uma ação técnica teria um significado de uma carícia, de um afago. Neste sentido, a cuidadora o tocaria se sentisse alguma atração pelo ser cuidado, ou seja, se ela tivesse interesse nele como um homem por uma mulher. Para ele, o desejar está presente pois sente que pode despertar o desejo de afagar, de ser acariciado por uma cuidadora. Ao pensar nisto, sente-se conectado a sua vida antes da hospitalização, ao seu ser capaz de encontrar uma mulher e ter uma relação de afetividade.

Para Ferreira (1986) a carícia é uma manifestação física de afeto; afago, meiguice, carinho. Nesse sentido a carícia pressupõe o toque no corpo.

Segundo (Restrepo,1998, p.51):

“Para acariciar devemos contar com outro, com a disposição de seu corpo, com suas reações e desejos. A carícia é uma mão revestida de paciência que toca sem ferir e solta para permitir a mobilidade do ser com quem entramos em contato. Mão compassada que tenta reproduzir em seus movimentos a dinâmica caprichosa da vida. Mão que renuncia à posse e que aprende do outro num suave galanteio. A ambigüidade do agir humano sempre pendula entre a antipatia da alergia e a possibilidade de adentrar-se na pele do próximo que nos faz a carícia. (...) Ao acariciar o outro, fazemos nascer sua carne sob os dedos que deslizam sobre o corpo. A carícia é o conjunto de cerimônias que encarnam o outro”.

Podemos considerar que embora o desejo permeie as ações de cuidado dentro das instituições hospitalares, ainda é um tema pouco discutido. Muitas vezes cuidadores e seres cuidados desconhecem como agir frente ao desejo despertado pelo toque no encontro de cuidado. Talvez, por entenderem que nesta situação é permitido tocar todas as regiões do corpo e que este despertar do desejo é algo indecoroso e pecaminoso neste ambiente de cuidar.

É um despertar da sexualidade na qual cuidadores sentem-se constrangidos e não aceitam que o toque possa despertar o desejo. Esta interpretação é respaldada pela seguinte fala:

“(...) eu ia puncionar ele, quando eu via a mão dele estava subindo, se encostando, sabe, raspando em mim (...) ele comentou assim: quero uma foto tua de recordação(...) mas eu quero pelada(...) era um paciente abusado o tempo todo e a família estimulava isto. Esse paciente foi bem difícil para mim tratar com ele.”(cuidador 2)

Esta narrativa denota o desconforto da cuidadora causado pelo desejo despertado ao tocar no ser cuidado. Sente-se desconcertada, tornando-se uma situação difícil para a mesma tocá-lo, sabendo que desperta o desejo com o toque.

Todos os desejos nascem do sentimento, de uma carência e da ânsia irreprimível de possuir a vida em plenitude, ou seja, de ser feliz. Do ponto de vista da existência do ser, o desejo constitui traço característico da condição humana e vem mostrar que o conhecimento do ser humano supõe o conhecimento daquilo que nos seus desejos verdadeiramente exprime ou deseja (Freitas 1992).

Quem é acariciado não é, propriamente falando, tocado. Não é o aveludado ou a tepidez desta mão dada no contato, que a carícia procura. É a procura da carícia que constitui a sua essência, pelo fato da carícia não saber o que procura. Este “não saber”, este desordenamento fundamental é-lhe essencial. É como um jogo com algo que se esconde e um jogo absolutamente sem projeto, nem plano, não com aquilo que pode tornar-se nosso a nós, mas com qualquer coisa de outro, sempre outro, sempre inacessível, sempre por chegar. E a carícia é a espera deste fruto puro, sem conteúdo (Levinas, 1982).

Assim ao desvelar o fenômeno *toque* na percepção de cuidadores e seres cuidados apresenta-se a figura a seguir com o intuito de melhor compreensão dos significados desvelados.

*“Tudo toca na gente!
A gente está num ambiente fechado.
Tudo toca na gente!”(Ser cuidado 3)*

6 RELETINDO SOBRE O TOQUE NO ENCONTRO DE CUIDADO

Este capítulo é um convite aos leitores para compartilharem o meu vivido nesta investigação e as reflexões aqui apresentadas fazem parte do fenômeno desvelado. Neste momento me aproprio dos significados que os sujeitos deram ao toque no encontro de cuidado, compreendo a metáfora identificada na fase anterior e interpreto o seu significado.

