

COD. ABRUOS 71200

R 13841199/05 08/06/05 BES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

VLÁDIA TELES MOREIRA

SER E FAZER DA ENFERMAGEM EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA – UMA ABORDAGEM CULTURAL

610.7361

M839a

FORTALEZA - CEARÁ

2004



VLÁDIA TELES MOREIRA

**SER E FAZER DA ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA – UMA ABORDAGEM CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica. Linha de pesquisa: Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em Situação de Saúde Doença.

Orientadora:
Prof^a. Dr.^a: Maria Socorro Pereira Rodrigues

**FORTALEZA
2004**

M839s

Moreira, Vlândia Teles

Ser e fazer da enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma abordagem cultural / Vlândia Teles Moreira. – Fortaleza, 2004.

160 f.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

1. Enfermagem. 2. Cultura. 3. Unidades de Terapia intensiva. I. Título

CDD 610.73

Viádia Teles Moreira

**SER E FAZER DA ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA – UMA ABORDAGEM CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da Aprovação: 18/08/2004

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr.^a Maria Socorro Pereira Rodrigues
Orientadora

Prof^ª. Dr.^a Lorita Marlena Freifag Pagliuca
Membro Efetivo

Prof^ª. Dr.^a Lúcia de Fatima da Silva
Membro Efetivo

Prof^ª. Dr.^a Maria Grasiela Teixeira Barroso
Membro Suplente

Dedico este Trabalho

À minha filha Letícia Teles, que é a luz e a força responsável por toda essa magia de buscar objetivos em minha vida. Amo você!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre estar ao meu lado, abençoando-me, dando-me forças para seguir em frente, compartilhando com outros o dom da vida.

Aos meus pais **Marcelo e Duciléa**, por tudo que sou hoje, pelo carinho, dedicação, acolhida, incentivo e, principalmente, por me ensinarem ser quem eu sou.

Aos meus irmãos **Rafael e Natália**, pela presença jovial e ajuda em minha vida.

À minha irmã **Ília**, pela presença constante na elaboração desta pesquisa, colaborando com as aulas de Lingüística.

Aos meus avós, *in memoriam*, em especial, vó Cristina, pelo carinho, dedicação e incentivo à minha carreira profissional.

À minha amiga e orientadora **Prof.^a Dr.^a Maria Socorro Pereira Rodrigues**, pela paciência, incentivo, dedicação e, principalmente, por me fazer acreditar na capacidade de realização desta pesquisa.

Às minhas amigas **Karla Rolim e Gorrete Bezerra**, pela amizade sincera, carinho, afeto e união compartilhados no curso do Mestrado.

Às Enfermeiras tão dedicadas, que compõem a equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Instituto Dr. José Frota, que este trabalho possa contribuir na melhoria da nossa assistência.

À equipe multiprofissional, que atua na UTI/03, pelo incentivo e amizade que sempre me dedicaram.

As minhas colegas tão preciosas: **ÁGATA, ÁGUA MARINHA, AMETISTA, ESMERALDA, GRANADA, OPALA E TURMALINA**, pela dedicação aos pacientes e por favorecerem a execução deste trabalho.

Aos colegas do mestrado, por me ajudarem a escrever esta história de conquistas, juntos.

A todas as pessoas que fazem parte da pós-graduação em Enfermagem da UFC, pela competência no que fazem.

Às professoras do programa de pós-graduação em Enfermagem da UFC, pelo incentivo e ensinamentos na trajetória do programa.

Às colegas do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, pelo apoio e valorização do nosso trabalho.

À Universidade de Fortaleza pelo incentivo e ajuda na melhoria da minha qualificação.

Às Profa.(s) Dra.(s): Lorita Marlina Freitag Pagliuca, Lúcia de Fátima da Silva e Maria Grasiela Teixeira Barroso, pela cordialidade em aceitar o convite para participarem da Banca Examinadora.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Professora Socorro,

O poeta diz que:

*Amigo é pra se guardar
Debaixo de sete chaves
Do lado esquerdo do peito
Dentro do coração...
Mesmo que o tempo e a distância
Digam não. **

*Agradeço por tudo!
Pela companhia nessa trajetória árdua, mas
prazerosa, obrigada de coração, Amiga.*

**Autor: Milton Nascimento.*

SUMÁRIO

RESUMO.....	09
ABSTRACT.....	10
Capítulo 1	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: a consolidação da prática.....	12
1.2 Objetivos.....	22
Capítulo 2	
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 O cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.....	23
2.2 Assistência de enfermagem: humanização e qualidade como componentes importantes do cuidado.....	27
2.3 A cultura e sua repercussão no cuidado de enfermagem.....	31
Capítulo 3	
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
3.1 Teoria cultural e cuidado de enfermagem em UTI.....	35
3.2 Cuidado, cultura e enfermagem.....	37
Capítulo 4	
4 METODOLOGIA.....	41
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	41
4.2 Cenário da pesquisa.....	41
4.3 Seleção dos sujeitos.....	44
4.4 Coleta de dados.....	45
4.5 Organização dos resultados.....	46
4.6 Aspectos éticos-legais da pesquisa.....	58

Capítulo 5

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	59
Discurso No. 1: (Ágata) - O cuidado de enfermagem ao paciente pode ser influenciado pelos valores, educação moral e pelas crenças da enfermeira.....	59
Discurso No 2: (Água Marinha) – A cultura como fator determinante do perfil do profissional enfermeiro humanizado.....	71
Discurso No. 3: (Ametista) - Cultura como fator influenciador da comunicação com o paciente seus familiares e com os membros da equipe	83
Discurso N° 4: (Esmeralda) - Cultura, fator econômico e desejo de atualização profissional influenciando no nível de satisfação da enfermeira	96
Discurso N° 5: (Granada) - A Cultura pode direcionar o próprio aperfeiçoamento técnico-científico do profissional para o cuidado.....	109
Discurso N° 6: (Opala) - Cultura, experiências familiares e da infância como fatores que repercutem na solidariedade e no fazer-saber profissional.....	120
Discurso N° 7: (Turmalina) - Vivências culturais como determinante de conflitos e de comportamentos profissionais.....	132

Capítulo 6

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS.....	149
APÊNDICE.....	157
ANEXO I	159
ANEXO II	160

LISTA DE FIGURAS

DIAGRAMA REPRESENTATIVO DA ANÁLISE ESTRUTURAL DO 57
DISCURSO – SUPERESTRUTURA E MACROESTRUTURA

LISTA DE QUADROS

- Quadro No. 1(Ágata) - Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor, 60
considerados na Análise
- Quadro No. 2 (Ágata) - Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da 63
observação do cuidado de enfermagem.....
- Quadro No. 3 (Água Marinha) - Elementos Básicos Textuais do Discurso do 73
Emissor, considerados na Análise.....
- Quadro No. 4 (Água Marinha) - Elementos Básicos Textuais do Discurso 77
oriundos da observação do cuidado de enfermagem
- Quadro No. 5 (Ametista) - Elementos Básicos Textuais do Discurso do 86
Emissor, considerados na Análise.....
- Quadro No. 6 (Ametista) - Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos 90
da observação do cuidado de enfermagem.....
- Quadro No. 7 (Esmeralda) - Elementos Básicos Textuais do Discurso do 99
Emissor, considerados na Análise.....
- Quadro No. 8 (Esmeralda) - Elementos Básicos Textuais do Discurso 103
oriundos da observação do cuidado de enfermagem.....
- Quadro No. 9 (Granada) - Elementos Básicos Textuais do Discurso do 111
Emissor, considerados na Análise.....
- Quadro No.10 (Granada) - Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos 114
da observação do cuidado de enfermagem.....
- Quadro No.11 (Opala) - Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor, 123
considerados na Análise.....
- Quadro No.12 (Opala) - Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da 127
observação do cuidado de enfermagem.....
- Quadro No.13 (Turmalina) - Elementos Básicos Textuais do Discurso do 134
Emissor, considerados na Análise.....
- Quadro No.14 (Turmalina) - Elementos Básicos Textuais do Discurso 138
oriundos da observação do cuidado de enfermagem.....

RESUMO

O modelo assistencial vigente em Unidade de Terapia Intensiva, nem sempre tem contemplado o *saber/fazer* enfermagem em uma conotação humanística. O universo cultural dos que cuidam e dos que são cuidados, são considerados princípios, fazem parte da herança cultural, são repassados ao ambiente familiar e à sociedade. O foco desta investigação norteia-se pela importância de se manter um serviço de enfermagem culturalmente voltado para o encontro entre seres e fazeres. Objetivamos compreender o contexto cultural da prática do cuidado, identificando fatores culturais e influências, envolvidos no ser e no fazer do enfermeiro e caracterizar, considerando valores e crenças dos enfermeiros, o modo como os cuidados são oferecidos ao paciente. É uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, centrada no contexto cultural da prática de enfermagem. Os dados foram coletados com sete (7) enfermeiras plantonistas da UTI-adultos, a partir de uma entrevista semi-estruturada e de observação participante, em um hospital público-municipal de grande porte, referência para o trauma, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará. A análise dos dados centrou-se na técnica de Análise Estrutural do Discurso, tendo em vista o contexto dos fatos presentes no discurso, a partir das transformações e inferências teóricas oriundas dos dados, ao longo da narração. Os discursos foram assim denominados: N° 1 (AGATA): O Cuidado de Enfermagem influenciado pelos valores, a educação, a moral e as crenças da enfermeira; N° 2 (ÁGUA MARINHA): A cultura como fator determinante do perfil de humanização do profissional enfermeiro; N° 3 (AMETISTA): A Cultura como fator influenciador da comunicação com o paciente, seus familiares e com os membros da equipe; N° 4 (ESMERALDA): Cultura, fator econômico e desejo de atualização profissional influenciando no nível de satisfação da enfermeira; N° 5 (GRANADA): A Cultura como fator diretivo do aperfeiçoamento técnico-científico do profissional para o cuidado; N° 6 (OPALA): Cultura, experiências familiares e da infância como fatores que repercutem na solidariedade e no fazer-saber profissional; N° 7 (TURMALINA): Vivências culturais como determinante de conflitos e de comportamentos profissionais. Os Resultados mostram que a prática do cuidado, centra-se não só na competência técnica, mas também na interação, na compreensão e na percepção do indivíduo como um todo, decorrente do contexto do modo de vida e dos valores, aos quais o profissional encontra-se inserido. Ve-se portanto, que a ênfase dos discursos recai sobre a influência cultural no ser e fazer enfermagem.

ABSTRACT

The assistencial pattern in vigour in an Intensive Care Unit, has not always contemplated the nursing's knowing and doing in a humanistic connotation. The cultural surroundings of those who care and those who are being cared are considered fundamental, part of the cultural inheritance, are passed among the family members and to the society. This study is centered on the importance of *maintaining a cultural nursing assistance towards the being and doing encounter*. The aim is to comprehend the cultural context of caring to identify cultural factors and influences, which are involved in the nurses' being and doing and to characterize the assistance given to the patients considering the nurses' beliefs and values. It is a descriptive research with qualitative approach, centered in the cultural context of the nursing care. The data was collected through semi-structured interviews with seven (7) duty nurses of the Adult Intensive Care Unit in a major District-Public Hospital in Fortaleza – Ceara which is specialized in trauma care. It used discourse analysis having considered the evidence based on the data and theoretical inferences along side the narrative description. The discourse were denominated as follow: N°1 (AGATHA): Nursing care influenced by values, education, moral and beliefs; N°2 (MARINE WATER): culture as a determined factor of the nurses' humanized profile; N°3 (AMETHYST): Culture as an influence in the communication with patients, their families and the nursing crew; N°4 (EMERALD): Culture, economic factors and desire for the modernization of the profession as an influence to the nurses' level of satisfaction; N°5 (GRENADE): Culture as a direct factor in the professional's technical-scientific improvement for caring; N° 6 (OPAL): Culture, family and childhood experiences as factors that are an influence to the solidarity and to the professional doing and knowing; N°7 (TOURMALINE): Cultural experience determines conflicts and professional commitment. The results showed that the nursing care is focused not only on technical competence but also in interaction, in comprehension and in the individuals' perceptions as a whole. Indeed, professional roll is influenced by context, way of life and values. Thus, the nurses' speech reflect upon cultural aspects in the nursing being and doing.

8

Capítulo 1

[Faint, illegible text]

1 INTRODUÇÃO

1.1 Assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: a consolidação da prática

Florence Nightingale, pioneira da Enfermagem, no século XIX preconizava a importância da centralização dos recursos humanos e materiais em torno dos pacientes, priorizando os mais graves, na tentativa de prestar cuidado humanizado e individualizado, de forma a atender suas necessidades (LINO; SILVA, 2001).

Já naquela época, Florence reconhecia a importância de reservar áreas hospitalares, onde os doentes graves ou comprometidos pudessem receber cuidados especiais, centralizando portanto, pacientes o mais próximo possível de materiais e equipamento, disponíveis para a prática do cuidado de enfermagem. Essa idéia recebeu impulso, com aceitação gradativa de modo que, por meio dos tempos e da história da Enfermagem, em particular da contemporânea, esse fato veio se aperfeiçoando (ADAHIRA, 2000).

As ocorrências durante a Segunda Guerra Mundial e a epidemia de poliomielite, precisamente nas décadas de 1940 e 1950, foram "*marcos históricos*", na concretização do desenvolvimento das Unidades de Terapia Intensiva (LINO; SILVA, 2001). Referidas ocorrências contribuíram para desencadear a necessidade da realização de triagem, a fim de priorizar o atendimento das vítimas daquela ocorrência, de acordo com o seu grau de gravidade.

Assim sendo, decorreu desses eventos a concepção de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), desempenhando um papel de destaque, visto que iria contribuir para a melhoria da qualidade da assistência e diminuição da taxa de mortalidade dos pacientes.

O aumento no número de pacientes graves e a insuficiência de leitos para atendimento dessa demanda; o uso de equipamentos insuficientes e obsoletos para dar suporte à terapêutica e por fim, a falta de investimentos financeiros,

desencadeou a necessidade de se treinar profissionais capazes de oferecerem uma assistência com maior conhecimento científico e habilidades no cuidado de pacientes.

Portanto, o aprimoramento da tecnologia utilizada na prática de enfermagem; o aperfeiçoamento de equipamentos para suporte ventilatório e novas técnicas cirúrgicas, vieram funcionar como instrumentos que contribuíram no processo de consolidação do papel da UTI no tratamento do paciente.

