

Laís Carvalho de Sá

# ABORDAGEM TRANSPESSOAL na ASSISTÊNCIA À SAÚDE ao USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS



**AYA EDITORA**

**2024**

**Laís Carvalho de Sá**

# **Abordagem Transpessoal na Assistência à Saúde ao Usuário de Substâncias Psicoativas**

**Ponta Grossa  
2024**

## **Direção Editorial**

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

## **Autora**

Laís Carvalho de Sá

## **Capa**

AYA Editora©

## **Revisão**

A Autora

## **Executiva de Negócios**

Ana Lucia Ribeiro Soares

## **Produção Editorial**

AYA Editora©

## **Imagens de Capa**

br.freepik.com

## **Área do Conhecimento**

Ciências da Saúde

# **Conselho Editorial**

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

*Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí*

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

*Centro Universitário Santa Amélia*

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

*Universidade Estadual de Londrina*

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

*Faculdade Sagrada Família*

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

*Instituto Federal do Amapá*

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

*Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP*

Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva

*Centro Universitário FACEX*

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria de Genaro Chirolí

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

*Universidade Federal de Sergipe*

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

*Universidade do Estado de Minas Gerais*

Prof.ª Ma. Denise Pereira

*Faculdade Sudoeste – FASU*

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

*Universidade Federal do Paraná*

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

*Universidade Federal do Amapá*

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

*Universidade Estadual de Londrina*

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

*Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença*

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

*Universidade Federal de Sergipe*

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

*Universidade de Santa Cruz do Sul*

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

*Faculdade Sagrada Família*

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

*Faculdade Santa Helena*

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

*Universidade Federal de Roraima*

Prof.º Me. Jorge Soistak

*Faculdade Sagrada Família*

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

*Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara*

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

*Universidade Federal do Paraná*

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

*Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais*

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

*Faculdade Santana*

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

*Universidade Federal Rural de Pernambuco*

**Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues**

*Universidade Norte do Paraná*

**Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa**

*Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP*

**Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes**

*Universidade Estadual do Centro-Oeste*

**Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch**

*Faculdade Sagrada Família*

**Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda**

*Universidade Estadual de Ponta Grossa*

**Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes**

*Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus  
Parauapebas*

**Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani**

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

**Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira**

*Instituto Federal do Acre*

**Prof.ª Dr.ª Rosângela de França Bail**

*Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais*

**Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens**

*Faculdade Sagrada Família*

**Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares**

*Universidade Federal do Piauí*

**Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros**

**Rodrigues**

*Faculdade Sagrada Família*

**Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia**

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

**Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda**

**Santos**

*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

**Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues**

*Instituto Federal de Santa Catarina*

© 2024 - **AYA Editora** - O conteúdo deste livro foi enviado pela autora para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva da autora. A autora detém total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente a sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro devem ser direcionados exclusivamente à autora.

---

S1111 Sá, Laís Carvalho de

Abordagem transpessoal na assistência à saúde ao usuário de substâncias psicoativas [recurso eletrônico]. / Laís Carvalho de Sá. -- Ponta Grossa: Aya, 2024. 35 p.

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-510-5

DOI: 10.47573/aya.5379.1.266

1. Viciados em drogas - Reabilitação - Brasil. 2. Viciados em drogas - Serviços para - Brasil. 3. Abuso de substâncias - Tratamento - Brasil. I. Título

CDD: 362.29019

---

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

---

**International Scientific Journals Publicações  
de Periódicos e Editora LTDA**

**AYA Editora©**

**CNPJ:** 36.140.631/0001-53

**Fone:** +55 42 3086-3131

**WhatsApp:** +55 42 99906-0630

**E-mail:** contato@ayaeditora.com.br

**Site:** <https://ayaeditora.com.br>

**Endereço:** Rua João Rabello Coutinho, 557  
Ponta Grossa - Paraná - Brasil  
84.071-150

# SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>7</b>
<b>FUNDAMENTAÇÃO ESTRUTURAL, CONCEITUAL E PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS DA TEORIA TRANSPESSOAL.....</b>	<b>10</b>
<b>O CUIDAR HUMANIZADO FRENTE AOS USUÁRIOS DE CRACK NA PERSPECTIVA DE WATSON.....</b>	<b>16</b>
<b>SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDAR À LUZ DA TEORIA TRANSPESSOAL .....</b>	<b>23</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ATIVIDADE DE REFLEXÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>SOBRE A AUTORA .....</b>	<b>30</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>31</b>

# CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O enfrentamento do consumo de substâncias psicoativas constitui uma demanda mundial, o Relatório Mundial sobre Drogas 2009, publicado pelas Nações Unidas, estima que entre 172 e 250 milhões de pessoas fizeram uso de drogas ilícitas uma única vez durante o ano de 2007. E no mesmo ano estimaram-se entre 18 e 38 milhões usuários dependentes, com idade de 15-64 anos (UNODC, 2009).

Dentre as mais diversas drogas existentes, destaca-se o *crack* visto sua larga distribuição geográfica, enorme número de usuários, em praticamente todos os países do mundo e o alto poder de dependência física e psicológica que ele causa devido à estimulação do Sistema Nervoso Central (SNC) (Brasil, 2007; 2009). O *crack*, reputado como uma nova droga é apenas um novo jeito de preparar e usar a cocaína. Tornando popular nos meados da década de 1990, ele é denominado “pedra” pelos usuários brasileiros e consumido por via oral (fumado em cachimbo) (CEBRID, 2007).

Estima-se que essa droga seja consumida por 0,3% da população mundial e que a maior parte desses indivíduos, cerca de 70%, concentra-se nas Américas (UNODC, 2009). No Brasil, em 2003 tal consumo atingiu, 8,6% das crianças e adolescentes (9 a 18 anos) em situação de rua e em 2005, 0,7% da população geral (Carlini *et al.*, 2004; CEBRID, 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a sua prevalência já atinja cerca de 26% da população mundial dos centros urbanos (Brasil, 2009).