A reflexão sobre os significados do toque desvelados foi, gradativamente, modificando minha maneira de ser e estar no mundo ao longo desta investigação. Este novo olhar sobre o mundo do cuidar despertou-me sentimentos de compaixão, amorosidade, inquietação e dúvidas que auxiliaram-me a refletir sobre minha prática como cuidadora. No convívio com os seres cuidados e com os cuidadores senti-me mais sensibilizada com este mundo do cuidar e aprendi a ser mais humilde, a me ver no outro, e a vislumbrar a finitude do meu existir.

Ao ser e estar no mundo de um modo particular e singular, aprendi a escutar mais. Refleti o quanto como cuidadora não ouvi, não compreendi detalhes essenciais neste mundo do cuidar em enfermagem. Ao compartilhar com os seres cuidados e cuidadores suas angústias, seus sofrimentos, seus medos, entendi a importância de ser uma cuidadora que escuta, afaga, toca e está junto com o outro ser. Deste modo, ao longo da investigação muitos questionamentos me foram respondidos mas, outros tantos emergiram e me fizeram sentir mais uma vez que o ser humano está sempre num contínuo descobrir de si e do mundo.

Nesta investigação, os significados do toque no encontro de cuidado se desvelaram nas perspectivas do cuidador e do ser cuidado. Alguns destes significados foram comuns a cuidadores e seres cuidados, ou seja, para ambos o toque no encontro de cuidado desvelou-se como: segurança, solicitude, carinho, sentir-se tocado pelo outro, escutar, fazer parte da essência da enfermagem, ação técnica, invasão do espaço pessoal, constrangimento, sentir dor e desejo.

O toque na visão dos seres cuidados desvelou-se como preocupação do cuidador ao tocá-lo no cuidado e também, como uma situação nova na qual se vêem tocados pelos cuidadores em regiões do corpo que não pensavam que seriam tocadas. Neste sentido, com a hospitalização, o toque nos seus corpos é algo novo que lhe desperta desejos, medos, angústias, dor e constrangimento.

Para o cuidador o toque emergiu como uma maneira de aproximar-se do ser cuidado para criar vínculo, conhecê-lo melhor ao conversar, ao observar seus gestos, seu modo de ser e cuidá-lo.

Na visão dos cuidadores o toque desvelou-se também como um modo de ser, de estar com o ser cuidado, expressos nos significados de toque é olhar, toque é escuta. Para o cuidador estar com o outro implica também em tocar e, sentir-se tocado pela sensibilidade do momento de encontro de cuidado, em que a sua presença é manifesta pelo olhar, pela escuta, outras formas de tocar sem um contato físico. Para estes sujeitos, o toque pode acontecer com menos frequência no encontro de cuidado diante do medo de contágio ao tocar o corpo do ser cuidado, ou seja, de também ficarem doentes ou de transmitirem esta doença a outras pessoas.

Assim, o desvelamento do fenômeno toque na percepção de cuidadores e seres cuidados, suscitou-me algumas reflexões sobre o mundo do cuidar que descrevo a seguir.

Os seres humanos estão no mundo. E, estando no mundo elegem uma maneira de viver, de existir conforme o exercício da sua liberdade. A possibilidade de tocar e deixar-se tocar é uma maneira de ser no mundo, e o toque, um existencial que pode estar posto na afetividade do ser humano demonstrada nas formas de preocupação, solicitude e no modo de relacionar-se com os outros.

Deste modo, o ser humano ao cuidar e ser cuidado toca e é tocado das mais diversas maneiras: com as mãos, com o olhar carinhoso, com a presença do outro, com a sua preocupação, com um abraço, com um sorriso, com um gesto brusco, com a impessoalidade do outro. E vai, ao longo dos encontros de cuidado, se permitindo ou não experienciar novas possibilidades de tocar e se deixar tocar. Possibilidades que emergem, no mundo do cuidar hospitalar, a partir do existir de cuidadores e de seres cuidados, num encontro de cuidado compartilhado ou não.