No Brasil, segundo Adahira (2000), a visão assistencial em UTI só começou a ser praticada por volta da década de 1970. Assistência intensiva que, tanto em termos de observação criteriosa, quanto de cuidados contínuos ao paciente criticamente enfermo, tem sua descrição nas civilizações mais antigas, como a do Egito e da Grécia.

Na atualidade, as unidades destinadas a receber pessoas com maior nível de comprometimento em sua saúde, já que se voltam a um cuidado intensivo, devem ter à sua disposição recursos humanos com qualificação mais específica, assim como materiais de tecnologia de ponta (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2000).

O desempenho das atividades cotidianas em UTI consiste na realização integral e abrangente de assistência aos pacientes por profissionais da saúde preparados, atualizados e com habilidades no manejo de técnicas, e no uso e aplicação dos princípios científicos. Esses pontos são imprescindíveis em toda a área de atuação da equipe multiprofissional, pois o tipo de pacientes internados nesses ambientes é, via de regra, de extrema gravidade clínica, com uma ampla margem de instabilidade em seu estado geral, exigindo, com frequência uma pronta intervenção da equipe de enfermagem e multiprofissional.

Para o exercício dessa atividade, é necessário dispor-se de instrumentos tais como: sistematização da assistência de enfermagem, equipamentos para medição dos sinais vitais, suporte ventilatório e outros que forneçam subsídios ao desempenho profissional eficiente e que ajudem em seu direcionamento (CARRARO, 1998).

Aqui no Brasil, a modalidade de enfermeiro intensivista surgiu com a criação das primeiras unidades de terapia intensiva, porém a sua inserção na legislação ocorreu com a criação da Lei do exercício profissional (n.º 7.498 de julho de 1986), regulamentada pelo Decreto n.º 94.406 de julho de 1987, COREN-CE (2002). A partir desse Decreto a profissão foi disciplinada com o estabelecimento e delimitação das atividades profissionais da equipe de enfermagem e com as atribuições privativas do enfermeiro de: planejar, coordenar, avaliar e executar, entre outras, cuidados diretos ao paciente grave com risco de vida.

Com a consolidação de uma legislação específica, surgiram inúmeras propostas para satisfazer a demanda assistencial e para preencher as deficiências do cuidado de enfermagem em UTI que a complexidade do serviço exigia porém a nossa realidade não satisfaz a determinação da legislação como um todo, pois trabalhamos com uma relação enfermeiro/paciente menor que as necessidades, a proporção 1:9, seguindo, portanto o que preconiza a portaria n.º 3432 de 12/08/1998 do Ministério da Saúde, por vez inviabiliza o cuidado direto do enfermeiro a um quantitativo tão grande de pacientes graves, tornando necessário um número maior de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem na assistência junto ao paciente grave.

Brotava, então, a necessidade da adequação na formação e complementação profissional, a fim de capacitar o enfermeiro a lidar com o paciente portador de complicações diversas, assim como, administrar adequadamente a equipe de enfermagem e interagir com equipe multiprofissional, tornando possível a aprendizagem interdisciplinar, nessas unidades hospitalares.

Nas décadas de 1940 e 1950 começou a ser utilizado na América do Norte o termo “especialista” em enfermagem, quando enfermeiras americanas perceberam a importância da assistência de enfermagem, mesmo estando sempre, em aperfeiçoamento o entendimento sobre a exatidão da natureza e do conhecimento necessário para a prestação do cuidado (LINO; SILVA 2001).

Hoje, essa circunstância vem sendo bem mais trabalhada, uma vez que os métodos e técnicas se apoiam mais na realização e aplicação dos resultados de pesquisas. O que evita, portanto, ocorrências que Lino e Silva (2001) denominam de aprendizado por meio das repetições de tarefas, com base no ensaio e erro,

rotinização de tarefas, assim como, a inconsistência e a margem de indefinição da condição clínica dos pacientes. Existe hoje, portanto, o favorecimento do trabalho de enfermagem, mesmo que as enfermeiras especialistas e chefes de unidades hospitalares, ainda desenvolvam cargos de educadoras, supervisoras e administradoras dos serviços.

Dos anos 1960 a 1970 a enfermagem em UTI foi marcada pelo entusiasmo e deslumbramento de vivenciar uma tecnologia com aspecto de nova ciência. O desenvolvimento de novos equipamentos e modalidades terapêuticas e de diagnósticas, requerendo vigilância contínua e rigorosa, mudava o foco de atenção dos enfermeiros que se voltavam para o aprendizado e domínio da tecnologia instrumental.

Nas duas décadas subseqüentes, a enfermagem em UTI voltou sua atenção para o direcionamento e organização de métodos e técnicas de serviço e dos processos da prática profissional; no estudo das conseqüências do estresse, dos aspectos que envolviam questões éticas e para a conseqüente pesquisa sobre a reorganização e avaliação da assistência de enfermagem, conforme destacado em estudos de Leopardi (1994); Cianciarullo (1998); Santos; Toledo; Silva (1999); Silva (2000); Lino; Silva (2001).

Desde seu início, o *saber/fazer* da enfermagem em UTI é considerado algo importante, mesmo que nem sempre, a assistência tivera necessariamente uma conotação significativa de eficiência e qualidade, visto que essa comprovação e avaliação, conforme a característica do próprio serviço são complexas e abrange muitas vertentes, em particular a humanística, carregada de muita subjetividade.

A tecnologia vem, de certa forma, atuar como legitimadora do ato profissional, a favor da instituição hospitalar prestadora desses serviços de saúde, que a utiliza e passa a adotá-la até como um dos critérios de avaliação de qualidade (BASTOS, 2002).

O modelo assistencial vigente em UTI, com base na estruturação e implementação de ambientes mais humanizados para cuidados intensivos, uma vez que constitui uma necessidade e um direito de todos os seres humanos, é uma meta que vem sendo perseguida pelos profissionais de saúde, em particular pelo

profissional enfermeiro, comprometido em prover cuidado e conforto, que preservem, estimulem e recupere o bem-estar do indivíduo, em seu processo saúde-doença.

Percebe-se, entretanto, que o cuidado em UTI é, muitas vezes, realizado de forma não humanizada, seguindo protocolos e rotinas, o que redundava em um cuidado tecnicista, ocasionalmente exaustivo e estressante, podendo exaurir as relações pessoais e interferir nos resultados da qualidade, tendo em vista a melhoria das condições de sobrevivência do paciente e o respeito à sua dignidade humana. O cuidado rotineiro pode incorrer no risco da supressão da espontaneidade à realização do cuidado e no tolhimento da energia do cuidador com repercussões em todo o sistema que inclui cliente, família e comunidade.

Todos esses encaminhamentos vieram contribuir para uma reflexão sobre a postura do enfermeiro de UTI, atribuindo-lhe uma nova imagem, ainda que estereotipada, pautada no domínio do aparato tecnológico, no conhecimento adquirido a beira do leito com o agravamento fisiopatológico dos pacientes e por meio do embasamento teórico do cuidado de enfermagem, que respalda a assistência. Essa imagem parecia diferenciá-lo dos demais grupos de enfermeiros do ambiente hospitalar.

Os sentimentos gerados por essas ocorrências desencadearam nos profissionais da especialidade de intensivista o desejo de debater com mais profundidade o assunto, o que os levou a se unirem, fundando a primeira associação de enfermeiras de UTI, em 1969, a American Association of Critical Care Nurses (AACN), nos Estados Unidos da América, associação essa, que é responsável até os dias atuais, pela divulgação mundial de produções científicas da prática de enfermagem intensivista (LINO; SILVA, 2001).

Apesar das especificidades e peculiaridades de nossa realidade sócio-econômica, política e cultural, o modelo assistencial e estrutural americano foi transposto para nossas unidades de terapias intensivas, trazendo algumas dissonâncias, visto que Helman (1994) afirma que um ponto importante na compreensão do papel cultural é a visão contextual dessa, pois essa é composta de elementos sociais, políticos, históricos, econômicos e geográficos, podendo a cultura

de qualquer grupo de pessoas em qualquer tempo, vir a ser influenciada por fatores diferenciados.

Com essa transposição de modelos, de certa forma, inadequada, houve a priorização da assistência especializada fazendo com que os níveis de atenção à saúde secundária e terciária sobrepujassem o nível primário, o que constituiu um descompasso com a situação social e com as políticas de saúde brasileiras, levando em conta ainda que segundo Almeida, (1997, p. 54-55):

As políticas de saúde passam pela organização dos serviços de saúde, questionamento de sua qualidade, por condições dos profissionais de saúde quanto ao quantitativo, qualitativo e sua formação ética e técnico-científica, pela concentração de recursos, nas ações curativas e de natureza individual em detrimento das coletivas.

É indiscutível a necessidade de a assistência de enfermagem ao paciente crítico ser desenvolvida essencialmente por enfermeiros, porém os recursos humanos disponíveis em enfermagem e os interesses institucionais tais como a redução de gastos, nem sempre favorecem esse propósito (TAKAHASHI, 1991, *apud* LINO; SILVA, 2001).

A nossa realidade de política pública municipal, viabilizada pelo Ministério da Saúde, orienta que seja utilizada a proporção de dez pacientes para serem cuidados por um enfermeiro e seus auxiliares, e esse ainda deve coordenar e gerenciar o setor e a equipe de enfermagem (BRASIL 2003). Essa realidade nos leva a contradições entre o ideal/real, portanto, o enfrentamento da situação de trabalho diário pode incompatibilizar e distanciar o enfermeiro do cuidado direto com pacientes graves, sendo esse na maioria das vezes, realizadas unicamente pelo auxiliar de enfermagem.

É verdade que a inserção das unidades de terapias intensivas em nosso meio, veio, ao mesmo tempo em que melhorar a assistência aos pacientes, também ampliar espaços para a prática da enfermagem, porém para isso, foi necessário adaptar-se às condições de trabalho hospitalar a essa assistência especializada. A Enfermagem sofreu alguns prejuízos trazidos por essa adaptação, no que se inclui o descompasso entre real/ideal e teoria/prática, visto que a ideologia que é praticada

no dia-a-dia, não favorece uma articulação entre teoria e a prática. Permanecendo ainda nos dias de hoje.

Observa-se que ocorre uma supervalorização da prática, como modelo desejável e exclusivo da realização da assistência de enfermagem, no qual as técnicas se movimentam no ritmo imposto pelo cotidiano, não facilitando que a atitude reflexiva deixe de ser um lugar elitizado, como operação exclusiva dos teóricos (LEOPARDI, 1994).

O cotidiano complexo que envolve a UTI faz com que os membros da equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, na maioria das vezes, não incluam em sua rotina o falar, o ouvir e tocar seus pacientes. O que pode vir a justificar, de alguma forma, a tarefa, traduzida pela autora citada, como uma atitude que evidencia o aspecto da prática do cuidar, sem uma forma reflexiva sobre seu próprio fazer, ocasionando que na maioria das vezes, a aproximação do profissional com o paciente só ocorre para a realização de uma ou mais técnicas de enfermagem.

A essência da profissão de enfermagem está na excelência do cuidar, não apenas dirigida para problemas fisiopatológicos ou no ambiente e equipamentos especiais, mas para o processo de tomada de decisões direcionados também, às questões psicossociais, ambientais e familiares (WALDOW, 1995; LEOPARDI, 1994; MARRINER, 1989).

A falta de conhecimento existente em nossa sociedade sobre o papel desempenhado pelo profissional enfermeiro é, na maioria das vezes, beneficiada pelas falsas ideologias, veiculadas por meio de profissionais que medicam, trocam curativos e só cuidam por intermédio de procedimentos técnicos, como que somente a prática seja o meio isolado de cuidado dos pacientes, vindo a refletir sobre cultura profissional, essa visão de mundo encoberta de valores e crenças indesejáveis, que poderão vir a influenciar na qualidade de assistência de enfermagem em UTI.

A enfermagem tem como responsabilidade e compromisso o resgate do sentido de agir, não somente por meio de ações técnicas como prioritárias, mas por meio da atenção, carinho e ajuda, pois esses são elementos indispensáveis ao cuidado de enfermagem (SILVA, 2002).

Um dos mitos enfrentados pelos enfermeiros é o da dicotomia entre a teoria e prática, visto estar a profissão calcada em uma estrutura que dificulta a integração dos dois componentes, devendo, portanto ser modificada. Essa situação sempre é pauta nas discussões entre enfermeiros docentes e assistenciais, situação essa, geradora de lacuna quase intransponível entre os dois seguimentos profissionais, o que se não receber a urgente interferência desses profissionais poderá continuar a trazer prejuízos para a qualidade da assistência e da produção social do trabalho.

Existe uma ideologia que privilegia os conceitos e interesses pessoais e institucionais, no qual a técnica e seus reprodutores movem-se no ritmo imposto pelas rotinas e pelo cotidiano, supervalorizando a prática como paradigma referencial e postura de profissionais tecnicamente exemplares, desviando a atitude reflexiva sobre o próprio fazer para um plano alienado (LEOPARDI, 1994).

A realidade da assistência à saúde em nosso país demonstra contrastes que influenciam na prática assistencial de Enfermagem em unidades de terapia intensiva. Convivemos com os extremos de referência assistencial, passando pelas condições sócio-econômicas precárias, carência de qualificação, até a elitização e aprimoramento das técnicas nos tratamentos, cultuando sua eficiência e afastando o enfoque humanista que contribui para uma boa assistência de enfermagem o que certamente valorizaria o paciente como ser humano e a qualidade de sua assistência.

Entendemos que estejamos carecendo de mudança no comportamento social, para a existência de um novo paradigma, no qual a pessoa seja recebida como única, dotada de sua história pessoal, com seus valores e suas crenças, a fim de que receba um atendimento humanizado, a partir de um encontro que pressupõe escuta, olhar aberto e amoroso, referido como ideal por Silva (1996); Backes; Martins; Dellazzana, (2001); Ruichert; Costa (2001). A humanização requer um encontro entre a equipe de enfermagem e a pessoa doente, em que a condição essencial seja a vontade de encontrar e de ser encontrado.

O cuidador deve desenvolver a capacidade de se conhecer e saber reconhecer seus estados d'alma, como o amor, a empatia, entre outros. Essa capacidade diminui as possibilidades de conflito, pois abre caminhos para a

comunicação com o outro. Tudo é pessoal, individual e intransferível em seu sentir (VENUSO, 2001).

A assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva deve basear-se no planejamento e organização do serviço seguindo normas e protocolos da cultura institucional, estabelecidas em documentos que regulamentam o serviço hospitalar.