O uso alastrado do *crack* relaciona-se a vários fatores que levaram a uma intensa mudança, tanto na oferta quanto na procura. De um lado, o controle mundial repressivo sobre os insumos químicos necessários a sua produção – como éter e acetona – leva os produtores a baratear cada vez mais sua fabricação, com a utilização indiscriminada de outros ingredientes altamente impuros como gasolina, querosene e até água de bateria. Tornando-se a produção mais barata, sua venda será mais rentável. Por outro lado, o *crack* representa para a população usuária de drogas um tipo de cocaína acessível, pois vendido em pedras, oferece efeitos rápidos e intensos. Além da modificação nas formas do uso,

com a substituição dos farelos pelas pedras, sem o inconveniente uso de agulhas. Porém, a desejada intoxicação proporcionada pelo *crack* provoca efeitos de pouca duração, o que leva o usuário a um ciclo ininterrupto de uso (Oliveira; NAPPO, 2008; Brasil, 2004; Brasil, 2009).

Desse modo, diante da magnitude dos dados apresentados percebe-se que o *crack* vem se firmando como um entorpecente com uma relação custo-benefício rentável ao usuário, tomando proporções cada vez maiores no Brasil. Foi a partir da criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 1998 e a Política Nacional Antidrogas (PNAD) em 2002, que o uso de *crack* foi reconhecido como um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da construção coletiva de seu enfrentamento (Brasil, 2004; Brasil, 2010).

Como acontece em todo uso de drogas, o usuário de *crack* enfrenta problemas de ordem física, psicológica, social e legal. Ocorrem graves perdas nos vínculos familiares, nos espaços relacionais, nos estudos e no trabalho, bem como a troca de sexo por drogas podendo, ainda chegar à realização de pequenos delitos para a sua aquisição. Além disso, os sujeitos envolvidos apresentam, frequentemente, outros problemas de saúde associados e/ou decorrentes, a saber: além dos problemas respiratórios pela inalação de partículas sólidas, têm-se os problemas cardíacos, paralisia respiratória, psicose paranoias, e um aumento da incidência das doenças sexualmente transmissíveis (CEBRID, 2005; Brasil, 2009).

A escolha da temática foi motivada pela intenção de ampliar o conhecimento sobre o cuidado de enfermagem a usuários de *crack* e compreender o significado do viver com os agravos ocasionados por essa prática.

Infelizmente, por se tratar de uma droga de abordagem recente, a literatura de enfermagem relacionada, ainda é escassa e pouco específica. Além disso, sabe-se que, historicamente, a maior parte dos esforços para enfrentar o problema das drogas é dirigida ao combate ao tráfico, frequentemente associado a uma questão de justiça e de segurança pública. As maiores fontes de informações para a opinião são a polícia e a imprensa.



Apesar de valiosas, essas contribuem insuficientemente para a prevenção, ocasionando uma lacuna ao longo do processo que dificulta a melhor compreensão do fenômeno e do conseqüente agravamento da questão. Assim, pouco se sabe a respeito do padrão de uso e das características específicas do usuário de *crack*, uma vez que são escassos os estudos realizados dando ênfase ao problema da saúde (Teixeira, 2009).

Desse modo, justifica-se o presente trabalho ao se tornar evidente a necessidade de conhecer mais sobre o problema, a fim de aprimorar o cuidado de enfermagem prestado a esses clientes, intervindo nesse processo, com vistas a garantir a qualidade de vida e o adequado tratamento desses usuários. Acresce-se a isto que sendo Enfermeira, profissão capacitada para a realização do cuidar, sua visão transpõe os limites ora considerados únicos, como o lidar com o paciente no tratamento e recuperação da saúde individual e passa a preocupar-se com questões de promoção da saúde e uma assistência qualificada e estruturada em ideais humanistas e científicos.

Assim, teve-se como objetivo refletir criticamente sobre o cuidar do usuário de *crack*, enquanto objeto de investigação da primeira autora, com fundamentação a luz da Teoria do cuidado Transpessoal de Jean Watson. Além disso, propor a sistematização da assistência de enfermagem a essa clientela.

A escolha do referencial teórico foi motivada devido à afinidade pela teoria e sua possível aplicabilidade na assistência de enfermagem a essa clientela. Para isso, o texto foi elaborado com os seguintes capítulos: Fundamentação estrutural, conceitual e principais pressupostos da teoria transpessoal; de Jean Watson e A trajetória do enfermeiro para o cuidar humanizado frente aos usuários de *crack* na perspectiva de Watson.

# FUNDAMENTAÇÃO ESTRUTURAL, CONCEITUAL E PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS DA TEORIA TRANSPESSOAL

Jean Watson iniciou sua teoria do Cuidado Humano em 1979, e continua desenvolvendo-se até os dias de hoje. A teórica propõe uma filosofia e ciência centrada no cuidado, o que constitui o eixo da prática de Enfermagem. Afirma que a origem da teoria do cuidado humano surgiu a partir da sua busca para trazer novos significados e dignidade para o mundo da Enfermagem e do cuidado ao paciente, bem como introduzir experiências de vida subjetiva de eu e o outro. Também serviu para fornecer um fundamento ético-filosófico para o profundamente humano nas dimensões de enfermagem.

Ao usar o termo cuidado, a teórica considera como o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade. Sendo a essência da profissão e denota a reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa; o enfermeiro participa com a pessoa. Afirma que o cuidado pode auxiliar a pessoa a obter controle, tornar-se versátil e promover as modificações na saúde (George, 2000).

A autora propõe sete pressupostos básicos para a ciência do cuidado que são (Watson, 1979):

- O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas interpessoalmente.
- O cuidado consiste de fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas.
- O cuidado efetivo promove a saúde e o crescimento individual e familiar.
- As respostas do cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é agora mas como poderá tornar-se.

- O ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento do potencial enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si mesma em um determinado momento.
- O cuidado é mais *healthogenic* que a cura. A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico com o conhecimento do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e proporcionar atendimento aos que estão doentes. A ciência do cuidado é, portanto, complementar à ciência da cura.
- A prática de cuidados é essencial para a enfermagem.

Watson (2002) acredita que o foco principal em Enfermagem está nos fatores de cuidado que se derivam de uma perspectiva humanista, associada com uma base de conhecimentos científicos. Essa combinação delinea a essência do cuidado, cuja base integra as ciências biofísicas com as do comportamento humano. A teórica considera que o objetivo da Enfermagem é ajudar as pessoas a atingir o mais alto grau de harmonia entre a mente-corpo-alma, por uma abordagem biopsicosocial, espiritual e sócio-cultural.