Neste mundo, o cuidador habituado a um ritual de cuidados diários, tem no hospital a sua casa, o lugar onde realiza o seu cuidado em enfermagem no qual o toque no corpo do ser cuidado faz parte da sua profissão. O seu projeto é o cuidar para aliviar o sofrimento do ser cuidado e auxiliar na sua recuperação. No convívio com a existência do ser cuidado vê no outro a sua própria possibilidade de finitude, valorizando muitas vezes o seu existir e o tocar para cuidar. A preocupação é uma constante no encontro de cuidado. O cuidador preocupa-se com a evolução da doença, acalentando o desejo de que as pessoas se

recuperem. Quando isto não acontece, sentem-se tristes e com uma sensação de impotência.

Por outro lado, o ser cuidado ao adentrar na instituição hospitalar, vê-se diante de uma situação nova na qual encontra-se, muitas vezes, na dependência do outro para fazer por ele o que não pode realizar sozinho. Neste momento, descortina-se um mundo novo, com rotinas, pessoas, diálogos e espaços físicos que não fazem parte do seu cotidiano. Assim, distante do aconchego familiar, o ser cuidado enfrenta a situação de ver seu corpo desnudado frente a pessoas que não conhece, cuidadores lhe tocam o corpo muitas vezes sem pedir licença, realizando procedimentos que lhe invadem a privacidade.

Durante a hospitalização, a preocupação maior do ser cuidado é recuperar-se da doença e assim, embora o toque lhe pareça uma invasão, um constrangimento um desconforto, ele o aceita passivamente. Esta esperança de curar-se é alimentada por mãos de cuidadores que os acariciam, aplicam-lhe medicações, fazem-lhe curativos, ajudam a banhar-se, lhe fazem enemas ou tricotomias.

Nesta situação, a iniciativa de tocar durante o cuidado institucionalizado é do cuidador que se aproxima e toca o ser cuidado, ou seja, o cuidador é o executor e o ser cuidado o receptor do toque. O cuidador toca nas mãos, nos cabelos, para fazer carinho, para consolar, ou para realizar um procedimento no ser cuidado. É a permissão que a lei do exercício profissional garante ao cuidador, reconhecida nos discursos dos seres cuidados que muitas vezes não desejam ser tocados. Durante este toque físico muitas vezes cuidador e ser cuidado enfrentam

situações de constrangimento no qual o seu espaço pessoal é invadido e o ser cuidado vê seu corpo sendo observado, examinado, desnudado e tocado pelos cuidadores.

Dessa forma, o toque muitas vezes acontece como um ritual do cuidado, característico da cotidianidade do mundo do cuidar, do cuidar tecnológico centrado na realização de tarefas ou no cumprimento de rotinas. Neste modo de ser, cuidador e ser cuidado tocam ou são tocados nos seus corpos sem se escutarem, sem sentirem o momento do encontro. O toque neste momento pode tornar-se mecanizado, retirando do ser cuidado a sua identidade como existência única e singular. Nesta situação, o toque faz parte de uma tarefa a ser realizada e priorizada em função do tempo disponível para cuidar, da intenção do cuidador de tocar e do ser cuidado de receber o toque.

Neste tocar para cuidar, os utensílios, instrumentos do cuidar como aparelhos de pressão, termômetros, pinças, entre tantos outros, desvelam-se como intermediários no toque. Através deles, as mãos, o corpo, o olhar, a audição se aguçam para cuidar e tocar o outro ser.

Nesse sentido pode-se dizer que o toque como ritual também pode acontecer associado ao toque-presença, momento do encontro no qual o cuidador realiza um procedimento no ser cuidado e ambos compartilham um existir. Nesta situação, o toque do cuidador transmite conhecimento, amorosidade e segurança ao ser cuidado.

Desse modo, estas existências, cuidador e ser cuidado, tão diversas e ao mesmo tempo tão iguais em sua humanidade, se encontram num momento de

cuidar, e o toque pode acontecer como uma forma de aproximação. Ao tocar, cria-se um vínculo com outro ser, entende-se o outro como parte da nossa existência e resgata-se a nossa humanidade ao ver-se no outro e florescer o desejo de ajudá-lo.