Deve ainda ser considerado o documento apresentado pelo Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, produzido por técnicos do Ministério da Saúde, centros de colaboradores e hospitais clientes, em outubro de 2001. No referido documento, explicita-se que padrões culturais do cuidar incluem ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, influenciando o bem-estar e a saúde do indivíduo, bem como as condições humanas gerais de quem cuida e é cuidado, do estilo de vida no contexto ambiental (BRASIL, 2001).

O universo cultural dos que cuidam e dos que são cuidados constitui fator de fundamental importância a ser considerado no estabelecimento da organização e da administração de recursos para o atendimento a pacientes graves, considerando um modelo humanizado, que contemple os preceitos éticos e legais da profissão.

Com base nesse enfoque, algumas questões nortearam o foco desta investigação, sabendo-se da importância de manter um serviço de enfermagem culturalmente voltado para o encontro entre seres e fazer, tendo em vista a conotação da influência da cultura e o respeito aos seus preceitos, questionamos:

- Que prováveis fatores culturais influenciam o enfermeiro a trabalhar em uma unidade de terapia intensiva?
- Quais fatores culturais podem ser identificados como praticados pelo enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva?
- Que valores e crenças relativos a dar e receber cuidado e conforto orientam o enfermeiro que trabalha em UTI?

Essas questões destacam o planejamento como possibilidade para transformar a realidade envolvendo: gerenciamento, participação, recursos humanos e a transformação (Silva, 2000). O planejamento de uma unidade de terapia intensiva deve estar em conformidade com o conjunto de ações destinadas ao atendimento de pacientes com risco iminente de morte e com possibilidade de recuperação, que necessitem serviços de assistência médica e de enfermagem nas 24 horas.

Dessa forma, acreditamos que nossa pesquisa é oportuna ao suscitar a questão da cultura do profissional enfermeiro, como fator influenciador na assistência de enfermagem em UTI.

A idéia decorre de nossa vivência de uma década como enfermeira assistencial em unidade de terapia intensiva, do maior hospital de emergência da rede municipal de Fortaleza, que recebe pacientes adultos portadores de patologias clínicas e cirúrgicas, em sua maioria, politraumatizados e também na docência, ministrando disciplinas da área de enfermagem, acompanhando e supervisionando alunos em cuidados a pacientes adultos.

Meus primeiros passos em UTI como enfermeira assistencial, levaram-me a conviver com um aparato tecnológico que é uma forte marca nesse setor. Ao meu ver desempenhando procedimentos técnicos, sentia-me competente profissionalmente. Essa competência resumia-se em ações técnicas tais como instalação de catéter gástrico e vesical, monitorização cardíaca, ventilação mecânica, aspiração traqueal, cuidado com higienização, troca de curativos, avaliação clínica de enfermagem, cuidados esses que mesmo voltados para os aspectos técnicos-biológicos, mostravam-se eficazes ao paciente, parecia atender suas necessidades, considerados, portanto ideal.

Durante esse tempo venho observando e até mesmo vivenciando no cotidiano, as dificuldades da equipe de enfermagem, na qual encontro-me inserida, em manter uma excelência no cuidar. Essa dificuldade passa, hora por questões administrativas e financeiras da própria instituição, hora pelo difícil gerenciamento clínico de enfermagem que envolve elementos básicos como: planejamento, participação, recursos humanos e materiais, transformação e pelas diferenças na

Capítulo 2

forma dos profissionais expressarem seu comportamento em relação à assistência de enfermagem prestada, que pareciam estar ligadas a padrões culturais.

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros guardam aspectos peculiares ao seu trabalho, desde o domínio do conhecimento técnico-científico e habilidades específicas e de gerências; o manuseio de equipamentos sofisticados que ajudam na recuperação do paciente, além de participar nas atividades administrativas, podendo melhorar a organização e supervisão da UTI.

Assim sendo, tivemos por meta, analisar como o enfermeiro, que trabalha em UTI, vivenciando o contexto cultural próprio da UTI, compreende esse universo de cuidado, compartilhado por ele e demais elementos da equipe de enfermagem e seus pacientes, a partir do contexto de que a tecnologia atua como legitimadora das ações, baseando-se em parâmetros ambientais, assim como nos valores, crenças e modo de vida, dos profissionais enfermeiros que lá trabalham.

1. 2 Objetivos

Geral

- Compreender o contexto cultural da prática do cuidado de enfermeiros que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva.

Específicos

- Identificar os fatores culturais envolvidos no ser e fazer do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva.
- Descrever a influência dos fatores culturais no padrão de cuidado oferecido em Unidade de Terapia Intensiva.
- Caracterizar o encontro entre valores e crenças dos enfermeiros e o modo como os cuidados são oferecidos ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva

A UTI é uma unidade do ambiente hospitalar que tem por objetivo proporcionar a execução de ações destinadas ao atendimento de pacientes críticos com risco iminente e com possibilidade de recuperação que requeiram serviços de assistência médica e de enfermagem por 24 horas (BRASIL, 2001).

É vista como um ambiente desgastante, estressante, tenso, em que muitas vezes existem dificuldades em prestar ações com características humanizadas, aquelas que dizem respeito à situação histórica e valor individual do homem, entretanto, nem sempre, é ele considerado meio ou instrumento dessas ações, as quais deveriam ser de maior afetividade, compreensão, sensibilidade e solidariedade com a condição de pacientes e de suas famílias.

A importância dada ao valor e ao aparato tecnológico em vista da árdua rotina de trabalho, impede muitas vezes, que o paciente seja tocado, até no momento em que é medida sua temperatura corporal, uma vez que essa ação é feita por aparelhos de precisão, dispensando assim a aproximação do enfermeiro ao leito do paciente. Esse aparelho, porém não substitui a afetividade e conforto de um toque acolhedor para sentir mudanças no padrão de temperatura e agir quando necessário.

A UTI é um setor visto como unidade especializada, com locação de recursos humanos e tecnológicos. A complexidade desse serviço relaciona-se às situações críticas dos pacientes ali internados que necessitam de assistência dirigida não apenas para seu estado fisiopatológico, mas também para as questões psicossociais, familiares e ambientais (ZAMBERLAN; COSTENARO, 2001).

É a UTI um local em que os equipamentos são avançados e de alta precisão. A contínua movimentação das pessoas que oferecem cuidados, e o barulho

dos equipamentos contribuem para o aumento do estresse e da ansiedade, tanto dos profissionais, como dos pacientes e de seus familiares (LEMOS; ROSSI, 2002).

O cotidiano enfrentado pelos enfermeiros que trabalham em UTI lhes impõe um alargamento de perspectivas na observação, realização e gerenciamento, do ponto de vista das suas atividades profissionais. O desempenho dos procedimentos técnicos no contexto de sua prática constitui o meio ideal de aproximação dos pacientes sob seus cuidados, os quais podem ser visualizados pelos enfermeiros enquanto atitude e prática concreta.

É necessário analisar no conjunto o sistema assistencial e administrativo, aos quais o cuidado está integrado à base institucional bem como à cultura dos que cuidam, subsidiados pelo saber científico e tecnológico, regidos por normas e rotinas que determinam horários para higienização, alimentação, sono e repouso, de tal forma a desrespeitar, assim, o contexto cultural do paciente, que subjugados pela doença, pelo medo, pela ansiedade em minimizar sua dor, entregam-se à imposição das rotinas hospitalares.

Assim, as ações do cuidar de paciente requerem mais do que só o domínio de questões ligadas à dimensão técnico-profissional, mas também de cooperação, da prática da ética em ouvir e ajudar no atendimento das necessidades biológicas e, mesmo de outras de maior complexidade, como orientações sobre exames ou de preparo para cirurgias, estreitando os laços das inter-relações pessoais e culturais, a fim de reduzir o abismo existente entre práticas ligadas ao cotidiano domiciliar e hospitalar.

As práticas do cuidado envolvem variáveis que devem ser construídas, ao longo de experiências do cuidar no processo de transformação do binômio saúde/doença e nas condições de ser e viver em sociedade. Assim, o cuidado envolve dimensões afetivas, uma vez que está ligada às formas de estar presente por inteiro, demonstrando afeto e carinho, valorizando o outro, mas também nas dimensões técnicas/instrumental, tornando o cuidado um momento de encontro e troca relacional e cultural.

O cuidado de enfermagem percorre o caminho do conceito individual e coletivo e assim se constrói a identidade da profissão de enfermeiro que na complexidade do cuidado interage com a equipe multi e interprofissional na busca da melhoria de suas ações (LOPES, 1998).

A divisão do trabalho profissional e intra-equipe de enfermagem pode interferir nas atividades que o enfermeiro realiza, já que sofre influências do modelo biomédico, do aparato tecnológico, assim como também pela própria dinâmica organizacional da instituição hospitalar, no entanto, o trabalho dos enfermeiros deve distanciar-se desses estereótipos e descobrir formas de realizar o cuidado, utilizando-se do embasamento científico e da tecnologia como meios para interagir com o paciente ajudando-o nas suas necessidades biopsicossocioespirituais.

O cuidado e o cuidar são formas complexas, vistas como prática técnica e relacional da enfermagem, a qual resulta da dinâmica das relações socio-profissionais, além de uma pluralidade conceitual e situacional. É necessário pensarmos também na questão de gênero e na dimensão do saber-poder profissional, porque apesar de serem maioria na enfermagem e terem alcançado degraus elevados com o desenvolvimento da profissão, as mulheres ainda ocupam posições em nossa sociedade de subordinação as quais se estendem às relações com os profissionais de saúde (LOPES, 1998).

Dessa forma, a consolidação do cuidado deve incorporar suas ações não somente tecnicistas, mas também de expressividade afetiva, de atenção para com o outro e para o que se faz, contribuindo assim, para uma atuação integral enquanto prática profissional, considerando um instrumento importante para a recuperação e bem-estar dos pacientes internados em UTI, como dos profissionais cuidadores.

O ato técnico, segundo Melhoramentos (1997), é o modo de proceder ao conjunto de métodos e pormenores práticos na execução de uma profissão, foi e ainda é, de certa forma, mais cômodo e quantificável, serve de parâmetro de qualidade assistencial hospitalar e fornece uma certa ascensão e valorização do trabalho dos enfermeiros, sobretudo, os de UTI, contudo, a priorização de um novo paradigma profissional e institucional, que privilegia e valoriza as relações humanas centradas no profissional-paciente e em sua família, numa proposição ético-

profissional mais humana, tem em vista o aprimoramento da qualidade de assistência de enfermagem (WALDOW, 1998; BACKES; MARTINS; DELLAZZANA, 2001; ZAMBERLAN e COSTENARO, 2001).

A tecnologia e o saber compartilhados pelos profissionais em UTI, muitas vezes atuam como valores culturais, uma vez que desempenham um papel de manutenção da cultura estabelecida naquele setor. A função de um valor cultural é sustentar o fenômeno compartilhado por um grupo de profissionais, em particular pelo de enfermeiros, podendo regular, moral e socialmente o comportamento desses, articulando-se com suas ações e convicções.

A utilização da tecnologia - máquinas e instrumentos, usados no processo diagnóstico-terapêutico em UTI são necessários, podem facilitar e ajudar na recuperação de pacientes, facilitando o fazer do enfermeiro, uma vez que valoriza sua ação, porém pode também vir a interferir de forma negativa, levando ao distanciamento na relação entre o profissional e seus pacientes (BASTOS 2002). Entretanto, na visão do paciente, devido a falta de orientação e entendimento entre as partes, isso poderá significar ansiedade ou até ser causa de iatrogenia.

O enfermeiro que demonstra competência técnica-científica no manejo do cuidado em terapia intensiva experimenta um respeito e atenção expressada por outros membros da equipe de saúde de uma instituição hospitalar. Ele acredita que lhe é conferido um poder, status e prestígio diferente do dos demais. Esses adjetivos podem funcionar também como alvo e motivo de críticas, além de trazerem transtornos do tipo desentendimento e falta de diálogo entre os pares (BASTOS 2002).

O sistema tecnológico dominante em UTI, muitas vezes, dificulta a tarefa realizada por alguns enfermeiros que se esforçam em implementar um cuidado de enfermagem com dimensões afetivas, sendo mais solidário, compreensivo, demonstrando sua ajuda, valorizando o outro e o modo humano de ser e fazer.

A rotina diária desenvolvida nessa unidade é complexa, fazendo com que os membros da equipe, na maioria das vezes, esqueçam de aproximar-se dos pacientes sem ter necessidade de realizar um procedimento técnico, de tocá-los, conversar e até ouvi-los. A própria dinâmica da UTI, com horários pré-determinados

para quase todas as ações do cuidar, dificulta os momentos de reflexão para que os profissionais do setor possam ser melhor orientados.

Os agentes agressivos ambientais de uma UTI do tipo: iluminação e ventilação artificiais, ambiente fechado, alarmes de aparelhagem disparando o tempo inteiro, atingem tanto os pacientes, como os profissionais que lá trabalham, em especial os da equipe de enfermagem que diariamente convivem, oferecendo cuidados em situações de urgência, com barulhos estressantes, com a obscuridade dos prognósticos, melhorias do quadro clínico dos pacientes gravemente comprometidos, com um certo confinamento, com a dor e com a morte (BACKES; MARTINS; DELLAZZANA, 2001).

O setor parece oferecer um ambiente, agressivo e estressante, porque não dizer traumatizante, da instituição hospitalar, mas também repleto de oportunidades gratificantes, aquelas ligadas à satisfação por se ver a recuperação de um paciente, o reconhecimento dos familiares pelas ações do cuidar que contribuem na recuperação de seus entes. Mesmo com todos esses agravantes, a UTI é o local ideal para o atendimento a pacientes graves potencialmente recuperáveis.

2.2 Assistência de enfermagem: humanização e qualidade como componentes importantes do cuidado

➤ Cuidado de enfermagem e humanização

A necessidade de humanização no ambiente da UTI decorre das circunstâncias que podem gerar efeitos negativos sobre todos que lá estão, sejam pacientes, profissionais e mesmo a família, envolvida direta ou indiretamente com a situação que é de alta complexidade pela gravidade dos pacientes atendidos e pela utilização da tecnologia de ponta. Os pacientes internados em UTI são carentes de cuidados de excelência, que devem ter em vista não só os problemas fisiopatológicos, mas também as questões psicossociais, ambientais e familiares que circundam a vida desses seres, carentes, principalmente do cuidado humano que se

torna intimamente interligado à doença física (BACKES; MARTINS; DELLAZZANA, 2001; ZAMBERLAN e COSTENARO, 2001).