No sistema humanístico de valores de Watson, existe um alto apreço pela autonomia e pela liberdade de escolha, que acarreta à ênfase ao autocontrole e autoconhecimento do cliente. Desse modo, o cuidado pode ajudar a pessoa a ganhar controle, apropriar-se e promover sua saúde. O enfermeiro co-participa com a pessoa (George, 2000).

Neste ínterim, cuidar envolve valores, vontade, compromisso para o cuidar, conhecimentos e ações carinhosas. O enfermeiro estabelece a relação baseada no respeito, na compreensão e na preocupação, combinada com uma base de conhecimentos científicos. O cuidar, como um ideal moral, transcende também o ato, ultrapassa também o ato específico de individualmente e produz atos coletivos da profissão que tem consequências importantes. Esse fenômeno social, o cuidado, só será efetivo se for praticado de forma interpessoal (Watson, 2002).

Apesar da importância, a teórica defende que a atitude de cuidado, que sempre pertenceu à enfermagem, está sendo ameaçada pelas tarefas e exigências tecnológicas dos fatores curativos. Na visão da teórica, a doença pode ser curada, mas permanece porque o cuidado da saúde não foi atingido (George, 2000).

A estrutura da ciência do cuidado está construída sobre os dez seguintes fatores de cuidado, que capturam as dimensões mais profundas dos processos de vida das experiências humanas (Watson, 2007):

1. A formação de um sistema de valores humanísticos-altruísta
2. A estimulação da fé-esperança
3. O cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros
4. O desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança
5. A promoção e aceitação a expressão de sentimentos positivos e negativos
6. O uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões
7. A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos
8. A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sócio-cultural e espiritual;
9. Assistência com gratificação das necessidades humanas;
10. A permissão de forças existenciais fenomenológicas;

Esses fatores foram identificados como os aspectos essenciais do cuidar em enfermagem. Em seu estudo, Watson relata que fatores de cuidado/*carative* ajudaram a definir um quadro para manter a disciplina e profissão, já que os profissionais e acadêmicos estão sendo doutrinados acerca de uma visão mais profunda das dimensões humanas e do compromisso ético de cuidar em enfermagem.

Ao criar esses fatores, a teórica estava tentando solucionar os aspectos do profissional de enfermagem que transcendia o diagnóstico médico, a doença, a definição limitada, conhecimento da tecnologia e os focos especializados. Sendo assim, Watson afirma que quando enfermeiros não os usam, não estão praticando a enfermagem profissional, mas estão funcionando como técnicos ou trabalhadores qualificados no quadro dominante do modelo biomédico que visa à cura (Watson, 2002).

É importante salientar que em 2005 a autora reformulou sua teoria, propondo um

novo modelo de processo, o qual substitui os fatores da teoria do cuidado/*carative* pelos elementos do *clinical caritas*. A palavra *caritas* vem do grego e significa tratar com carinho, acalentar, apreciar, compreender, valorizar, dar atenção. Já a palavra original *carative* corresponde a cuidativa (Gómez, 2003).

Ao modificar o conceito de “*carative*” para “*caritas*”, a autora pretendeu evocar ostensivamente o amor e o cuidado conectado a uma dimensão existencial-espiritual e de experiências e processos da vida humana. Ao expor estes elementos, amplia seus conceitos, incluindo a sacralidade do ser cuidado, a conexão do ser humano para um plano que extrapola o concreto e visual e a proposição do *healing* (recomposição, restauração, reconstituição do ser) que não deve ser entendido como cura (Carvalho *et al.*, 2011).

Entretanto, estas duas formas (fatores do cuidado/*carative* e *clinical caritas*) são praticamente equivalentes. Contudo, o processo *clinical caritas* relata com mais detalhes a conexão entre carinho e amor e processos de viver humano. Destina-se a oferecer uma linguagem mais fluida para a compreensão de um nível mais profundo dos fatores de cuidado. Através da abordagem do outro com delicadeza, com sensibilidade, dando-lhe atenção especial, exercitando uma atenção cuidadosa (Watson, 2009).

Os dez fatores de cuidado do processo *clinical caritas* são (Watson, 2007):

**Fator de cuidado 1:** Praticar o amor, a amabilidade e a coerência dentro de um contexto de cuidado consciente;

**Fator de cuidado 2:** Ser autêntico, estar presente, ser capaz de praticar e manter um sistema profundo de crenças, e um mundo subjetivo de sua vida e do ser cuidado;

**Fator de cuidado 3:** Cultivar suas próprias práticas espirituais e transpessoais de ser, mas além de seu próprio ego, aberto a outros com sensibilidade e compaixão;

**Fator de cuidado 4:** Desenvolver e manter uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança;

**Fator de cuidado 5:** Estar presente e dar apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro;

**Fator de cuidado 6:** Uso criativo do ser, de todas as formas de conhecimento, como parte do processo de cuidado para comprometer-se artisticamente com as práticas de cuidado e proteção;

**Fator de cuidado 7:** Comprometer-se de maneira genuína em uma experiência de prática de ensino-aprendizagem que atenda a necessidade do ser e seu significado, estando dentro do esquema de referência do outro;

**Fator de cuidado 8:** Criar um ambiente protetor em todos os níveis, onde se está consciente do todo, da beleza, do conforto, da dignidade e da paz;

**Fator de cuidado 9:** Assistir as necessidades humanas conscientemente, administrando um cuidado humano essencial, o qual potencializa a aliança mente, corpo, espírito; a totalidade e a unidade do ser em todos os aspectos do cuidado;

**Fator de cuidado 10:** Estar aberto e atento a espiritualidade e a dimensão existencial de sua própria vida.

Nenhum fator de cuidado pode ser validado isoladamente, faz-se necessário integrá-lo para que o cuidado humano seja positivo e deve ser sempre verificado em todo o processo do cuidar humano.

É importante ressaltar que não se faz suficiente o conhecimento simplista dos fatores do cuidado/*carative* e *clinical caritas*, sem reconhecer o contexto filosófico que sustentam seus conceitos. Estas dimensões mais amplas servem para lembrar ao enfermeiro que o encontro com o paciente pode ser considerado uma ocasião em que um “momento cuidar” pode ser criado, dependendo da consciência, intencionalidade e orientações filosóficas que está guiando o profissional. Desse modo, um momento de cuidar transcende o tempo e espaço, atingindo resultados para ambos. Na relação enfermeiro-cliente, ambos vivenciam, a partir de suas experiências, um processo de aprendizagem que tem o cuidado transpessoal como facilitador (Nascimento; Erdmann, 2006).