Nesta situação, o cuidador utiliza sua sensibilidade para conhecer o outro e tornar-se presente. Este toque-presença caracteriza-se por estar com o outro, tocá-lo, sentindo o que transmite seu corpo, seu olhar, sua expressão, sua fala. Neste tocar acontece um encontro de duas existências afetadas que pode manifestar-se pelo toque das mãos no corpo do ser cuidado, pelo encontro dos olhares, pela escuta, pela sua preocupação, pela presença física ao lado do outro, transmitindo segurança.

Neste encontro, o ser cuidado observa como o cuidador realiza o seu ritual diário, como toca seu corpo, como se movimenta, como adentra no seu espaço pessoal - o seu modo de ser cuidando. Assim, reconhece o cuidador que usa sua sensibilidade, seu conhecimento para cuidar, que preocupa-se com ele e o identifica pelo nome, pelo turno de trabalho, pelo seu modo de cuidar. Nesta situação de cuidado, o cuidador não é uma categoria profissional mas um ser humano reconhecido pela sua singularidade e seu modo de ser no mundo do cuidar.

Ao tocar com sensibilidade pode-se sentir o medo, a angústia, a dor, a alegria, a tristeza. O toque presença é uma forma de expressão humana, de relação do cuidador com o mundo que o circunda, e que pode significar, no encontro de cuidado, “eu estou aqui com você”, “eu o entendo na sua existência,

na sua angústia, nos seus medos, e você pode contar comigo”. Para o ser cuidado pode significar "eu necessito de auxílio, eu sinto que você se importa comigo, que posso confiar e me sentir seguro". Nesta perspectiva, acredita-se que somente quando o outro é tocado no seu ser, na sua essência, ocorre efetivamente uma inter-relação de troca, fundamental ao cuidar humanizado. O toque neste momento não é um ato das mãos, de partes isoladas de um corpo, mas sim representa a totalidade de um ser humano tocando outro ser.

No mundo do cuidar, o toque desvela-se também como desejo de tocar e ser tocado. Nesta perspectiva, o ser cuidado defronta-se com um mundo desconhecido e tenta resgatar a sua ligação com o mundo que deixou fora da instituição hospitalar através do desejo. O desejar torna-se presente ao ansiar por uma carícia, um aconchego, levando-o muitas vezes a transformar o cuidador em objeto de desejo. Alguns seres cuidados verbalizam este desejo; outros, calam esta vontade de sentir-se capaz de amar e ser amado, desejado. A possibilidade do ser acontecendo na hospitalização, não anula os desejos e as necessidades de afetividade.

Deste modo, o desejo faz parte da existência de seres humanos que convivem, embora velado nas falas, nos olhares, nos gestos de cuidadores e seres cuidados. Pode-se dizer que o cuidador, ao desnudar o outro para realizar um cuidado, tocando suas regiões íntimas, está se desnudando na medida em que se identifica com o ser que cuida. Portanto, cuidador e ser cuidado são seres humanos, sexuados, com desejos que fazem parte da sua existências e da sua humanidade.

Assim, acredito que esta investigação ao desvelar os significados do toque para cuidadores e seres cuidados pode contribuir no processo de reflexão e construção de uma enfermagem mais humanizada. Desta forma sinto-me responsável em colaborar com esta construção, realizando um trabalho, junto a cuidadores de enfermagem, que oportunize a reflexão sobre o toque que descrevo a seguir.

No ensino de cuidadores de enfermagem penso em transformar as aulas que já ministro sobre o toque em oficinas onde trabalharei, as vivências anteriores dos cuidadores sobre o toque, as diversas formas de toque, técnicas de tocar-se e tocar o ser cuidado utilizando como referencial teórico o cuidado humanizado. Na instituição hospitalar em que fiz esta investigação penso em realizar, junto aos cuidadores de enfermagem que assim o desejarem, encontros que propiciem este processo de reflexão sobre o tocar durante o cuidado. Para tanto pretendo utilizar nos encontros e nas oficinas a música, trabalhos com argila, colagens, desenhos, entre outros recursos de sensibilização.