Faz-se necessário, conforme Vila e Rossi (2002), abordar a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI, tendo como finalidade, a estimulação de uma reflexão da equipe e em especial do enfermeiro, visando, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao paciente criticamente enfermo, considerando-o como um ser biopsicossocioespíritual, assim como também o são, a equipe e a família que necessitam, portanto, co-habitar em um ambiente, que se adeqüe a essa filosofia no contexto do processo saúde-doença de pessoas internadas em UTI.

O ambiente físico de uma UTI, seus recursos tecnológicos e materiais são importantes no cuidado de enfermagem, mas não são mais significativos do que a humanização, compreendida segundo Mezzomo (2002), como valor na medida em que considera a vida humana, abrangendo circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, presentes em todo relacionamento humano, devendo, portanto simples peças do maquinário institucional.

É necessário um clima propício ao trabalho em equipe em prol da recuperação e reabilitação do paciente, havendo o respeito mútuo e a interajuda da equipe, na realização das metas fixadas, minimizando o estresse e a hostilidade do ambiente hospitalar, que normalmente provoca reações psicológicas como, medo, insegurança e ansiedade, para aqueles que cuidam e os que são cuidados (BACKES; MARTINS; DELLAZZANA, 2001).

A unidade de terapia intensiva possui características físicas propícias a favorecer maior vigilância aos pacientes, e facilitar atendimento mais eficaz, por meio da atuação da equipe multiprofissional, voltado para um objetivo comum: a recuperação de pacientes graves.

A UTI deve ser um local ideal para atender pacientes graves, devendo oferecer condições de recuperação, o que vem embasar a idéia de que os profissionais que lá atuam, em especial o enfermeiro, necessitam de constantes reflexões, a respeito do cuidado que é prestado (CARGNIN, *et al.*, 2001).

O conceito de cuidar se insere nos comportamentos e ações que envolvem os valores, conhecimentos, habilidades e atitudes, executadas no sentido de favorecer as potencialidades dos indivíduos para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer, sendo o bem-estar o fenômeno resultante do processo de cuidar (WALDOW; MARQUES; MEYER, 1995). Diz Corrêa (1995) que o cuidar revela-se de um modo significativo no existir profissional do enfermeiro, o mesmo é focalizado como atividade prioritária à recuperação de pacientes, à valorização e gratificação dos profissionais.

Ser um enfermeiro na UTI envolve a realização de atividades de aspectos gratificantes e limitantes, presentes no cotidiano do tipo, dispor ao paciente o conhecimento técnico-científico, valorizando a sua individualidade, singularidade e totalidade e assim mesmo com todo o aparato técnico e humano dispensado a esse, nem sempre se tem o sucesso na sua recuperação.

➤ **A qualidade no cuidado de enfermagem**

A construção teórica tende a direcionar-se para a necessidade de articular a assistência de enfermagem e a qualidade do cuidado numa dimensão, além do aspecto biológico, visto que buscamos interpretar a influência da cultura na qualidade no cuidado.

O termo assistência é colocado como ato ou efeito de assistir, acompanhar, ajudar, proteger indica uma ação de fazer algo por outro (MELHORAMENTOS, 1997). Quando nos referimos ao termo assistir em Enfermagem, é fazer pelo indivíduo tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, é ajudá-lo, ou auxiliá-lo, quando estiver impossibilitado de se autocuidar (HORTA, 1979).

O cuidado pode ainda ser conceituado como uma ação, é tomar conta, garantir a sobrevivência. Collière (1989), revela que é uma expressão existente desde os primórdios da história da humanidade, uma relação necessária para

garantir a continuidade do indivíduo, grupo e da própria espécie. A autora, (1989, p.28 - 29) ressalta ainda que:

Cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação.

Na história da Enfermagem a prática da assistência foi por muitos séculos exercida por mulheres e religiosas de forma empírica, e que com a era do cristianismo o cuidado de enfermagem foi exercido por cristãos em prol de enfermos e pobres, porém a qualidade desses cuidados era inconsistente, devido as perseguições religiosas e a falta de conhecimento técnico-científico (KAWAMOTO, 1986).

A assistência de enfermagem tomou forma de atividade profissional, ligada ao cuidado, a partir da concepção dos programas de formação profissional que constituíram um papel ideológico e moral para o enfermeiro, trazendo em seu bojo as práticas de cuidados aos enfermos com o auxílio do aparato técnico.

O aperfeiçoamento e qualificação da assistência de enfermagem devem ser considerados como elementos diferenciadores no atendimento ao paciente. A melhoria do processo assistencial deve passar também, pela melhoria da estrutura organizacional da instituição e principalmente da satisfação dos seus usuários. Não apenas pelos conhecimentos centrados na doença do paciente, situação essa que constitui a história passada e a base da cultura geral dos enfermeiros.

A prática de enfermagem foi impulsionada a utilizar-se, quase que exclusivamente, da tecnologia com aparato da medicina, criando assim instrumentos que focalizam a doença e não o doente. Essa influência centralizada na doença e na tecnologia não pode dar lugar à prática dos cuidados de enfermagem, tendo em vista que esses devem existir com a participação do enfermeiro e do paciente (COLLIÈRE, 1989).

Em consonância com o pensamento de Silva (2001), sentimos a escassez de estudos que focalizem a assistência de enfermagem, refletida na forma de cuidado com qualidade sob a perspectiva do enfermeiro, pois a este profissional cabe a responsabilidade de planejar, organizar, supervisionar e cuidar, além de outras

atribuições que são de sua competência executar, na UTI ou em outra unidade hospitalar, conforme descrito na Lei do Exercício Profissional, (COREN, 2002).

Acompanhando a tendência atual de aprimorar a qualidade de assistência de enfermagem em harmonia com o desenvolvimento tecnológico, o enfermeiro deve direcionar suas ações baseado em teorias e técnicas, fortalecendo a concepção de profissão científica, preocupada com o bem-estar do indivíduo. A Enfermagem necessita então acompanhar o aperfeiçoamento de seu objeto de trabalho, sem perder sua essência representada pelo cuidado humanizado, devendo funcionar como uma necessidade essencial.

2.3 A cultura e sua repercussão no cuidado de enfermagem

Cultura, na visão de Helman (1994), é definida como um conjunto de princípios herdados pelos indivíduos enquanto membro de uma sociedade, é a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, de comportar-se dentro dele em relação a outras pessoas, deuses ou a forças sobrenaturais e ao meio ambiente natural.

Refere o autor que as dimensões sociais da vida humana são enfatizadas pela Antropologia social, que é dominante e revela o ser humano como animal social, que se organiza em grupo, vizinhos com regulamentos e culturas distintas para perpetuação da espécie, caracterizando assim a sociedade, com regras que a sustentam organizada. As formas como são simbolizadas e transmitidas essas regras fazem parte da cultura dessa sociedade.

Desde o momento do nascimento encontramos-nos inseridos num determinado contexto cultural e então passamos a viver um determinado momento histórico, porém cada indivíduo apreende, de forma singular, os valores, crenças, hábitos, costumes e idéias, a partir dos relacionamentos existentes no contexto cultural, por meio de expressões, sentimentos e ações acumuladas no decorrer do processo histórico (SILVA; FRANCO 1996).

A cultura pode ser vista como uma lente herdada, da qual os indivíduos podem perceber e compreender o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele (HELMAN, 1994). Os indivíduos, de modo geral, orientam suas ações não em função da realidade objetiva, e sim, tomando por base as percepções e significados subjetivos, que são atribuídos às experiências durante o desenrolar de sua história pessoal e social.

Na prática assistencial, é possibilitado ao profissional e ao paciente, apreender concepções de mundo diversificadas, sendo que ambos, assimilam e passam a desenvolver modelos de relacionamento interpessoal, seguindo um paradigma cultural vigente, que no âmbito hospitalar, é influenciado pela dominação do biológico, do histórico e do antropológico. Os indivíduos que fazem parte da sociedade vêm o corpo humano não somente como um simples organismo físico, que oscila entre o binômio saúde/doença. É um foco de crenças, sua estrutura e funcionamento têm significados sociais e psicológicos.

Ao longo da convivência social aprendemos a considerar algumas partes corporais como públicas, são aquelas que ficam a mostra ou, que na nossa cultura ocidental é permitido mostrar. Outras são privadas, aquelas que ficam cobertas por vestimentas e só as expomos quando necessário como no caso de doenças, isso ocorre se houver confiança naqueles que nos cuidam.

É importante salientar o cuidar a partir da visão de mundo dos que cuidam e são cuidados, ou seja, da cultura pessoal e institucional, tomando assim direcionamentos diferenciados delineando, portanto, as ações e percepções do indivíduo como um ser institucional (SILVA; FRANCO, 1996).

No cotidiano assistencial de enfermagem, as ações dos profissionais são dirigidas por protocolos e rotinas. Os costumes e valores que se associam às doenças fazem parte do contexto cultural de uma sociedade, não podendo ser estudados de forma isolada. As reações das pessoas à doença, risco de vida e à morte, devem ser compreendidas por meio da cultura vigente da instituição de saúde e do tipo de cultura em que os pacientes e profissionais foram educados ou assimilaram por convivência.

As instituições de saúde são burocratizadas, e as rotinas passam a funcionar como diretrizes do cuidar, visando à eficiência no contexto em que o trabalho é desenvolvido pela equipe multiprofissional, embasada pelo conhecimento científico. Essas ações devem ser periodicamente avaliadas quanto à eficiência, qualidade de execução, recursos materiais e humanos disponíveis, visando às necessidades individuais do ser cuidado e do cuidador. Isso inclui as formas com que os pacientes são reconhecidos como doentes, o modo como apresentam a sua doença aos outros e as formas com que o paciente e sua doença são tratados.

Nas experiências sociais, apreendemos que as rotinas existem e se tornam normas culturais do ambiente hospitalar, que em seu bojo levam os mitos e desafios de ambientes frios, como o das UTIS, porém, com estruturas automatizadas e avanço tecnológico, isso muitas vezes dificulta e desmotiva as relações de trabalho, sendo, portanto, desenvolvidas e mantidas por nossa própria cultura.

Silva e Franco (1996) revelam ainda que as normas têm por finalidade evitar um certo envolvimento, formalizando as relações interpessoais, subtraindo as individualidades, fragmentando o ser que necessita de cuidados.

Faz-se necessário um relacionamento interpessoal como rotina na ação do cuidar/cuidado, prevalecendo os direitos e deveres do paciente e não somente os da instituição. Assim a qualidade de assistência do cuidar tomaria forma não somente pela necessidade de organização da instituição, mas pela implementação efetiva da humanização do cuidado, pois humanizar não significa negar ou desaprovar a mecanização e os meios automatizados de ação terapêutica, porém é a forma de adotar uma nova postura, um sistema, que mais do que a excelência de instalações e de novos equipamentos seja o resultado da interação entre humanização e a aparato técnico-científico.

A cultura tem em sua concepção a representação do conhecimento adquirido pelo indivíduo, sendo utilizada para interpretar as várias experiências e produzir um comportamento no contexto social, portanto o conceito de cultura pode ser utilizado como forma de entender a ação e a compreensão do binômio saúde/doença, buscando valores, crenças e modos de pensar e de agir, modificando a prática dos cuidados de enfermagem (DIAS, 2001).

A compreensão da natureza dos cuidados de enfermagem, é situada em um contexto único, dando um sentido de todo, além da sua real significação: o de sustentação da vida, o contexto do processo de vida e morte, ao qual o indivíduo passa em toda sua existência. Prestar cuidados, tomar conta, cuidar é um ato de vida, individual, que prestamos a nós mesmos, é também um ato de reciprocidade quando o prestamos a todas as pessoas que, por um tempo determinado ou indeterminado, necessitam de ajuda para realizar suas atividades vitais (COLLIÈRE, 1989).

Convivemos atualmente com a dominação tecnológica, com o avanço das ciências que abrem caminhos para novos instrumentos, métodos de investigação terapêutica, prolongando o raio de ação das disciplinas de prática da saúde. Essa disposição de tecnologia de precisão é crescente, porém desenvolve uma abordagem analítica, que reforça a fragmentação do indivíduo, separando o doente de sua doença, fatiando o corpo, separando-o do espírito. Toda essa situação tem sustentação na penetração sempre além da investigação dos elementos constitutivos dos organismos, chegando por fim na "peça anatômica".

A razão de ser da prática de enfermagem não deve compactuar tão somente com a supervalorização da doença ou até mesmo em torno das diferentes tarefas de tratar, observar, realizar, fazer..., deve ser ordenada a partir da conjunção do cuidado técnico e da compreensão holística do estado biopsicosocioespiritual do indivíduo, que naquele determinado momento passa pelo processo de adoecimento.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria cultural e cuidado de enfermagem em UTI

O termo cuidado é mostrado na história antropológica, como essencial à sobrevivência e desenvolvimento do ser humano. O estresse e os conflitos existentes na sociedade poderiam vir a dizimar culturas, se não fosse a perpetuação das ações do cuidado humano por meio de proteção do indivíduo ajudando, assim, na minimização de tais conflitos (LEOPARDI, 1999).

Leininger, (1991) interroga, qual seria a expectativa do mundo de hoje no sentido de perpetuação da espécie humana, se não houvesse os serviços do cuidar? Mesmo que os serviços sofram influências dos contextos sociais, políticos-culturais e ecológicos vigentes, como violência urbana, mudanças no padrão econômico e social de vida, posturas políticas que não beneficiam a toda população, favorecendo aqueles que têm melhor padrão econômico, além das guerras, poluição e o retorno de epidemias que já haviam sido erradicadas.

Segundo a autora, e referendado por Leopardi (1999), o cuidado é a essência da enfermagem, além do seu foco unificador e dominante à sobrevivência, ao bem-estar, à saúde e à cura do indivíduo, enfrentando as dificuldades, até mesmo da morte. Diz a autora que *não existe cura sem cuidado*.

Baseando-se no paradigma de que o cuidado de enfermagem em UTI tem importância relevante na manutenção, recuperação e readaptação de pacientes graves com risco de vida, é que destacamos a humanização como imprescindível, realçando a qualidade na assistência do cuidar. Da era Nightigale até os dias atuais, relacionamos a essa qualidade de assistência de enfermagem prestada, o fator cultural, pois apoiamo-nos em estudos, observações sistemáticas e reflexões do modo de vida, valores e crenças da população, para preservar e restabelecer a saúde dos pacientes que necessitam de cuidados de enfermagem. Ao cuidar, preservando a singularidade e a individualidade do paciente, o enfermeiro tem em

Capítulo 3

suas crenças e valores, pontos determinantes de comportamentos que são formas de conhecimento advindos dos hábitos de vida, que iluminam e constroem o fundamento da personalidade (COLLIÈRE, 1989).