Com relação à definição de conceitos, Nascimento (2005) afirma que são palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos e constituem os componentes básicos da teoria. Os conceitos utilizados constituem uma base teórico-filosófica de compreensão do fenômeno, cuja importância dá sustentação metodológica à prática. A partir

de sua operacionalização, mostram um caminho a ser seguido pelos profissionais no dia-a-dia. Os principais conceitos descritos por Watson são “ser humano”, “saúde”, “ambiente/sociedade”, “enfermagem” e “cuidado”, que serão abordados detalhadamente a seguir.

# O CUIDAR HUMANIZADO FRENTE AOS USUÁRIOS DE CRACK NA PERSPECTIVA DE WATSON

O cuidado significa carinho, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Logo, cuidar implica colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social. Não pode ser neutro em relação a valores humanos e não pode estar separado das emoções (Kohlrausch, 1999).

Especificamente, o cuidar em enfermagem consiste em concentrar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência. O cuidado deve focar o estilo de vida, o ambiente interno e externo, e as condições sociais do indivíduo, e faz com que o profissional se envolva com quem cuida, não sendo um processo unilateral. Portanto, o cuidado proporcionar a possibilidade da outra pessoa obter autoconhecimento, controle e auto cura, quando então, um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas (Waldow, 1995; Souza, 2005).

A utilização de referenciais teóricos na prática de enfermagem possibilita uma efetivação das ações de cuidar que privilegiem o ser humano inserido em um ambiente, no sentido de restabelecer a saúde por meio do cuidado de enfermagem. As proposições das teóricas auxiliam a organização e sistematização do cuidado, pois ao mesmo tempo oferecem concepções teórico-filosóficas e um método para implementar a prática. Como dito anteriormente, para que o enfermeiro aplique uma teoria, é necessário mergulhar nas proposições, pressupostos e conceitos da teorista, interagir de forma especial e ter afinidade com a ideologia defendida (Mathias; Zaganel; Lacerda, 2006).

Cabe a cada enfermeiro escolher o referencial que melhor se articule à sua realidade para torná-lo visível e com resultados positivos ao profissional e cliente. Sendo as mais diversas realidades que necessitam do cuidado da Enfermagem, destacou-se, neste



estudo, os usuários de drogas, especificamente o *crack*, visto sua importância para a saúde pública, como já mencionado. O problema da dependência química não é um fenômeno regional, deste ou daquele país, desta ou daquela comunidade, mas um fenômeno global.

O fenômeno do uso de drogas traz ao enfermeiro assistencial, uma oportunidade única de transcender na relação de assistência com o usuário de drogas e a família. As intercorrências de ordem física, psicológica, social e legal trazem sentimentos de rejeição, insegurança, medo, revolta, culpa e impotência diante da realidade por parte do usuário e da família.

Acrescente-se a esse fato, que as crenças relacionadas ao usuário de crack dificultam a compreensão da situação e a adesão ao tratamento. A visão que as comunidades humanas elaboram frente a um fenômeno é a representação idealizada deste fenômeno, mediatizada pelas crenças, valores, estereótipos, a partir de estímulos informativos. Assim, a visão que se forma do usuário de drogas e das drogas é, geralmente, construída a partir dessas informações incompletas e reducionistas e, não raro, distorcidas, provocando uma mistura de informação, desinformação e até “contra-informação”, produzindo uma ocultação do problema das drogas.

Desse modo, é preciso compreender que o fenômeno das drogas é um problema multidimensional, não bastando circunscrevê-lo à mera relação existente entre uma pessoa e uma substância. Faz-se necessário considerar a interação que ambos efetuam num determinado contexto, os valores e crenças e suas relações com o contexto mais amplo.

Caberá ao enfermeiro minimizar as dificuldades vividas pelo usuário de drogas, por uma relação de cuidado transpessoal. Esse é caracterizado pelo compromisso moral do enfermeiro para proteger e melhorar a dignidade do eu humano (Watson, 2007b). Construído para honrar o espírito, portanto, não reduzem a pessoa a um objeto ou a um simples usuário de *crack*.

Esta relação descreve como o profissional vai além de uma avaliação objetiva, mostrando preocupação para o significado subjetivo e mais profundo da pessoa em seu estado de saúde. Esta abordagem enfatiza a singularidade de cada dependente de crack e do enfermeiro, e reciprocidade entre os dois indivíduos, que é fundamental para o relacionamento (Álvarez; Triana, 2007).

Logo, o termo “transpessoal” significa ir além do aqui-e-agora, à medida que atingem mais profundamente as conexões espirituais na promoção do conforto do paciente. Objetiva-se por proteger, melhorar e preservar a dignidade, integridade e harmonia interna da pessoa (Watson, 2007b). Nesta perspectiva esse tipo de cuidado se adapta satisfatoriamente com a realidade do usuário do *crack* a partir do momento que se leva em consideração que o indivíduo nunca terá a cura em decorrência da fissura, tornando o controle e conforto do paciente alvos da atenção do enfermeiro. A “fissura” é definida como vontade irresistível de usar a droga, que acompanha o usuário para ao longo da vida. Os ex-usuários precisam ter cuidado para não entrarem em contato com alguma coisa ou situação que lembre o uso de droga (CEBRID, 2007).

Visto que a teoria, como supracitado, propõe uma prática com amor-bondade e serenidade dentro de um contexto de cuidado com consciência, o profissional não sensibilizado para esse nível de envolvimento não conseguirá assimilar esses valores e transcender no cuidado com os usuários de drogas.

Para uma melhor aplicabilidade desse cuidado entende-se, apesar da teórica não ter se detalhado a essa questão, que se faz de extrema necessidade o entendimento profundo dos metaparadigmas de Enfermagem: ser humano, saúde, ambiente/sociedade e enfermagem.

Para Watson (1979) o ser humano é uma pessoa valorizada em si mesma e para si mesma ser cuidada, respeitada, nutrida, compreendida e auxiliada; em geral, uma visão filosófica de uma pessoa como um ser totalmente integrado funcionalmente. O homem é considerado como maior do que a soma de suas partes e diferente dela. A teórica crê que o ser humano é constituído por uma realidade subjetiva, um campo fenomenológico, uma estrutura individual de referência da pessoa, conhecida somente por ela própria. Nesse sentido, o ser humano é um ser individual, dotado de possibilidades e habilidades complexas e infinitas, inserido em um contexto social.