Sugiro também que o toque seja incluído como conteúdo teórico nos currículos das instituições de formação dos profissionais de enfermagem, oportunizando momentos de reflexão que visem a contribuir para ações de cuidado mais humanizadas. De um modo geral as escolas ainda investem muito no conhecer e pouco no vivenciar, práticas essenciais na formação de cuidadores de enfermagem mais conscientes e amorosos. Penso que o toque é uma dimensão importante a ser explorada no aprofundamento das questões

existenciais do ser humano e que os significados do toque desvelados nesta investigação podem contribuir para estes momentos reflexivos e de aprendizado.

Penso também em divulgar esta investigação a outros cuidadores de enfermagem através de publicações e durante as oficinas. Ao mesmo tempo pretendo continuar com projetos de pesquisa que contemplem o toque durante o cuidado de enfermagem. Inicialmente, pretendo realizar um projeto de operacionalização das oficinas sobre o toque e, na etapa seguinte investigar junto aos cuidadores e seres cuidados o resultado destas oficinas no encontro de cuidado.

Espero que dessa forma possa contribuir para o conhecimento substantivo em enfermagem, tornando o cuidado mais humanizado e despertando os cuidadores para a alegria de cuidar com sensibilidade.

Cabe ressaltar também que estas reflexões aqui apresentadas não esgotam as possibilidades dos significados sobre o toque no encontro de cuidado. Ao final desta investigação, muitos questionamentos continuam a acompanhar-me.

Será que compartilhamos nossas vidas com os seres cuidados de modo que eles nos sintam como seres humanos, ou simplesmente nos ocultamos num uniforme, que nos protege da nossa fragilidade, da nossa angústia pelo sofrimento do outro e pela nossa possibilidade de adoecer e morrer? Por que não abraçamos e beijamos mais os seres cuidados? Invadimos o espaço do outro, o

seu corpo, os seus pertences e será que permitimos que o ser cuidado adentre no nosso espaço?

Delimitamos espaços, como por exemplo o posto de enfermagem, nos quais os seres cuidados não podem entrar e tocar em nome de uma regra institucional, mas o invadimos ao adentrarmos nos seus quartos e ao tocá-los sem permissão. Tocamos o corpo do outro ser, em suas partes íntimas, o desnudamos em nome de uma profissão e de uma promessa velada de recuperação que muitas vezes não acontece.

Neste contexto como cuidadores a cada encontro de cuidado perguntamos - Como está, tem dor? E tocamos o corpo do ser cuidado para verificarmos como está evoluindo a cicatrização de uma ferida. Será que estes comportamentos não fazem com que institucionalizemos a doença como atriz principal do cuidado em detrimento do ser humano como totalidade?

Se o toque é algo que vem com o fazer, e o modo de ser de cada um, será que as pessoas estão despertas para ele, que possuem a consciência de que ele existe? Será que quando tocamos compreendemos as nossas reações e as reações dos outros? Será que não notamos o toque porque não olhamos o nosso próprio corpo?

Será que o despertar da afetividade pelo toque no outro não nos sensibiliza mais para aceitarmos melhor a partida dos seres cuidados e, auxiliarmos mais seus familiares a enfrentar esta fase de sua vida?

A reflexão sobre o toque é fundamental na formação de seres humanos mais afetivos, piedosos, carinhosos e cuidadores. Acredito que talvez o

toque com sensibilidade nos faça redescobrir a nossa humanidade como cuidadores, perdida em meio a rotinas, procedimentos, aparelhos e rituais de esquecimento da nossa afetividade. Talvez se nos olharmos e tocarmos mais o ser que cuidamos e, nos deixarmos cuidar e tocar por eles, possamos despertar a afetividade em nossos corações e tornar o cuidado mais humanizado, ajudando-nos e auxiliando outros seres a viver e partir com mais tranquilidade.