É proposta das unidades de terapia intensiva oferecer cuidados multiprofissionais, incluindo os de enfermagem, além da contínua e integral realização de observação sistemática, tanto relativa ao sistema humano quanto à tecnologia, com base nas necessidades singulares e individual de cada paciente. Assim, a UTI tem por finalidade minimizar a morbimortalidade própria dos pacientes críticos e ao mesmo tempo, tentar promover a recuperação desses pacientes, visando uma qualidade de vida satisfatória e digna (CEARÁ, 1994).

Os valores, práticas e crenças do cuidado são influenciados pela linguagem, visão de mundo, religião, contexto sócio-político e educacional de cada pessoa, além das condições econômicas e ambientais na cultura em particular, (WALDOW, 1995). Os cuidados de enfermagem serão tão mais eficazes quanto seja a coerência de valores, expressões ou padrões existentes entre os indivíduos que cuidam e os que são cuidados, pois dessa forma os cuidados culturais podem ser reconhecidos e utilizados adequadamente de forma significativa pelos que compõem a equipe de enfermagem, em especial, pelo enfermeiro na sua prática assistencial, (LEININGER, 1991).

Conforme Vieira e Barroso (2001), a cultura é um dos fatores que influenciam na determinação dos agravos à saúde, no processo de cura e do bem-estar, tanto dos que são cuidados, como dos profissionais que se propõem a exercer a prática do cuidar.

Partindo-se do pressuposto de que para ter uma boa qualidade de assistência de enfermagem é necessário considerar que o processo saúde-doença não pode ser avaliado, unicamente sob uma perspectiva, uma assistência técnica-científica, mas que possa ser colocada em prática, nas dimensões biopsicossociais em que o ser humano circula, respeitando-se o conhecimento e as diferenças culturais de cada pessoa, excluindo-se as que violam, prejudicam e quebram princípios, incluídos na declaração universal dos direitos humanos (SILVA; FRANCO 1996).

Leopardi (1999) descreve a Enfermagem, como uma disciplina de cuidados transculturais humanísticos cujo propósito profissional maior é servir o ser humano. Leininger (1991), sustenta em sua teoria, a proposta de que a administração de cuidados de enfermagem é uma prática de profundas raízes culturais e requer um conhecimento de base cultural além de suficiente capacitação científica para uma aplicação eficaz.

A assistência de enfermagem que é oferecida em UTI visa, de acordo com as circunstâncias de cada paciente, a qualificá-lo para o retorno a suas atividades, parcial ou em sua totalidade, buscando minimizar suas necessidades biopsicoespirituais. Podemos perceber que, o papel do enfermeiro está além do cuidar de sinais e sintomas físicos apresentados pelo paciente, devendo centrar-se na identificação de seus problemas, a fim de assisti-lo em sua plenitude, visando suprir suas necessidades básicas, sempre procurando avaliar a assistência garantindo a eficácia do cuidar (SANTOS; TOLEDO; SILVA, 1999).

O cuidar acontece, com frequência, dentro de um campo de relações, pelo qual nem tudo pode ser codificável ou respondido com técnicas objetivas e passíveis de serem repetidas sempre da mesma forma. A noção de assistência de enfermagem em UTI com qualidade deve ser composta, tanto pela competência técnica do profissional enfermeiro, quanto por sua capacidade em interagir com todo o arcabouço cultural dos que cuidam e dos que são cuidados. É necessário exercitar a capacidade de ouvir e perceber as necessidades do paciente, e que as formas do cuidado de enfermagem, técnicas e humanas, que os pacientes necessitam são diferentes daquelas norteadas tão somente pelo discurso técnico (TEIXEIRA, 2000).

3.2 Cuidado, Cultura e Enfermagem

O termo Enfermagem transcultural foi definido por Leininger, no ano de 1979, como um ramo da enfermagem que estuda e analisa comparativamente a cultura - crenças e valores na enfermagem com respeito a suas práticas de cuidados em relação ao processo saúde-doença. Tendo por objetivo propor um atendimento significativo e eficaz para os indivíduos que buscam esse cuidado sem infringir seus

valores culturais. Essa, em seus estudos antropológicos, utilizava-se da etnografia como abordagem qualitativa de pesquisa, percebendo que a Enfermagem necessitava de um método próprio para respaldar os fenômenos de pesquisa em estudo.

A abordagem etnográfica, segundo Spradley (1980), possibilita descobrir além do que as pessoas sabem e conhecem, busca compreender como chegaram a esse conhecimento, mediante a escuta e observação do pesquisador no campo, compreendendo o significado cultural atribuído pelos informantes em seu contexto.

O pesquisador que opta pelo estudo etnográfico, como método que busca entender a perspectiva cultural de um grupo, utiliza-se via de regra, da observação participante, entrevista e diário de campo, para realizar a coleta de dados.

É necessário passar um tempo adequado em campo, para estudar e se familiarizar com a cultura do grupo, obtendo informações com uma visão holística do contexto local. Ou, em outra instância, quando pertence ao grupo torna-se necessário um exercício de distanciamento, a fim de que possa investigar e analisar, com a máxima neutralidade possível, os eventos em questão.

DIAS (2001), argumenta que métodos baseados em modelos quantitativos, não abrangem alguns fenômenos da Enfermagem que por sua complexidade, necessitam de um maior envolvimento para assegurar o estudo do cuidado humano.

A necessidade de compreender o cuidado de enfermagem prestado pelo enfermeiro no cotidiano da UTI, é que:

Na perspectiva etnográfica busca-se descobrir o ponto de vista do informante, como é percebido e ordenado o seu universo e a relação dentro do contexto pesquisado (Frota, 1998, p.26).

Leininger (1991) afirma que o cuidado humano é essencial para a Enfermagem como profissão e como disciplina. Por acreditar que as práticas de saúde são específicas e comuns de uma determinada cultura. Criou a Teoria do cuidado cultural ou diversidade e universalidade do cuidado cultural, nessa os termos *diversidade*, refere-se aos pontos incomuns do cuidado cultural, e

universalidade, aos pontos comuns do cuidado nas diversas culturas. (LEININGER *apud* GEORGE, 2000).

Trabalhar com o enfoque cultural em UTI pode representar uma forma que possibilita maior compreensão de significados experimentados no cotidiano, como por exemplo: o vivenciar pelo enfermeiro das experiências do cotidiano das pessoas em relação ao cuidado humano, ao bem-estar em qualquer contexto ambiental.

O ato de cuidar está conectado às ações, processos e decisões diretas ou indiretas da assistência aos indivíduos, de forma tal que refletem um comportamento prático, de apoio, proteção, auxílio e educativo, seguindo as necessidades, problemas, valores e metas do indivíduo ou grupo, ao qual o profissional deve assistir.

A cultura é demonstrada por meio de um conjunto de valores aprendidos e transmitidos, tais como: crenças, que se manifestam por intermédio das opiniões adotadas com fé e convicção (Melhoramentos, 1997), normas de condutas e/ou valores culturais, que são forças direcionadoras e dão ordem e significado ao pensamento, decisões e ações do indivíduo, além, das práticas de um modo de vida em particular, (MARRINER, 1989).

As variações culturais estão constituídas pela flexibilidade entre as culturas e subculturas, tornando-as diferentes com respeito ao modo de vida tradicional ou não tradicional.

Leininger (1991, p. 47) conceitua enfermagem como:

Uma arte e ciência humanística apreendida, que centra suas condutas em cuidados personalizados (individual ou em grupos), dirigindo o processo de cuidar para a promoção, manutenção da saúde e bem-estar e, recuperação de enfermidades físicas, psicoculturais e sociais aqueles assistidos por um profissional competente.

No contexto, podemos então estabelecer o seguinte conceito para cultura, forma de ser, ver e estar no mundo, individualmente ou em grupo, transmitindo os valores, ações e modos de vida, à sociedade.

Acreditando que a compreensão da cultura possa influenciar na formulação e prestação de cuidado de enfermagem capaz de proporcionar melhor

qualidade de vida, pontuamos, portanto, como referencial do estudo o pressuposto teórico de cultura no contexto da Enfermagem em UTI, tendo em vista observar a forma como os cuidados de enfermagem são praticados pelo profissional, identificando a utilização de dados do sistema intercultural entre enfermeiro-paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza do estudo

Pesquisa do tipo descritiva, elaborada em uma abordagem qualitativa. Segundo Minayo e Sanches (1993), recomendada ao trabalhar-se com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, ao buscar-se conhecer fenômenos contemplados no próprio ambiente em que os sujeitos da pesquisa realizam sua prática. As autoras ressaltam que:

A adequação do estudo aprofunda a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (p.239).

O estudo centra-se no contexto cultural da prática dos enfermeiros, com ênfase na influência cultural do ser e do fazer, na prática do cuidado em UTI. As autoras acima citadas revelam que a abordagem qualitativa possibilita uma aproximação necessária de intimidade entre o sujeito e o objeto, visto haver correlação de natureza entre ambos. A aplicação dessa abordagem envolve empatia aos motivos, intenções, projetos dos atores, a partir dos quais as ações, estruturas e relações tornam-se significativas. Corroborando com as autoras citadas, acreditamos que os princípios da pesquisa qualitativa aplicam-se perfeitamente ao nosso estudo, uma vez que foram trabalhadas situações particulares.

Procurou-se trabalhar com instrumentos apropriados ao fenômeno estudado, uma vez que utilizávamos dados subjetivos. A pesquisa qualitativa deve ter como fonte de dados o próprio ambiente natural, e o pesquisador deve atuar como seu principal instrumento. Os dados coletados devem ser apresentados de forma predominantemente descritiva. Na instância em que o pesquisador volta sua atenção para o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida e preocupa-se mais com o processo do que com o produto da própria pesquisa (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

4.2 Cenário da pesquisa

O local escolhido para a execução da pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva de Adultos (UTI) do Instituto Dr. José Frota - IJF, Hospital público-municipal

Capítulo 4

de nível terciário. Localizado no município de Fortaleza-Ceará, servindo também aos Estados circunvizinhos, constitui-se em uma unidade de referência para o trauma.

A UTI é um espaço físico destinado a atender pacientes gravemente enfermos, seja por instabilidade hemodinâmica ou das funções vitais, bem como aqueles que apresentam alto risco de mortalidade, sejam, adultos vítimas de politraumatismos graves ou com patologias clínicas severas que requeiram vigilância contínua de enfermagem, monitorização e/ou tratamentos intensivos, com o uso de equipamentos de suporte ventilatório mecânico.

A escolha da UTI, como local do estudo, deve-se ao fato de que, além de constituir o universo profissional da pesquisadora, é também um excelente campo onde o enfermeiro presta uma quantidade de cuidados, bem considerável.

Referida UTI é classificada, conforme portaria N° 3432 de 12/08/1998 do Ministério da Saúde, como sendo do tipo II. Recebe pacientes graves de alta complexidade, em especial os politraumatizados. Dispõe, em sua totalidade de 32 leitos, sendo 06 leitos para pacientes pediátricos e 26 para pacientes adultos. Estão distribuídos em três unidades semicirculares, com comunicação interna entre as mesmas, assim denominadas: UTI-2: 09 leitos; UTI-3: 09 leitos; UTI-4: 08 leitos.

Sua planta física está composta por um posto de enfermagem, ligado ao salão de observação de pacientes, onde estão instalados balcões para colocação dos prontuários; ambiente para preparo de medicações; armários para dispensar material de uso pessoal do paciente; medicações, prontuários, películas de estudos radiológicos e equipamentos para uso em casos de emergências. Cada leito está equipado com: camas mecanicamente autoreguláveis, suportes para soluções parenterais, monitores cardíacos, oxímetros de pulso, bombas para infusão contínua, mesas de cabeceiras, painéis elétricos trifásicos, saídas canalizadas de gases e vácuo e ventiladores mecânicos.

A equipe que atua na UTI-adultos é multiprofissional, da qual fazem parte as 27 enfermeiras, um médico e um fisioterapeuta. Estão distribuídas em turnos diurnos e noturnos, em dias fixos. Para cada 8 ou 9 leitos, existe uma enfermeira e

quatro auxiliares de enfermagem, responsáveis pela unidade, a maioria dessas auxiliares, tem formação de técnico em enfermagem.

Nessa unidade, apesar de ter, ocasionalmente um ambiente calmo, não pode, entretanto, visto sua própria característica, ser considerado acolhedor, visto a iluminação estar sempre ligada; alarmes dos equipamentos: ventiladores mecânicos, oxímetros e bombas de infusões, que de vez em quando disparam; a central de ar condicionado costuma apresentar barulhos excessivos. Para a equipe de enfermagem, que sempre completa, composta por uma enfermeira e quatro auxiliares de enfermagem, movimenta-se freqüentemente, no vai-e-vem de prestar cuidados aos pacientes, na habitual higienização, troca de roupa de cama, mudanças de decúbito, administração de medicações, dentre outros procedimentos, dizem já estarem acostumados, portanto, quase nem percebem, não repercute na sua rotina.

A enfermeira, além de responder pelo gerenciamento da unidade, supervisiona de perto os auxiliares de enfermagem é também presta cuidados diretos ao paciente. Já os funcionários são divididos por leitos, ou seja, realizam cada um todos os cuidados que cada paciente necessita, método tecnicamente denominado de cuidados integrais.

O médico de plantão, em geral, posiciona-se em frente ao balcão de observação geral dos pacientes, juntamente com o fisioterapeuta, onde também existe espaço físico para esses realizarem os registros de seus atendimentos, nos prontuários dos pacientes.

De acordo com Smyth e Holian (1999), pesquisas realizadas no próprio ambiente de trabalho podem implicar em riscos, conforme sejam as características pessoais em relação as habilidades necessárias para desenvolvê-la. Compeli-nos a avaliar questões do cotidiano, podendo causar impactos entre as nossas percepções e as hipóteses de outras pessoas. Daí a necessidade do recomendado *distanciamento*, que deve ser praticado pelo pesquisador. Os autores ressaltam a importância da habilidade de, ao conduzir uma pesquisa, tomar consciência sobre os possíveis vieses que podem acontecer durante a coleta de dados e referentes as questões éticas relacionadas ao anonimato dos participantes. No que está envolvida

a influência do pesquisador ao acesso à informações privilegiadas, devendo ser consideradas as fases da pesquisa tais como: planejamento, métodos de análise e tipo de publicação.