Neste estudo dois seres humanos precisam ser evidenciados: um por ser o sujeito que implementa o cuidado, o profissional de enfermagem. O outro por ser alvo para o qual se destina a melhoria da qualidade do cuidado, o usuário de *crack* e sua família.

O profissional de enfermagem é um ser social que traz consigo valores, crenças, conhecimentos, desejos, sentimentos e que, nas relações do cuidado com outro ser humano, deverá ter responsabilidades e capacidades de perceber e lidar com situações que possam apresentar dificuldades e conflitos.

A partir do autoconhecimento o profissional encontra em si mesmo, a motivação para exercer a profissão, assumindo a responsabilidade para continuar crescendo e mantendo uma relação saudável e harmoniosa com o mundo do qual faz parte. É a partir desta compreensão que o ser humano profissional de saúde respeita e valoriza a si próprio e o ser por ele cuidado.

O outro ser humano que precisa ser evidenciado é o cliente e sua família que são sujeitos do cuidado e para o qual se destina a melhoria da qualidade do cuidado. O ser humano/cliente é o dependente químico que se encontra em serviço de saúde em virtude do uso da droga que lhe ameaça a vida, tendo o seu bem estar afetado. O mesmo vivencia a experiência de internação, enquanto momento de sua história de vida, atribuindo-lhe inúmeros significados, de acordo com suas experiências passadas (frequentes internações); embora vivencie uma experiência negativa, ele também tem expectativas e projetos para seu futuro. Pela relação consigo mesmo e com os outros seres humanos este ser humano evolui, sendo influenciado pelo ambiente e pela prática do cuidado.

Sobre a família, Bielemann (1997) afirma que é a unidade primária de cuidado, ela é um espaço social, no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apoiam-se mutuamente e enviam esforços na busca de soluções para os mesmos. Vale salientar uma situação cada vez mais recorrente, os dependentes de crack são isolados de sua família. E sem o apoio da mesma, o tratamento torna-se mais difícil.

Com relação ao conceito ambiente/sociedade, Watson (George, 2000) afirma que uma das variáveis que afeta a sociedade na atualidade é o ambiente social. A sociedade proporciona os valores que determinam a maneira como alguém deve comportar-se e as metas pelas quais deve lutar; sendo afetados por mudanças no ambiente social, cultural e espiritual, que influenciam a percepção da pessoa, podendo levá-la ao estresse-doença. Além disso, as pessoas têm também, uma necessidade intrínseca de pertinência, de ser

parte de um grupo e da sociedade como um todo; há uma necessidade de afeto, de amar e ser amada. A doença (ou o estresse) pode separar a pessoa daqueles que satisfazem tais necessidades de ligação e afeto.

Corroborando, Nascimento (2005) entende o ambiente como local onde o ser humano vive, cresce e se constrói. Dele recebe influências fundamentais, que o afetam e também o predispõe a tomar decisões que podem modificar sua visão de saúde e potencializar o ser saudável. O ambiente também é compreendido pela família, amigos, companheiros que interagem com o ser humano nas relações fundamentais de construção do ser. Com relação ao usuário de *crack*, pode-se dizer que o ambiente é determinante no ingresso no mundo das drogas, muitas vezes são jovens sem um ambiente familiar adequado que são incentivados por amigos.

O ambiente, neste estudo é composto pelas relações sociais entre profissionais, familiares, amigos e clientes que compartilham momentos de aflições próprios desta realidade sombria das drogas. Neste espaço (serviço de saúde), apresenta-se uma área física repleta de equipamentos desconhecidos, pessoa desconhecidas, além de um elenco de procedimentos invasivos.

Para Watson (2002), saúde refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde está também associada ao grau de congruência entre o ser, tal como é percebido e o ser tal como é vivenciado. A teórica afirma que apesar de reconhecer a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, como o estado positivo de bem-estar físico, mental e social; ela acrescentou o seguinte elemento: a ausência da doença (ou a presença de esforços que levam a ausência). Esse novo entendimento da saúde merece destaque visto que se enquadra perfeitamente na realidade dos usuários de crack. Logo, apesar do dependente químico conviver o restante da sua vida com a presença da fissura, se o usuário estiver se esforçando ou controlando seu desejo, deve ser entendido pelo enfermeiro como saúde, segundo os preceitos da teoria.

Corroborando para o entendimento de saúde na perspectiva da realidade do usuário de *crack*, Watson (2002) relata que a saúde é definida individualmente de acordo com seu estado subjetivo. Pelo conteúdo existencial da teoria, saúde tem a ver com entendimento das vivências/experiências de cada um, como elas são utilizadas em prol do crescimento

peçoal. Apoiando, Nascimento (2005) relata que a saúde é um processo muito particular, de percepção individual e do entendimento que cada ser humano tem em relação às suas necessidades, comparados à demanda que possui para manter-se e sobreviver no ambiente de suas relações. Tal percepção individual está relacionada com a complexidade e a diversidade ambiental, que numa determinada situação/espaco/tempo, interfere no seu modo de pensar, agir e fazer. As crenças, os hábitos, costumes, sentimentos, experiências vivenciadas dos usuários de *crack* influenciarão de modo muito particular o entendimento que cada um tem sobre saúde/doença, proporcionado, em muitas vezes, a convicção de não estarem com nenhum agravo à sua saúde.

A Enfermagem, segundo Watson (1988), é uma ciência humana de pessoas e de experiências de saúde-doença humanas que são mediadas pelas transações de cuidados profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano. Enfoca promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado aos doentes e a restauração da saúde.

A Enfermagem ao se centrar na conscientização e na intencionalidade busca o desenvolvimento da totalidade da pessoa. A enfermagem por ter complexidades científicas, artísticas, humanísticas e éticas, oferece caminhos para a dimensão emocional, mental, estética e espiritual (Watson, 2007). Watson (2002) refere ainda que a Enfermagem possui raízes nas ciências humanas e nas ciências sociais. Seu objetivo é auxiliar as pessoas a obter um alto grau de harmonia em seu *self*, para que possam promover o autoconhecimento, auto cura, auto respeito ou entender o significado dos acontecimentos que são parte de sua história.