“O encontro de cuidado é uma possibilidade de aprendizado, de nos olharmos, de refletirmos sobre o nosso modo de ser como cuidadores de enfermagem. Se, ao olharmos o outro nos enxergarmos, estaremos despertando a nossa amorosidade e a do ser que estamos cuidando. O toque faz parte da existência do ser humano assim como o cuidado, pois tocar é cuidar !” (Míriam Buógo)

ABSTRACT

The present work describes a qualitative investigation taking a phenomenological approach whose objective was to understand the meaning of physical touch in caretaking encounters, both from the point of view of nursing caretakers and of the persons receiving care. An investigation was carried out with four caretakers and four persons receiving care in an inpatient unit at a teaching hospital in Porto Alegre, Brazil. Information was collected using a semi-structured interview as proposed by Triviños (1987). The hermeneutic approach proposed by Ricouer (1990) as well as the steps proposed by Motta (1997) and Crossetti (1997) were used to analyze the data and to unravel the phenomenon of touch. The analysis of touch in the caretaking encounters revealed three broad themes: *touch as presence*, *touch as ritual*, and *touch as desire*. Several subthemes emerged from the theme *touch as presence*: touching is attachment; touching is safety; touching is concern; touching is solicitude; touching is caring; touching is feeling touched by others; touching is seeing; touching is listening. From *touch as a ritual*, the following subthemes emerged: touching is nursing; touching is a technical action; touching is experiencing something new; touching is invading private space; touching is embarrassment, touching is (feeling) pain, touching is contagion. No subthemes emerged from the theme *touch as desire*. Touch was shown to be a construct in the nursing caretaking encounter, since to *touch is to care*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ARRUDA, E.N. A pesquisa como instrumento de qualificação no processo de cuidar: a experiência do grupo cuidando e confortando – UFSC. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM,50, 1998, Salvador. **Anais...** Bahia: ABEN,1999.
- 2 ARRUDA, E.N.; NUNES,A.M.P. Conforto em enfermagem: uma análise teórico-conceitual. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7.n.2, p.93-110, maio/ago.1998.
- 3 BARBOSA,J.C.B. **Compreendendo o ser renal crônico**. Ribeirão Preto: USP,1993. Dissertação (Mestrado) – Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1993.
- 4 BONADIO, I.C.; MATEUS, M.C.C. Conhecimento e uso do toque pelas enfermeiras de unidades de internação de adultos. In: ENF TEC, 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1994.
- 5 BORTOFF, J.L.;MORSE, J.M. Identifying types of attending: patterns of nurse work. **Image J. Nurs. Sch**, v.26, n.1, p.53-60, Spring,1994.
- 6 BOSI, A. Fenomenologia do olhar. In: NOVAES,A. et al. **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras,1999. p.65-87.
- 7 BRASIL. Lei n 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A nova lei do exercício profissional da Enfermagem**. Brasília,1987. p.20-23.
- 8 CACCAVO,P.V. A arte da enfermagem: efêmera, graciosa e perene. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis,v.6,n.3,p.9-28,set./dez.1997.
- 9 CASTRO,D.S. **Experiência de pacientes internados em unidades de terapia intensiva – análise fenomenológica**. Ribeirão Preto: USP,1990. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1990.
- 10 COLLIÈRE,M.F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses,1989.

- 11 CROSSETTI, M.G.O. **Processo de cuidar**: uma aproximação existencial na enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- 12 EDWARDS, S.C. Na antropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. **Journal of Advanced Nursing**, v.28, n.4, p.809-817, 1998.
- 13 FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova fonteira, 1986.
- 14 FIGUEIREDO, N.M.A.; CARVALHO, V. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
- 15 FIGUEIREDO, N.M.A. O sentido dos sentidos do corpo da enfermeira no ato de cuidar: o que é e o que não é subjetivo nesta ação: representações de enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.3-9, maio 1995.
- 16 FIGUEREDO, N.M.A. et al. A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. (Orgs). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap.8, p.137-167.
- 17 FRANK, D. **Heidegger e o problema do espaço**. Lisboa: Instituto Piaget, 1987.
- 18 FREITAS, M.C. **Logos**: enciclopédia luso-brasileira de filosofia. Lisboa: Editorial Verbo, 1992. v 1, p.1345.
- 19 GARCIA, R.R. **Heidegger y la crisis de la epoca moderna**. Madrid: Ediciones Pedagógicas, 1994.
- 20 GODOY, A.N. **O toque como parte da ação no processo de relacionamento enfermeiro-cliente**. Rio de Janeiro: UNI-RIO, 1988. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro, 1988.
- 21 GOMES, G.R.; FLORES, G.F.; JIMÉNEZ, E.G. **Metodologia de la investigacion cualitativa**. Málaga: Ediciones Aljibe, 1996.
- 22 GONÇALVES, M.A.S. **Sentir, pensar, agir- corporiedade e educação**. 2 ed. Campinas: Papyrus, 1997.