4.3 Seleção dos sujeitos

Tendo-se em vista selecionar enfermeiras que estivessem inseridas no contexto cultural da UTI-adultos, adotou-se por critério, que além de serem essas membros responsáveis pela assistência de enfermagem e se disponibilizassem em fazer parte do estudo, tivessem escala de 12 horas no serviço diurno e 12 horas de serviço noturno em dias fixos da semana, o que favorece maior tempo de permanência e conseqüente familiarização com o ambiente, pois participam da maioria das rotinas e procedimentos realizados no decorrer dos dias úteis; trabalhassem durante a semana, isto é, de segunda a sexta-feira, ao invés de serem somente plantonistas noturnas ou de final de semana. Já as demais enfermeiras, que atuam somente na UTI-pediátrica ou que têm escala de serviço para atuarem em finais de semana, trabalham fixo somente nesses dias, tendo menor tempo de permanência contínua na UTI-adultos, permanecem afastadas da unidade por um período maior que 120 horas, não participando portanto, de algumas das rotinas e procedimentos que são realizados nos dias úteis. Assim, pois, apesar de atuarem na UTI- adultos, vinte e sete (27) enfermeiras, somente sete (07), foram selecionadas para constituírem os sujeitos da pesquisa.

Neste trabalho, optamos em cognominar as enfermeiras participantes do estudo, com nomes de pedras preciosas, visto que pedras são minerais extraídos da natureza, sólidos, fortes como uma rocha, mas ao mesmo tempo, podem ser apenas um grão na imensidão do universo. Cada uma tem brilho próprio, de encantadora beleza e com poder de cura, para aqueles que acreditam, no guia espiritual dos cristais (SHUAMANN, 1983). E também, simbolizando a afeição, agradecimentos pela atenção e contribuição com as informações prestadas, no desenvolvimento do estudo. É visto ainda que a despeito de sua beleza natural, são susceptíveis de sofrer processo de lapidação, tanto em suas atitudes nas relações interpessoais assim como também, na realização do cuidado de enfermagem em UTI (VIEIRA, 2001).

Foram os seguintes os nomes atribuídos a essas enfermeiras: Ágata, Água Marinha, Ametista, Esmeralda, Granada, Opala e Turmalina.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2003, por meio de Observação Participante e de Entrevista semi-estruturada.

A observação participante é considerada uma técnica de coleta de dados que possível de contemplar diferentes componentes culturais como valores, relação com o grupo, crenças, costumes e modo de vida, das pessoas pesquisadas e seu contexto, (AMEZCUA, 2000).

Foram definidos para se observar as enfermeiras em realização dos cuidados de troca de curativos e coleta de amostra para glicemia capilar, selecionados visto que, de acordo com a rotina do serviço na UTI-adultos, são de realização privativa do enfermeiro.

A observação participante foi realizada, na maioria das vezes, antes da entrevista com o apoio de um diário de campo, em que foram registradas nossas impressões e a dinâmica do contexto cultural da UTI, a fim buscarmos a identificação de fatores culturais presentes na prática do cuidado de enfermagem, realizado pelas enfermeiras.

A observação participante é considerada por Minayo (1994) como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, tomada não só como uma estratégia da investigação, mas como um método em si mesmo, na compreensão da realidade. É portanto, uma forma de coleta de dados que capta a realidade sócio e cultural de uma sociedade ou grupo social determinado, no qual o pesquisador se insere no coletivo do próprio grupo de estudos, Amezcua (2000). Passando a interagir com esse, de forma tal que, se influenciam mutuamente, no sentido de compreender os fenômenos culturais, indagando com intencionalidade. Durante o exercício de observação participante, tivemos que abrir algumas lacunas, ausentando-nos daquele papel no momento em que, visto também fazemos parte do

universo da UTI, era solicitada nossa opinião e até mesmo nossa ajuda para determinado cuidado à ser realizado, pelas enfermeiras sujeitos da pesquisa.

As entrevista foram realizadas no próprio ambiente de trabalho, conforme nos era oportunizado, tendo igualmente por enfoque os fatores culturais presentes na prática do cuidado realizado pelas enfermeiras na UTI, pertinentes à situação e ao assunto da pesquisa. Essas, foram obtidas com o auxílio de um gravador, com permissão das informantes.

Pinheiro (2000) considera que a entrevista é entendida como um gênero comunicativo, apresentada numa estrutura marcada por perguntas e respostas, podendo ser considerada como uma prática de linguagem padronizada estabelecendo um diálogo entre entrevistado e entrevistador. Compõe uma construção conectada aos modelos lingüísticos de coesão tradicional, mostrando conexões entre as partes do texto, estabelecendo entremeios através de elos coesivos, conjunções e/ou pronomes.

A entrevista, focalizada nas atividades realizadas pelas enfermeiras, direcionada a partir da seguinte questão norteadora: como a cultura, modo de vida e valores pessoais, influenciam na prestação do cuidado da enfermeira, em UTI?

4.5 Organização dos resultados

Os resultados foram organizados de forma a serem analisados, conforme a técnica de Análise Estrutural do Discurso, tendo-se em vista a influência da cultura das enfermeiras que trabalham em UTI, e conseqüentes repercussões em seu fazer, e nas formas de enfrentamento, no cotidiano do grupo e conseqüentemente da sociedade, onde estão inseridas.

De acordo com Lévi-Straus (1980, p. 6), a técnica de análise estrutural do discurso,

[...] modernamente tem assumido destaques especiais, tornando-se a noção central de várias correntes de pensamento, que abrangem desde a lingüística e antropologia, até a psicanálise e a história.

Os discursos das enfermeiras, a serem trabalhados com base no contexto cultural do cuidado de enfermagem em UTI, oriundos da entrevista, são complementados

por meio dos registros obtidos por meio da observação participante, até porque conforme Brandão (2002), a lingüística é uma disciplina que contempla apenas uma parte do enunciado da linguagem, existe uma outra parte, a não verbal, que corresponde ao contexto da enunciação, esse é um ato que se realiza na subjetividade humana.

A linguagem é vista como uma interação social, em que o outro desempenha papel fundamental na construção do significado, não sendo o interlocutor, um elemento passivo na construção desse significado. Faz-se necessário que a lingüística traga para si, um enfoque social e busque as relações que vinculam a linguagem à ideologia.

Refere Leal (2002), que a consciência crítica da linguagem se baseia em uma concepção tridimensional do discurso, por ser um texto oral ou escrito, visto que: é uma interação entre pessoas, envolve os processos de produção e interpretação de textos e é prática socio-cultural.

A Análise do Discurso refere-se a uma proposta de tratamento de dados qualitativos em pesquisa, de caráter científico-social. Para uma melhor compreensão da análise dos discursos, relacionados à prática do cuidado das enfermeiras em UTI, esses foram considerados sob os aspectos de superestrutura e de macroestrutura, conjunto de dados que funcionam conforme a totalidade e contextualidade do discurso, (DUBOIS, J.; GIACOMO, M.; GUESPIN, L.; MARCELLES, C.; MARCELLES, J.B.; MEVEL, J.P., 1973).

Segundo Brandão (2002), discurso é a linguagem posta em ação, é a língua assumida pelo sujeito falante, dando suporte ao pensamento e fazendo a articulação da comunicação com a produção social ideológica das relações entre indivíduos. Isso torna-se necessário para mediação entre o homem e sua realidade, envolvendo a cultura, valores, crenças e padrões de comportamentos, como forma de tornar ruidosa e audível os silêncios nele embutidos. Caracteriza-se por uma sucessão de trocas entre falantes, apresentadas de forma hierarquizada e coordenada, ou, conforme é revelado por Adam (1991), que um texto conversacional é uma seqüência de trocas entre falante e ouvinte, também denominado, Seqüência Discursiva Dialogal-Conversacional.

Quando em um determinado discurso é identificada uma seqüência de proposições interligadas que progridem para um fim, mudando a seqüência do texto cada vez que muda o objeto de pensamento, denominamos de Seqüência Discursiva Narrativa.

Os discursos vêm então apresentados a partir da linguagem dos sujeitos pesquisados, ou narrador personagem, e do narrador observador. Entendendo-se linguagem, segundo Dubois *et al.* (1973); Foucault (1995), como uma capacidade específica da espécie humana comunicar-se e instaurar relações de identidade e de atribuições, usando um sistema de signos vocais por meio da língua. Envolve técnica corporal como resultado de uma função simbólica, comandada pelo sistema nervoso; essa desenvolve uma história, leis e uma objetividade que só a ela pertencem. Constitui o lugar das tradições, dos hábitos mudos do pensamento, do espírito obscuro dos povos. A língua é vista como um instrumento de comunicação, usando signos vocais por meio da palavra e de seus significados específicos, comuns aos membros de uma mesma comunidade.

Os elementos básicos, intrínsecos ao discurso vêm a seguir destacados, com base na abordagem teórica de Dooley e Levinsohn (2003); Marcushi (2002); Brandão (2000); Pinheiro (2000), que assim os denominam: **Texto**, representa uma composição oral ou escrita, formando um todo unificado interpretado como uma unidade de linguagem em uso, produto do processo comunicativo que, para garantir a construção de sentido deve seguir princípios determinados, tais como o contexto do discurso considerado; a coerência dos fatos narrados no discurso; a coesão existente nas idéias que formam o discurso, a intencionalidade, a aceitabilidade e a informatividade, centrados no sujeito falante. **Contexto** se refere às determinações histórico-sociais, culturais e ideológicas, nas quais os discursos são produzidos. Segundo Halliday e Hasan (1985), o contexto é o meio total, onde se encontra incluído o verbal e o não verbal, situação na qual se dá a comunicação, portanto, o texto e o contexto não podem estar dissociados, fazem parte do mesmo processo comunicativo. **Coerência** corresponde à propriedade que responde pelas conexões entre as partes seqüenciais do texto e do contexto, universo em que o mesmo foi construído. E **Coesão**, refere-se a um sinal lingüístico, falado ou escrito, que facilita a

coerência do texto. Indica como a parte do texto, marcada por esse sinal lingüístico, está ligada conceitualmente com outra (s) parte (s) do mesmo, são elos de ligações.

Para o estruturalismo, que segundo Doboys *et al* (1973), é um método utilizado pelas ciências humanas de pensar e analisar as estruturas lingüísticas e praticas culturais. Um fato isolado do contexto geral que o determina, não possui significado. De tal forma que: o sentido e o valor de cada elemento advém, exclusivamente, da posição que ocupam, em relação aos demais (LÉVI-STRAUS, 1980).

Greimas e Courtés (1979) consideram a estrutura como uma entidade autônoma de relações internas, constituídas em hierarquias, e explicam essa definição por meio dos seguintes pontos:

- a) A prioridade atribuída às relações, em detrimento dos elementos: uma estrutura é, antes de tudo, uma rede relacional, cujos termos são constituídos por uma interseção;
- b) A rede relacional que define a estrutura, baseia-se em uma hierarquia; vale dizer, uma grandeza decomponível em partes, as quais estão sempre relacionadas entre si e mantêm relações com o todo que a constitui;
- c) A estrutura é uma entidade autônoma, significa que, mesmo mantendo relações de dependência e de interdependência com o conjunto mais vasto do qual faz parte, é dotada de uma organização interna que lhe é própria;
- d) A estrutura, enquanto entidade, é uma grandeza, cujo estatuto ontológico não tem necessidade de ser interrogado e deve, pelo contrário, ser colocado entre parênteses, a fim de tornar o conceito operatório.

A análise estrutural do discurso pode ser considerada como uma construção organizada da realidade, capaz de permitir a captação dos fatos e questioná-los em suas dimensões, chegando à superação das impressões imediatas ou aparentes (OLIVEIRA, 2001).

De acordo com Rifiotis (1994), a análise estrutural, evidencia o desenvolvimento da gramática discursiva presente na analogia entre o texto e a frase ou podendo-se dizer, entre o pensamento e o gesto, entre a atitude e o comportamento.

Para tornar explícito o resultado da análise, há a distinção de dois níveis estruturais: o *distribucional* e o *integrativo*.

O nível distribucional possui os seguintes tipos de funções atuantes:

- **Cardinais:** episódios que mostram, por meio da narração o avanço dos fatos;
- **catálise:** momentos de pausa entre os episódios, momentos subsidiários, nos quais os elementos que conformam situações vão se aglomerando.

No nível integrativo, existem dois tipos de elementos, cuja funcionalidade se dá em um nível superior à sua manifestação textual:

- **indícios:** elementos que podem estar presentes no texto, mas que sugerem significados implícitos, podendo ser considerados ausentes ou passarem despercebidos no contexto geral da situação ou na estrutura da superfície textual apresentada;
- **informantes:** corresponde às referências espaço-temporais da situação trabalhada. Referências que vêm conferir autenticidade, desde que estejam situadas ao nível da descrição da situação trabalhada, no caso, o discurso.

Neste estudo, tendo em vista a interconecção dos elementos dos discursos e as suas repercussões no funcionamento e interpretação do todo, a sistemática utilizada para a análise, centra-se em uma interface dos componentes teóricos do método de análise estrutural do discurso, sugeridos por Rifiotis (1994). Esse propõe um modelo simplificado, subdividido em cinco etapas a seguir conceituadas e assim denominadas: identificação de seqüências narrativas; descrição dos elementos estruturais; evidenciação da seqüência das funções cardinais em paralelo às de catálise; identificação dos elementos do nível integrativo;

identificação dos investimentos semânticos, pondo em confronto o quadro inicial do discurso e o quadro final.

Já Dooley e Levinsohn (2003), sugerem os seguintes elementos para compor a análise: continuidade e descontinuidade na narrativa dos discursos, por meio dos dados pessoais do emissor; dados inerentes ao pensar do emissor; signos/chaves do discurso e elementos contextuais.