Assim, seguindo os preceitos da teórica, o profissional deve focar valores importantes no ato de cuidar e de compreender o processo saúde-doença, tais como fé, empatia, esperança, intuição, confiança, necessidades humanas, estéticas, ética e moral, com fatores de cuidado no ambiente do indivíduo, e que as atitudes de cuidar são transmitidas (Kohlrausch, 1999).

O processo de enfermagem constitui a essência da prática profissional de enfermagem. Pode ser definido como uma atividade intelectual deliberada, por meio do qual a prática da enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática. Auxilia os profissionais a tomarem decisões, e a preverem e avaliarem as consequências.

Watson reforça ainda que o processo de cuidado é similar à investigação científica, sendo sistematizado e organizado. Ao ser implementado na prática assistencial segundo a teoria transpessoal, deve acontecer na forma de processo que segue os passos do método científico e compreende as seguintes etapas: Investigação, Plano, Intervenção e Avaliação.

Na primeira etapa envolve a observação, a identificação e a revisão do problema, bem como o uso do conhecimento aplicável na literatura. A investigação envolve a consulta de enfermagem, entrevistas e observação. É o momento no qual se realiza o levantamento das necessidades de cuidado que, de acordo com Watson, podem ser de ordem biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intrapessoais. Isso inclui o conhecimento conceitual para a formulação e a conceitualização de uma estrutura na qual se visualiza e investiga o problema (George, 2000). As necessidades humanas consistem na necessidade em ser amado, cuidado, na necessidade de consideração positiva e na necessidade de ser aceito, compreendido e valorizado. Há também a necessidade humana de união, de transcender e encontrar harmonia com a vida. (Watson, 2002).

É importante deixar claro que o estabelecimento de necessidades hierárquicas não descarta a necessidade de considerar-se cada pessoa no contexto global. Apenas o preenchimento das necessidades de ordem inferior pode não auxiliar o complexo ser humano em direção à auto-avaliação (George, 2000).

A hierarquia das necessidades humanas, segundo o fator de cuidado 9, proposta por Watson segue a seguinte ordem (George, 2000, p.256):

1. Necessidade de ordem inferior (necessidades Biofísicas) Necessidade de alimento e líquido Necessidade de eliminação Necessidade de ventilação	Necessidades de sobrevivência
2. Necessidades de ordem inferior (necessidades psicofísicas) Necessidade de atividade-inatividade Necessidade de sexualidade	Necessidades funcionais
3. Necessidades de ordem superior (necessidades psicossociais) Necessidade de realização Necessidade de associação	Necessidades Integradoras
4. Necessidades de ordem superior (necessidades psicossociais) Necessidade de realização Necessidade de associação	Necessidades de busca de conhecimento

O primeiro momento de observação e avaliação das necessidades de cuidado, objetiva estabelecer uma relação empática, abrindo espaço para uma interação harmoniosa com a pessoa. É a partir dessa fase que se torna possível a identificação das prioridades de cuidados de enfermagem (Nascimento, 2005).

# SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDAR À LUZ DA TEORIA TRANSPESSOAL

Para a construção da primeira fase do processo de enfermagem, optou por se considerar o dependente químico de *crack* internado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad). Essa escolha se deu porque, no ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) publicou portarias que respaldam o início do tratamento para as pessoas que sofrem de dependência de álcool e outras drogas e os serviços de apoio, dentre os quais se incluem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad), que surgem com a Portaria nº 336/02, como dispositivos estratégicos dessa nova rede de atenção e cuidados, destacando-se por sua base comunitária e social, bem como por práticas interdisciplinares e acessibilidade local (Brasil, 2002).

Hierarquia de Watson	Diagnósticos de Enfermagem*	Planos
Necessidades de ordem superior (interpessoais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impotência relacionada ao estilo de vida de desamparo, evidenciada pelo relato verbal de não ter controle ou influência sobre a situação;</li> <li>• Dificuldade em expressar seus problemas;</li> <li>• Dificuldade para adaptar-se ao CAPS ad;</li> <li>• Necessidade de mudança nos hábitos de vida;</li> <li>• Necessidade de auto realização.</li> </ul>	<p>Atenção especial aos fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fator de cuidado 1- A formação de um sistema de valores humanista-altruísta;</li> <li>• Fator de cuidado 2- A instalação da fé-esperança;</li> <li>• Fator de cuidado 7- A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;</li> <li>• Fator de cuidado 8 -A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual.</li> </ul>
Necessidades de ordem superior (psicossociais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interação social prejudicada caracterizada por evitar lugares com aglomeração relacionada à baixa autoestima;</li> <li>• Dificuldade em aceitar a condição de saúde;</li> <li>• Medo relacionado ao ambiente desconhecido;</li> <li>• Dificuldade para expressar-se;</li> <li>• Incerteza da vida</li> <li>• Déficit de conhecimento sobre a dependência química, relacionado à interpretação errônea de informação, evidenciado pelo relato verbal do problema.</li> </ul>	<p>Atenção especial aos fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fator de cuidado 3- O cultivo da sensibilidade do próprio self e ao das demais pessoas;</li> <li>• Fator de cuidado 4 - O desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança;</li> <li>• Fator de cuidado 5 – O apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos</li> <li>• Fator de cuidado 6: Uso criativo do ser, de todas as formas de conhecimento, como parte do processo de cuidado.</li> <li>• Fator de cuidado 8 -A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual;</li> </ul>

Hierarquia de Watson	Diagnósticos de Enfermagem*	Planos
Necessidades de ordem inferior (psicofísicas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fadiga definida pelo relato de necessidade de mais energia para as atividades rotineiras;</li> <li>Sono e repouso inadequado;</li> <li>Alteração dos padrões de sexualidade caracterizada pelo aumento da libido provocado pelo uso de medicação;</li> <li>Expoliação das reservas energéticas relacionada a pouca alimentação e outras alterações metabólicas.</li> </ul>	<p>Atenção especial aos fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fator de cuidado 3 - O cultivo da sensibilidade do próprio self e ao das demais pessoas;</li> <li>Fator de cuidado 8 -A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sócio-cultural e espiritual;</li> <li>Fator de cuidado 9 - Assistência com gratificação das necessidades humanas: sexualidade;</li> </ul>
Necessidades de ordem inferior (biofísicas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração da nutrição: risco para mais do que o corpo necessita relacionado com concentração da alimentação para o final do dia, consumo de gorduras e lactose maior do que a recomendada;</li> <li>Risco acrescido para Infecção por doenças transmissíveis relacionadas ao compartilhamento dos cachimbos contaminados</li> <li>Integridade da pele prejudicada caracterizada por ulcerações nasais e orais relacionada ao uso da droga;</li> <li>Déficit no autocuidado para banho/higiene relacionado a prejuízo</li> <li>Ambiente impróprio sono e repouso</li> <li>Inapetência</li> <li>Vômitos</li> </ul>	<p>Atenção especial aos fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fator de cuidado 4: Desenvolver e manter uma autentica relação de cuidado, de ajuda e confiança;</li> <li>Fator de cuidado 7- A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;</li> <li>Fator de cuidado 8- A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sócio-cultural e espiritual;</li> <li>Fator de cuidado 9- Assistência com gratificação das necessidades humanas: alimentação, sono, integridade cutâneo-mucosa;</li> </ul>