- 23 HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. Jorge Zahar Ed., 1998. Parte I.
- 24 _____. **Todos nós ninguém**: um enfoque fenomenológico. São Paulo: Moraes, 1981
- 25 LEVINAS, E. **Ética e infinito**. Lisboa: Edições 70, 1982.
- 26 LOPES, R.L.M.; RODRIGUES, B.M.R.D.; DAMASCENO, M.M.C. Fenomenologia e a pesquisa em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.49-52, maio 1995.
- 27 MARCONDES, Danilo. **Iniciação à história da filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- 28 MARQUES, C.D.; DARIO, M.L. Linguagem e hermenêutica. **Revista Reflexão**, Campinas, n. 53/54, p.121-125, maio./dez.1992.
- 29 MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.
- 30 MORUJÃO, A.F. In: **Logos**: enciclopédia luso-brasileira de filosofia. Lisboa: Editorial verbo, 1992. V. 2, p. 390-395.
- 31 MOTTA, M.G.C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família, hospital**: uma visão fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: UFSC, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- 32 NODA, K.S.; POLTRONIERI, M.J.A.; SILVA, M.J.P. Análise dos fatores proxêmicos em situação de pós-operatório. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 2, 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995.
- 33 NUNES, D.M. **Linguagem do cuidado**. São Paulo: UNIFESP, 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, 1995.
- 35 PALMER, R.E. **Hermenêutica**: o saber da filosofia. Lisboa: Edições 70, 1969.
- 36 PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. **Humanistic nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.
- 37 POLAK, Y.N.S.P. **A corporiedade como resgate humano na enfermagem**. Pelotas: Editora Universitária, 1997.

- 38 RESTREPO,L.C. **O direito à ternura**. Petrópolis: Vozes,1998.
- 39 RICOEUR,P. **Teoria da interpretação** – o discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70,1976.
- 40 _____.**O conflito das interpretações**: ensaios de hermenêutica. Rio de Janeiro: Imago,1978.
- 41 _____.**Interpretações e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves,1990.
- 42 RODRIGUES,R.A.P. et al. Percepção do idoso asilado sobre o toque. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM,6,1998, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto,1998.
- 43 SALES,I.S.S. **A comunicação tátil na percepção do enfermeiro à luz de Merleau Ponty**. Rio de Janeiro:UNI-RIO,1992. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto,1992.
- 44 SILVA, A.L.. O cuidado no encontro de quem cuida e quem é cuidado. In: MEYER,D.E.;WALDOW,V.R.;LOPES.M.J.M.(Orgs).**Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas,1998. Cap.11, p.195-241.
- 45 SILVA,A.T. **Sentido dos existenciais para Heidegger**. São Paulo:PUC,1991. Tese(Mestrado) - Departamento de psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,1991.
- 46 SILVA, M.J.P. O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo,v.25,n.23,p.309-18,dez.1991.
- 47 _____.**Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente,1996.
- 48 SILVA ,M.J.P.; DOMINGUES,J.O toque – percepção de idosos hospitalizados. **Revista Texto &Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6,n.2, p.291-299, mai./ago.1997.
- 49 SILVA, M.J.P.; STEFANELLI, M. C. Percepções sobre o toque enfermeira e paciente : visão dos alunos de graduação em enfermagem. **Revista Escola Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.28,n.3, p.270-80, dez.1994.
- 50 SILVA,R.M.C.R.A. O corpo como veículo da relação entre a enfermeira e o cliente. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.3,n.1, p.37-42, maio 1995.