Neste estudo, esses elementos, conforme destacados e conectados à proposta deste trabalho, que é a descrição da assistência de enfermagem em UTI e a influência da cultura no ser e fazer que se desenvolvem in loco, tendo em vista o apregoado por Rifiotis (1994); Dooley e Levinsohn (2003), assim se contextualizam:

- Identificação das seqüências situacionais apresentadas no contexto das narrativas, constituídas pelas alternanças apresentadas na narrativa dos quadros situacionais, o que facilita o desenvolvimento das demais etapas e permite, posteriormente, evidenciar o desenvolvimento dessas seqüências por meio da gramática discursiva;
- Descrição dos elementos estruturais, distribuídos na situação e apresentados por meio da narrativa, sendo representados pelas funções cardinais e de catálise, que promovem avanços ou retrocessos dos fatos apresentados pela narração, os quais são comumente identificados, por um verbo e seu tempo, geralmente no tempo perfeito;
- Identificação dos elementos do nível integrativo que caracteriza-se pela presença dos indícios, elementos que ampliam e explicam os investimentos semânticos, e, também dos informantes em cena, os quais devem estar situados ao nível do discurso;
- Identificação dos investimentos semânticos, que deve acontecer por ocasião da interpretação dos elementos presentes na narrativa, considerando-se a organização interna dos níveis e funções;
- Confronto entre o quadro inicial e final, como forma de apresentar as transformações ocorridas e as inferências teóricas sugeridas pelos fatos ao

longo da narração, em oposição à situação inicial. A situação final marca o ponto de chegada sugerido pelo contexto dos fatos presentes no discurso, o qual é denominado pelas funções cardinais;

- Dados pessoais do emissor, ou dados de identificação do sujeito da pesquisa, apresentados com base nos seguintes elementos: sexo, idade, estado civil, número de filhos e experiência profissional;
- Dados inerentes ao pensar do emissor ou nível distribucional, envolvido nos movimentos indicados pela narrativa, ao focar situações em forma de avanços (função cardinal) ou, momentos de pausa ou retrocesso da narrativa (função de catálise);
- Signos/chaves do discurso, sinal representado no discurso, cujo significado é designado por meio da palavra. No discurso, os signos contemplam os elementos que recebem ênfase na trajetória da narração;
- Elementos contextuais são os dados da situação cultural e psicossocial, comuns ao narrador-personagem e ao narrador-observador, envolvidas nas experiências e conhecimentos de ambos;
- Continuidade e descontinuidade da narrativa temática, são dimensões que correspondem às mudanças significativas ocorridas nos discursos, marcadas por segmentação do texto, sendo necessárias para que o leitor possa elaborar uma representação mental do cenário, tempo e contexto dos discursos, (Dooley e Levinsohn, 2003). Promovem o encaminhamento para a compreensão dos discursos, considerando as figuras de mudanças significativas de tempo, lugar e ação que surgem em forma de eventos subsequentes e fora de seqüência, conforme seja o lugar ou mudança de lugar, diálogo e personagens do discurso.

Os fenômenos históricos vinculados ao modo de vida, à cultura e normas sociais que contribuem para ordenar e estabilizar as atividades comunicativas no cotidiano, vivenciados, por exemplo, pelas enfermeiras em UTI, representam o Gênero Textual, cuja força é oriunda, bem mais de suas funções comunicativas e cognitivas, do que das peculiaridades lingüísticas e estruturais.

O Domínio Discursivo Científico é caracterizado pelo conteúdo do texto de cunho científico, ou por uma instância discursiva, produzida em forma de texto a partir de uma atividade humana.

Dooley e Levinsohn (2003), afirmam que a linguagem como interação social, revela que o indivíduo desempenha um papel fundamental na construção do significado do discurso, num contexto de amplas relações. No caso deste trabalho, podemos observar que no percurso que a enfermeira faz da elaboração mental de seu discurso até a narrativa do mesmo, essa, expressa um conteúdo orientado por seu modo de vida e por seus valores sociais, ao mesmo tempo em que busca uma adaptação do contexto imediato ao ato de falar.

Segundo ainda os autores acima citados, o propósito cultural ligado ao gênero do discurso do emissor, normalmente apresenta intenções pessoais, próprias do contexto vivenciado por ele, portanto, os discursos das enfermeiras que trabalham em UTI, podem ser compreendidos como interação comunicativa, vista sob a ótica da sua forma de se expressar e de agir no dia-a-dia; são permeados por sistemas de valores e credos, que segundo Caldas-Coulthard *apud* Pinheiro (2000), determinam formas e comportamentos de interação dos sujeitos do estudo.

É a partir do ponto de vista dos autores citados, e da compreensão do contexto cultural implícito na prática do cuidar das enfermeiras, que nos permitimos conceber sua linguagem, levando-se em consideração a relação desses seres com o seu fazer.

Essa percepção é favorecida pela coerência da unidade dos discursos, mantida a partir da plenitude de sentido no interior de seus contextos, (PINHEIRO, 2000).

O processo de análise dos discursos foi trabalhado segundo Dooley e Levinsohn (2003), englobando-se particularidades inerentes: a contextualização da narrativa, identificação dos sujeitos do estudo, e às condições de produção da narrativa. Evidentemente, a partir da totalidade e da predominância de seqüências narrativas, oriundas dos discursos e das observações do cuidar, podendo-se perceber algumas dificuldades e contradições na comunicação, no relacionamento e

no enfrentamento das vivências dessas enfermeiras que realizam sua prática de cuidados na Unidade de Terapia Intensiva.

Esses discursos podem estar conectados a ocorrência de eventos ou ações em uma sucessão temporal de acontecimentos, traduzindo necessidades, enfatizadas em momentos de convivência no cenário da UTI; estabelecimento de relação empática oriunda de diálogos informais sobre a importância da assistência ao paciente crítico, o que exige responsabilidade e eficiência, e também uma postura humanizada, emocionalmente equilibrada e afetiva, capaz de favorecer a assistência de qualidade. Para tanto poderá estar implicado também, a agregação de informações e o julgamento para estabelecimento de prioridades, como circunstâncias que proporcionam, segundo Rodrigues e Costenaro (2001), um equilíbrio tanto no cuidado biológico como no psicológico, visto que o cuidado em UTI exige da enfermeira conhecimento técnico-científico e também, uma postura flexível, de atenção e respeito ao sentimento de impotência do paciente e de sua família, frente à condição da doença.

O conteúdo presente nos discursos, mostra a presença de cinco temáticas a seguir especificadas, que certamente, influenciam o cuidado oferecido pelas enfermeiras.

1. **Cultura**, valores e modo de vida, forma de pensar, sentir e acreditar de cada ser enfermeira;
2. **Religião**, utilizada como ponte e apoio em comportamentos e orientações por ocasião do cuidar do paciente, em regime de cuidado intensivo;
3. **Família**, vista como um suporte afetivo e fator agregador/ desagregador na relação enfermeira/paciente;
4. **Educação**, entendida aqui como paradigma no desenvolvimento moral, ético e intelectual familiar e escolar, fator de valor no desempenho da profissão;
5. **Conflito**, resultado, via de regra de insatisfações decorrentes de ideologias diversas, falta de motivação profissional, fatores culturais, educacionais,

político-econômicos e comportamentais, ocasionando vulnerabilidade na prática do cuidado e no contexto da UTI.

A título de orientação para o leitor destacamos que a análise dos Discursos vem precedida por uma descrição geral do ambiente em que se encontrava a profissional entrevistada e os traços gerais de seu perfil, sendo apresentado a seguir o seu Discurso. Nesse, estão destacados os **Elementos Básicos Textuais do Discurso**. A seguir apresentamos o **Primeiro Quadro**, intitulado, **Elementos Básicos do Discurso do Emissor**, subdividido em: dados pessoais do emissor; dados inerentes ao pensar do emissor ou nível distribucional; signos/chave do discurso; elementos contextuais e logo após a Síntese dos Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor, cuja seqüência culmina com a apresentação do **Quadro Inicial** do perfil desse cuidador, segundo a influência dos seus padrões culturais.

Posteriormente, apresentamos o discurso elaborado pela pesquisadora a partir da observação do cuidado prestado pela enfermeira, cujos dados são processados identicamente ao modo como foi procedido no discurso da enfermeira, sendo que nesta instância, trabalhou-se com o **Segundo Quadro**, esquematizado com base nos componentes teóricos de Cianciarullo (2000); Chaverri (1992) e Pegaroraro (2002), intitulado, **Elementos Básicos Textuais do Discurso**. Esse contém: **os cuidados observados; atitudes psicomotoras na assistência de enfermagem; a comunicação com o paciente; signos/chave do discurso e elementos contextuais**. Logo em seguida, apresentamos sua síntese, para então ser estabelecido, o **Quadro Final** do Perfil de Cuidador, segundo a influência dos padrões culturais da profissional em questão e conseqüente análise.

Os discursos vêm apresentados e analisados em suas particularidades, a partir dos elementos presentes na narrativa, com base na **contextualização; continuidade/descontinuidade; signos** e demais **elementos contextuais**, sob as seguintes denominações que tiveram por base as temáticas anteriormente especificadas:

Discurso N° 1 (AGATA). O cuidado de enfermagem ao paciente pode ser influenciado pelos valores, educação moral e pelas crenças da enfermeira;

Discurso N° 2 (ÁGUA MARINHA). A cultura como fator determinante do perfil de humanização do profissional enfermeiro;

Discurso N° 3 (AMETISTA). A cultura como fator influenciador da comunicação com o paciente, seus familiares e com os membros da equipe;

Discurso N° 4 (ESMERALDA). Cultura, fator econômico e desejo de atualização profissional influenciando no nível de satisfação da enfermeira;

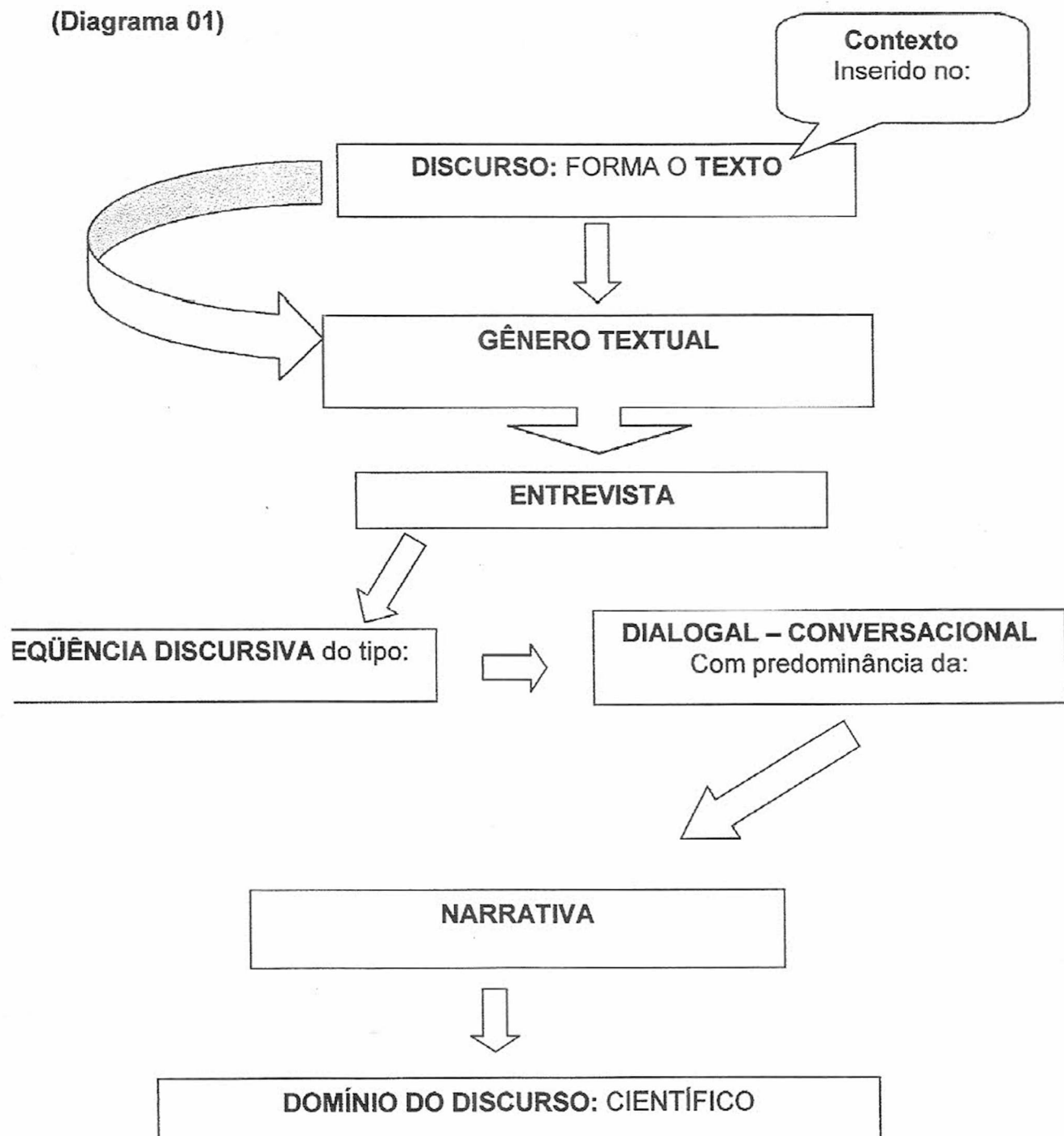
Discurso N° 5 (GRANADA). A cultura pode direcionar o próprio aperfeiçoamento técnico-científico do profissional para o cuidado;

Discurso N° 6 (OPALA). Cultura, experiências familiares e da infância como fatores que repercutem na solidariedade e no fazer-saber profissional;

Discurso N° 7 (TURMALINA). Vivências culturais como determinante de conflitos e de comportamentos profissionais.

**DIAGRAMA REPRESENTATIVO DA ANÁLISE ESTRUTURAL DO DISCURSO –
SUPERESTRUTURA E MACROESTRUTURA***

(Diagrama 01)



* Elaborado pela autora a partir dos autores: Dooley e Levinsohn (2003); Marcushi (2002); Brandão (2000); Pinheiro (2000).

4.6 Aspectos éticos-legais da pesquisa

Antes de dar início à pesquisa, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética do Hospital Municipal Instituto Doutor José Frota, para ser analisado, tendo recebido parecer favorável à implementação do mesmo. Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 196 de 10/10/1996, Brasil (1996) do Conselho Nacional da Saúde, referente a pesquisas com seres humanos. A direção da instituição na qual realizou-se o estudo, foi informada sobre todos os detalhes da pesquisa e assinou um documento autorizando a execução da mesma.

Uma vez obtida as devidas autorizações, entramos em contato com as enfermeiras assistenciais, sujeitos dessa pesquisa, explicando os objetivos e propósito da mesma, além de solicitarmos permissão para uso de gravador na entrevista.