\*Optou-se pela taxonomia da NANDA

É importante lembrar que esta pesquisa não objetivou apresentar um estudo de caso, representa uma reflexão sobre a aplicabilidade da Teoria de Watson com o usuário de crack. Logo, aquele enfermeiro assistencial que estiver em contato com o dependente poderá ou não encontrar os diagnósticos supracitados. A disposição desses se deu pela vivência das pesquisadoras desse estudo com a realidade dos CAPS ad, tendo por finalidade operacionalizar a teoria do cuidado transpessoal.

A segunda fase, o planejamento, consiste na elaboração de um plano de cuidados para solucionar as necessidades avaliadas na primeira fase. Os cuidados serão operacionalizados após o enfermeiro ter feito adequada avaliação e contemplação de todos os fatores de cuidado do Processo *Clinical Caritas*. Subentende-se que são etapas dinâmicas que ocorrem simultaneamente de forma transpessoal, envolvendo todos os sentimentos e necessidades de cuidado (Nascimento, 2005).

Com relação a essa etapa, o presente estudo sugere que algumas ações de cuidado para as necessidades de ordem superior psicossociais e intrapessoal podem ser: fortalecer



o *self*, valorizando as experiências e sua história de vida; fazer-se presente, integrando as relações familiares, sabendo ouvir; favorecer a comunicação de forma clara, objetiva de acordo com o entendimento de cada ser; estimular a troca de experiências com pessoas que estão vivenciando a mesma situação, a fim de proporcionar apoio aos que necessitam e prover um meio de desabafo e conversa; instaurar fé e esperança em uma força superior; minimizar o nível de estresse através da orientação; reforçar laços de amizades, promovendo sua participação no cuidado; fortalecer os fatores de desenvolvimento dos laços familiares do cliente e familiares; manter diálogo aberto e franco sobre os sentimentos, deixando aflorar os medos, favorecendo um diálogo franco; reservar um tempo para deixá-lo expressar seus sentimentos; criar ambiente ventilado e iluminado, propício para desenvolver maior condição de convivência; reforçar as condições de enfrentamento das situações; estimular práticas de lazer e de solidariedade que não ofereçam riscos a sua saúde; e, elogiar e estimular o contato familiar, práticas de lazer e troca de experiência entre os próprios familiares a fim de potencializar o tratamento atendendo às necessidades de integração do ser.

Já as ações de cuidado para as necessidades de ordem inferior – biofísicas e psicossociais recomenda-se: mobilizar a crença de que tudo pode dar certo; fortalecer a fé e a esperança como fatores facilitadores no processo de cura; minimizar o nível de estresse; oferecer ajuda promovendo confiança; orientar e procurar sanar dúvidas e incertezas dos clientes e familiares; promover ambiente de apoio/proteção; encorajar a prática de atividades saudáveis e propor alternativas para busca de novos sistemas de cuidado; fazer uso de medidas criativas para resolução de problemas ensinando a cuidar; administrar medicamentos; tratar as úlceras; realizar atividades de acordo com os limites do próprio corpo, e se preservar o direito de deitar-se e descansar; conservar a energia por meio de repouso, planejamento e estabelecimento de prioridades; estimular a prática de exercícios físicos leves e regulares, conforme a capacidade do organismo; orientar quanto ao cuidado com higiene genital após o ato sexual e uso de preservativo, a fim de satisfazer as necessidades sexuais evitando exposição a agentes etiológicos que possam lhe causar algum dano; orientar o paciente a dar preferência a alimentos que mais lhe agradem e incentivar a experimentar novas combinações de alimentos ou novos alimentos, bem como estimular a ingestão hídrica a fim de facilitar a eliminação renal e satisfazer a quantidade

necessária de líquidos para as mucosas, favorecendo assim o paladar; reforçar orientação de evitar compartilhamento de apetrechos para o uso da droga; promover ambiente seguro e de apoio.; e, implementar cuidados relativos a higiene, alimentação, eliminações, mobilidade física, e integridade cutâneo-mucosa.

A intervenção, terceira fase, é a ação direta e a execução do plano. Neste momento serão utilizados os fatores de cuidado e as ações serão implementadas de acordo com o planejamento do cuidado (George, 2000).

O momento da avaliação, última fase, inclui a interpretação dos resultados, como também o exame dos efeitos da intervenção. Avalia-se o grau em que ocorreu um resultado positivo e se esses resultados podem ser generalizados para além da situação (George, 2000).

Nascimento e Erdmann (2006) relatam que apesar de sua complexidade e inter-relação com os dez fatores de cuidado preconizados por Watson, sua aplicabilidade é clara e concisa quando se consegue identificar os problemas e estabelecer os cuidados respectivos.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato buscou a efetividade da aplicação do processo de enfermagem na abordagem transpessoal, segundo a teoria de Jean Watson, às pessoas usuárias de *crack*.

Sabe-se que é difícil entender como o cuidado pode ajudar a pessoa a alcançar um bom resultado físico, mental, social ou espiritual de mudanças na saúde. Entretanto, o presente estudo possibilitou o alcance de seus objetivos e deu condições para o significado das implicações do uso de drogas no cotidiano da pessoa acometida.

A escolha da Teoria Transpessoal foi muito oportuna visto que permitiu a compreensão da crença que quando enfermeiro e cliente estão juntos, eles criam a possibilidade de encontrar uma significação dentro da experiência por eles vivenciada. A ciência do cuidado consiste em gerar saúde, pela promoção do crescimento individual ou familiar, num ambiente que proporcione à pessoa escolher o melhor para si, a fim de satisfazer suas necessidades, e praticado interpessoalmente, sendo fundamental à enfermagem.