- 51 SILVA,U.R.; LORETO, M.L.S. **Elementos de estética**. Pelotas: EDUCAT,1995.
- 52 SPANOUDIS,S. Apresentação In: HEIDEGGER, Martin. **Todos nós ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. São Paulo: Moraes,1981.
- 53 TEIXEIRA, M. E. M. **Relação terapêutica entre a equipe de enfermagem e o paciente submetidos a cirurgias de pequeno, médio e grande portes**. Rio de Janeiro: UFRJ,1991. Dissertação(Mestrado em enfermagem). Escola Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1991.
- 54 TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas,1987.
- 55 TROMBETA,L.C.**Ricouer e a hermenêutica: uma teoria do texto**. Porto Alegre: PUCRS,1996. Dissertação (Mestrado). Instituto de Filosofia Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul,1996.
- 56 VIANA,A.C. Paul Ricouer e a hermenêutica. Porto Alegre: **Letras de Hoje**, v.13, n.39, p.19-28, março,1980.
- 57 VIETTA,E.P. Configuração triática, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórico-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3,n.1, p.31-43,1995.
- 58 WALDOW,V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato,1998.
- 59 WATSON, J. **Nursing human science and human care: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing press,1988.

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O SER CUIDADO

- Poderias me falar de sua experiência de tocar e ser tocado quando o Sr(a) é cuidado(a) pela equipe de enfermagem ?
- Como o Sr(a) se sente ao tocar e ser tocado ?
- O que mais o Sr(a) gostaria de dizer ?

ANEXO B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O CUIDADOR

- Poderias me falar de sua experiência de tocar e ser tocado durante o cuidado com o paciente ?
- Como você se sente ao tocar e ser tocado ?
- O que mais você gostaria de dizer ?

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (cuidadores)

Ao assinar este documento, estou consentindo em ser entrevistado pela enfermeira-pesquisadora Míriam Buógo, autora de uma investigação que tem por objetivo conhecer o significado do toque no cuidado de enfermagem. Este estudo servirá para o maior conhecimento da prática de enfermagem, bem como para fornecer subsídios para reorientar o cuidado de enfermagem.

Atesto que fui orientado pela pesquisadora sobre os seguintes aspectos:

- 1.Minha participação é voluntária, não sendo obrigado a responder às questões, bem como poderei interromper a entrevista assim que o desejar.
2. A entrevista poderá ser gravada ou, caso contrário, anotada na íntegra.
- 3.Os dados da entrevista serão sigilosos, não serei identificado(a), tendo assegurado meu anonimato. Estes dados não influenciarão na minha avaliação de desempenho.
- 4.Participarei do estudo sem qualquer ônus financeiro para mim ou para a pesquisadora.
- 5.Caso necessite de algum esclarecimento sobre minha participação no estudo ou desejar acrescentar informações à entrevista fornecida poderei contatar com a pesquisadora responsável pelo projeto, Míriam Buógo, pelo telefone (51) 337 42-51.

Estou ciente de que minha contribuição será de extrema importância para o desenvolvimento da enfermagem, pois auxiliará na descoberta de elementos que colaborarão para um cuidado de enfermagem mais pessoal e humanizado.

Cuidador

Data: _____

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (pacientes)

Ao assinar este documento, estou consentindo em ser entrevistado pela enfermeira-pesquisadora Míriam Buógo, autora de uma pesquisa que tem por objetivo conhecer o significado do toque no cuidado de enfermagem. Este estudo servirá para o maior conhecimento da prática de enfermagem, bem como fornecer subsídios para reorientar o cuidado de enfermagem.

Atesto que fui orientado pela pesquisadora sobre os seguintes aspectos:

- 1.Minha participação é voluntária, não sendo obrigado a responder as questões, bem como poderei interromper a entrevista assim que o desejar.
2. A entrevista será gravada na íntegra.
- 3.Os dados da entrevista serão sigilosos, não serei identificado(a), tendo assegurado, assim, meu anonimato. Estes dados não influenciarão no cuidado prestado a minha pessoa durante a internação.
- 4.Participarei do estudo sem qualquer ônus financeiro para mim ou para a pesquisadora.
- 5.Caso necessite de algum esclarecimento sobre minha participação no estudo ou desejar acrescentar informações à entrevista fornecida poderei contatar com a pesquisadora responsável pelo projeto, Míriam Buógo, pelo telefone (51) 337 42-51.

Estou ciente de que minha contribuição será de extrema importância para o desenvolvimento da enfermagem, pois auxiliará na descoberta de elementos que colaborarão para um cuidado de enfermagem mais pessoal e humanizado.

Entrevistado

Data: _____