Com base no exposto, entende-se que o processo *clinical caritas* surgiu na busca da teórica para que o cuidado de enfermagem transcendesse o diagnóstico médico, a doença, não se limitando a um corpo físico ou à doença, existindo a necessidade de ir além, buscando a plenitude do cuidado.

Logo, o enfermeiro, ao interagir com o dependente químico, poderá iniciar, além de uma relação terapêutica, uma relação transpessoal, reconhecendo a existência e a importância da dimensão espiritual, da unidade do ser, dentro de uma visão holística com potencial para promover sua saúde, transformar-se, crescer, auto-afirmar-se e auto-realizar-se, estabelecendo a verdadeira relação de ajuda e confiança.

# REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002.

CARVALHO, N. V. *et al.* O processo Clínico Caritas de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática. **Cultura de los Cuidados**. n.29, año XV, p. 82-88, 2011.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. 5 ed. São Paulo, 2007.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 5ª Edição, 2000.

GÓMEZ, R.V.R. **Filosofia del cuidado humano em la teoria de Jean Watson**. 2003. 146f. Tese (Doutorado) – Doutorado em Enfermagem, Saúde e Cuidado Humano, Universidade de Caraboro. Valencia, 2003.

NASCIMENTO, K. C. **As dimensões do cuidado em unidade crítica: emergindo o cuidado transpessoal e complexo**. 2005. 189f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

\_\_\_\_\_. ERDMANN, A. L. Cuidado Transpessoal de Enfermagem a Seres Humanos em Unidade Crítica: uma possibilidade de prática do cuidado humano orientado por um marco teórico-filosófico. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v. 14, n. 3, p. 333-41, 2006.

SOUZA, M. L. *et al.* O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm**. v.14, n. 2, 2005.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Little Brown. Boston. 1979.

\_\_\_\_\_. **Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. 2002

\_\_\_\_\_. **Caring science as sacred science**. FA.Davis. Philadelphia. 2005.

\_\_\_\_\_. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/ caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto contexto - enferm**. v. 16, n. 1, 2007.

\_\_\_\_\_. Caring as the essence and science of Nursing and health care. **O Mundo da Saúde**. v.33, n.2, p.143-149, 2009.

# ATIVIDADE DE REFLEXÃO

1. Segundo os preceitos da teoria transpessoal, quais populações a teoria pode ser aplicada?

Leia o estudo de caso e responda as questões abaixo:

M.V.P.S, 21 anos, usuária de crack desde os 15 anos, portadora de hepatite C. Atualmente, mora na rua, mãe a expulsou de casa. Se prostitui para conseguir a droga e comida. Frequenta o CAPS ad para tentar não usar a droga, mas a usa no período da noite quando está na rua. Sente-se fracassada e depressiva. É agressiva com os outros clientes do CAPS ad. Tem medo de morrer devido ao óbito do irmão mais novo ocasionado pela droga. Ao exame físico, presença de secreção preta vinda dos pulmões e coriza, ulcerações nasais, cognição reduzida, mal higienizada, unhas grandes, roupas sujas e velhas, tatuagens no tórax e braços, dor no hipocôndrio direito.

2. Quais fatores de cuidado devem ser mais trabalhados pelo enfermeiro frente a situação acima.

3. Descreva o processo de enfermagem, nas suas cinco etapas, utilizando a teoria de Watson.

---

## **Sobre a Autora**

## **Laís Carvalho de Sá**

Mestre em Enfermagem - UFPI. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Teresina-PI e do Hospital Universitário do Piauí. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Enfermagem na Saúde da Família. Graduada pela Universidade Federal do Piauí - UFPI.

# Índice Remissivo

## A

aplicabilidade 9, 18, 24, 26  
assistência 2, 9, 17, 28  
assistência qualificada 9  
atividade intelectual 21  
autoconhecimento 11, 16, 19, 21  
autocontrole 11

## B

bem estar 19

## C

ciência 10, 11, 12, 21, 27, 28  
comunidades humanas 17  
conhecimento biofísico 11  
conhecimentos científicos 11  
consumo 7, 24  
crack 7, 8, 9, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 29  
cuidado 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21,  
22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29  
cuidados 11, 21, 22, 23, 24, 26  
cuidar 9, 11, 12, 14, 16, 21, 25, 28

## D

dependência 7, 17, 23  
dependente 17, 19, 20, 23, 24, 27  
dependente químico 19, 20, 23, 27  
dependentes 7, 19  
diagnóstico médico 12, 27  
diagnósticos 24  
dificuldades 17, 19  
dignidade 10, 14, 17, 18  
doença 11, 12, 16, 19, 20, 21, 27  
droga 7, 8, 18, 19, 24, 26, 29  
drogas 7, 8, 17, 18, 20, 23, 27  
drogas ilícitas 7

## E

enfermagem 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23,  
27, 28, 29  
enfermeiro 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 20, 24, 27, 29  
enfermeiros 12

---

entorpecente 8  
estimulação 7, 12

## I

insumos químicos 7  
interação 17, 22

## M

modelo biomédico 12

## N

necessidade 8, 9, 14, 18, 19, 20, 22, 24, 27  
necessidades 10, 12, 14, 20, 21, 22, 24, 25, 27  
necessidades humanas 10, 12, 14, 21, 22, 24

## P

paciente 9, 10, 14, 18, 25  
pessoas usuárias 27  
prática assistencial 22  
prioridades 22  
problema 8, 9, 17, 22, 23  
profissão 9, 10, 11, 12, 19  
profissionais 12, 15, 20, 21  
profissional 12, 14, 16, 17, 18, 19, 21

## Q

qualidade de vida 9  
qualidade do cuidado 18, 19

## S

saúde 2, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25,  
27  
saúde pública 8, 17  
segurança pública 8  
ser humano 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22  
sistema 5  
substância 17  
substâncias psicoativas 2, 7



---

## **T**

trabalhadores qualificados 12  
tratamento 9, 17, 19, 23, 25

## **U**

usuário 2, 8, 9, 17, 18, 20, 24  
usuários 7, 8, 9, 17, 18, 20, 21

## **V**

valores 11, 12, 16, 17, 18, 19, 21, 23





**AYA EDITORA**  
**2024**