As que concordaram voluntariamente em participar lhes foi assegurado e mantido o anonimato quanto às informações concedidas, assim como o direito de não responder a qualquer questionamento, se assim o desejassem e, de desistir de participar da pesquisa mesmo sem que essa tivesse sido concluída.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Discurso No. 1: O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PODE SER INFLUENCIADO PELOS VALORES, EDUCAÇÃO MORAL E PELAS CRENÇAS DA ENFERMEIRA

Personagem: **ÁGATA***

Ágata é uma profissional com idade variando entre 40 e 50 anos e trabalha na mesma UTI há mais de quinze anos. É casada e tem três filhos. Considera que tem um bom relacionamento com seus familiares. É uma pessoa que fala pausadamente, no momento da entrevista apresentava-se ansiosa. No referido momento fomos interrompidas várias vezes por profissionais do setor, com solicitações para Ágata resolver questões pertinentes ao serviço. Em uma dessas ocasiões quando retomava sua fala, nos indagou, se estaria respondendo direito, se era isso mesmo que eu queria e retornou seu discurso comentando que: *seu papel de enfermeira era de tomar o paciente a regressar à vida do cotidiano.* Diz Ágata,

[...] ser de fundamental importância que você, como profissional, uma pessoa que tem noções de educação, higiene, dê ao seu paciente aquela educação, aquela assistência que você vê que é importante dentro das necessidades básicas que você conhece do paciente. Como enfermeira os meus valores, minha educação, moral, crenças, influenciam quando eu vou prestar um cuidado ao paciente, porque tanto na religião como na moral, na ética, eu vou saber dar o cuidado essencial ao paciente, desde um simples banho no leito, a não exposição do paciente, então esses valores na educação que nós trazemos é uma continuidade no trabalho para fazer um bom desempenho. A minha educação influencia no meu cuidado, na minha honestidade; o meu chegar próximo, prestar uma assistência, é qualificada, sei ser honesta com o paciente. Sou estudiosa e isso traz um conforto melhor para o paciente. A minha educação em colégios bons me faz tratar melhor o paciente. A cultura domiciliar faz com que eu busque estudar. Meus pais são bons professores e me cultivaram. A educação é uma continuação de casa para o trabalho.

A seguir apresentamos o Quadro No. 1, constituído pelos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, os quais são considerados na Análise.

* **ÁGATA:** Encontrada em várias cores. Tem grande poder de cura e age conforme a cor. Tonifica e revigora o corpo. Ajuda a despertar e abrir o interior.

Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor, considerados na Análise

DADOS PESSOAIS DO EMISSOR	DADOS INERENTES AO PENSAR DO EMISSOR	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
Enfermeira; Idade: entre 40 e 50 anos; estado civil: casada, tem 3-filhos, bom relacionamento familiar; mais de 15 anos de experiência profissional como <i>uteísta</i> .	<ul style="list-style-type: none"> - Atribui a importância da assistência ao paciente ao significado dado pela enfermeira a essa ação; - o cuidar do paciente é influenciado pelos valores educacionais, morais, éticos e religiosos do profissional; - uma forma de demonstrar respeito ao paciente é não expor o corpo do mesmo durante as práticas de higienização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação - religião - respeito 	<ul style="list-style-type: none"> - Minha educação influência no meu cuidado, honestidade e assistência de qualidade para o paciente; - sou estudiosa, estudei em colégios bons, isso me faz tratar melhor o paciente.

Capítulo 5

A seguir vem apresentada a Síntese dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, destacados no **Quadro No. 1**

ÁGATA:

- Enfermeira, com suficiente experiência em UTI. Para ela a importância da assistência reside na identificação das necessidades básicas do paciente;
- Considera sua educação moral, ética e religiosa fatores influenciadores do cuidado de qualidade ao paciente e o fato de ser estudiosa favorece a qualidade desse cuidado;
- Diz que sua formação religiosa, moral e ética, direciona a qualidade do cuidado que oferece ao paciente;

Considerando-se portanto, os Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor, têm-se o seguinte Quadro Inicial do perfil de ÁGATA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

ÁGATA é uma enfermeira, casada há mais de 20 anos, tem 3 filhos; está entre os 40 e 50 anos de idade; diz ter um bom relacionamento com o marido e com os filhos adolescentes. Trabalha na mesma UTI há mais de 15 anos. Refere que a importância da assistência ao paciente depende do significado que a enfermeira dá a essa assistência; que seus valores educacionais, morais, éticos e religiosos influenciam na qualidade do cuidado que oferece ao paciente. Diz que o fato de não expor o corpo do paciente durante os cuidados, é uma forma de demonstrar respeito ao mesmo.

Ao ser observada realizando cuidados de troca de curativos e de coleta de material para glicemia capilar, Ágata realizou os procedimentos seguindo o protocolo conforme as determinações estabelecidas pela unidade, utilizando rigorosa técnica asséptica, desde a lavagem das mãos e uso de material adequado, tendo o cuidado de não expor o paciente, porém não lhe informou qual o procedimento a ser realizado, mantendo-se atenta aos alarmes do ventilador mecânico e do oxímetro de pulso, não olhou para face do paciente, nem fez qualquer gesto de atenção ou afago. Manteve-se comunicando-se com a auxiliar de

enfermagem, solicitando da mesma a anotação em prontuário, do resultado do exame.

ELEMENTOS BÁSICOS TEXTUAIS oriundos da observação pelo pesquisador do cuidado realizado pelo sujeito do discurso:

Ágata realiza os procedimentos seguindo as determinações estabelecidas pela unidade; utiliza rigorosa técnica asséptica, desde a lavagem das mãos e uso de material adequado; tem o cuidado de não expor o paciente; não informa ao paciente qual o procedimento a ser realizado; mantém-se atenta aos alarmes do ventilador mecânico e do oxímetro de pulso; não olha para a face do paciente; não faz qualquer gesto de atenção ou afago; se mantém comunicando-se com a auxiliar de enfermagem, fazendo-lhe solicitações.

A seguir estão dispostos no **Quadro No. 2** os Elementos Básicos Textuais do discurso, oriundos da observação dos cuidados de enfermagem realizados por Ágata, ao ser observada pelo pesquisador.

Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da observação do cuidado de enfermagem

CUIDADOS OBSERVADOS	ATITUDES PSICOMOTORAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	USO DA COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
- Troca de curativos. - Coleta de material para glicemia capilar	<ul style="list-style-type: none"> - Segue as determinações estabelecidas pela unidade; - utiliza rigorosa técnica asséptica, desde a lavagem das mãos e uso de material adequado; - tem o cuidado de não expor o paciente; - não informa ao paciente qual o procedimento a ser realizado; - mantém-se atenta aos alarmes do ventilador mecânico e do oxímetro de pulso; - não olha para a face do paciente; - não faz qualquer gesto de atenção ou afago; - mantém-se em comunicação com a auxiliar de enfermagem. 	Não há evidência	<ul style="list-style-type: none"> - Disciplina; - princípios de segurança/Microbiologia; - respeito ao pudor e não aos aspectos éticos de comunicação; - atenção à máquina e não ao paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra disciplina e conhecimento: 1) no seguimento estabelecido pela unidade; 2) no uso da técnica asséptica; 3) ao prestar atenção aos informes da máquina; - demonstra pouca consideração aos aspectos éticos de respeito e comunicação com o paciente.

Vem apresentada na seqüência, a Síntese dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, destacados no **Quadro No. 2**:

ÁGATA:

- Segue as determinações estabelecidas pela unidade;
- Utiliza com rigor a técnica asséptica, desde a lavagem das mãos e utiliza adequadamente o material;
- Mantêm-se atenta aos sinais de comunicação da máquina;
- Durante os cuidados não expõe o corpo do paciente;
- Não informa ao paciente qual o procedimento a ser realizado;
- Não olha para a face do paciente;
- Não faz qualquer gesto de atenção ou afago ao paciente.

Assim, tendo em vista o contexto da literatura selecionada para embasar o direcionamento da análise aqui elaborada, a partir dos Elementos Básicos Textuais do Discurso do informante e do observador, pode-se estabelecer o seguinte Quadro Final do perfil de ÁGATA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

Quadro Final do Perfil de Ágata, conforme a influência dos padrões culturais no cuidado de enfermagem

ÁGATA, enfermeira que trabalha em UTI há mais de 15 anos. Estabelece analogia entre valor pessoal e qualidade da assistência ao paciente, no sentido de que um está na dependência do outro. Deixa bem perceptível ao ser observada realizando cuidados, sua característica de profissional tecnicista, ao realizar, com rigor técnico os procedimentos de enfermagem e ao dar mais atenção à máquina que ao paciente; autoritária ao fazer continuamente determinações e por nenhum momento qualquer consulta ou pedido de sugestão e burocrática, visto que mantém a pontualidade dos registros, mesmo esquecendo de verbalizar qualquer palavra com o paciente, sujeito do cuidado. O que é perceptível também pelo seu discurso que, na primeira pessoa, demonstra egocentrismo, considera seu próprio "Eu" como o centro de interesse, sempre no centro da situação, exaltando suas qualidades pessoais de honestidade, estudiosa, educada; bem perceptível, também, na sua atitude de dirigir a auxiliar de enfermagem para fazer-lhe solicitações de ajuda com o cuidado e comete uma falha ao determinar que a auxiliar faça a anotação. E, durante os cuidados não olha para a face do paciente, não informa a esse qual o procedimento a ser realizado, não lhe faz qualquer gesto de atenção ou afago, apenas mantém-se atenta aos sinais de comunicação da máquina.

Refere Boff (1999) ao destacar a importância do cuidado humano e para todo tipo de vida, que a explicação do sentido do cuidado no ato da criação, mistura-se com o divino, com o ambiente terra, no moldar o barro e para esse não permanecer inerte termina por ter infundido nele a espiritualidade a fim de que conviva em harmonia com o universo. E que na realização histórico-social, os arquétipos seminais que estruturam a vida são também denominados de centros energético-espirituais. Estabelece o cuidado como chave decifradora do humano e de suas virtualidades.

Portanto, os aspectos sócio-culturais levantados por ÁGATA nos levam ao desafio prazeroso de discutir o cuidado centrando-nos na dimensão ontológica, a qual nos faz entender que somos produto do cuidado, vivemos por conta dele e em função dele; cuidamos e somos cuidados, somos "o cuidado". Esse mesmo cuidado que

proporcionamos ao outro, que re-inventamos, a todo momento para oferecer ao outro, com roupagens e adereços próprios ao modo de ser de cada um, a condição de cada um, conforme é, também, o nosso modo de ser, próprio, único, inconfundível. Como somos, o que somos, colocamos isso no cuidado que produzimos, em toda sua materialidade e espiritualidade.

Dentre outros aspectos, observa-se que dos signos chaves do discurso de ÁGATA, sobressaem-se: a educação, a religião, a disciplina e o respeito. Aspectos esses intrinsecamente imiscuídos no cuidado, que conformam os adereços que compõem o cuidado que a enfermeira oferece ao paciente. A atitude reflexiva sobre o *fazer*, envolve um exercício de auto-avaliação, que deve proporcionar a clarificação da forma e do porque e como fazer, que obviamente levará a questionamentos sobre o exercício da arte da prática do cuidar.

A atitude da enfermeira é em geral de alguém vocacionado para o cuidado humano integral, parte do processo de ajuda ao indivíduo na busca de sentido nas experiências de sofrimento, doença e dor, interferindo na capacidade técnico-científico da profissional, parafraseando Huf (2002). Diz também, que a prática da enfermagem deve estar voltada para a valorização da integralidade humana, tendo como objetivo, a expansão de canais no campo psicofísico para as manifestações relacionadas ao campo espiritual.

Segundo Collière (1989), o cuidar envolve uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e lhes permitir continuar a reproduzir-se. Implica entender a razão do existir e que este é um ato de reciprocidade na ajuda para assumir a autonomia. Profissionais que atuam em UTI, podem ser levados a achar que o conhecimento científico seja suficiente para qualificá-los para a assistência de enfermagem.

Vemos que ÁGATA representa bem a parcela de enfermeiros que atribuem um peso considerável à sua formação ética, moral e religiosa, no direcionamento do cuidado que prestam ao paciente. Esse aspecto é ressaltado na literatura consultada, que refere a importância do reconhecimento pela enfermeira, em seu compromisso humano, das limitações do paciente ao procurar associar aos cuidados físicos uma relação pautada no amor. Ao referir-se ao relacionamento enfermeira/paciente e a interação com o paciente,

Huf (2002), destaca a importância da compreensão do cuidador, do processo corpo/mente, sadio ou doente, visto o estado de comprometimento do campo psicofísico. Para uma expressão mais autêntica da dimensão espiritual do cuidado de enfermagem, integrando ações e atitudes, associados a um modo de ser essencialmente humano, imbuído de respeito à própria intimidade e a do outro, que envolve a dimensão da fé e da espiritualidade, que simboliza o desejo da própria realização interior, transcendente de si próprio e do outro, o que pode ser observado em Hennezel e Leloup (2003).

Outro aspecto também destacado por ÁGATA é a ênfase atribuída à qualidade do cuidado, que pode ser representada por indicadores centrados em aspectos político-filosóficos, sócio-culturais e religiosos, científicos, tecnológicos e profissionais, que devem articular-se harmonicamente. Sua força advém do humano, e sua relação com o espiritual os torna inquestionáveis.

A qualidade precisa emergir, necessariamente, do ser que pratica o cuidado, o ser que se manifesta em sua natureza, enquanto essência e realidade. Conforme Batalha (1968), espírito (sentimento e intuição) constitui a interiorização da realidade, tem por objeto o sensível, na confluência do racional (o pensamento, o juízo, o desejo). Segundo Oliveira (1981), a pessoa, como singularidade abstrata, subjetiva, inclui o outro em si, visto que o amor é a unidade espiritual na ordem do sentimento. A responsabilidade, o respeito, o desvelo e o conhecimento são elementos básicos característicos em todas as formas de amor produtivo. E uma vez que esses compõem elementos intrínsecos à essência da enfermagem, essa pode ser categorizada como uma forma de amor produtivo, (Rodrigues, 1997). O indivíduo só é capaz de amar produtivamente, quando ama também a si mesmo.

[...] A enfermeira terá de certo modo, de se entranhar em cada um de seus pacientes, a fim de saber o que necessitam. Transitoriamente, será a consciência para aquele que se acha inconsciente; o amor à vida para o que atenta contra ela; a perna para o amputado; os olhos para o recém-cegado; será o meio de locomoção para a criança que não sabe ou não pode caminhar; a fonte de conhecimento e de confiança para a jovem mãe; porta-voz daqueles que estão muito fracos ou impedidos de falar etc, (HENDERSON, 1962, p.15).

O amor, o prazer, a generosidade, a fraternidade, são elementos constitutivos da essência da enfermagem, mesmo que em sua prática, as enfermeiras norteiem-se pelo princípio do real e racional. Em sua realidade, zelam pelo ser, atenta, entretanto ao não-ser, e ao vir-a-ser, (OLIVEIRA, 1981).

Ainda citando Rodrigues (1997), ao dizer que o trabalho da/o enfermeira/o, que no seu dia-a-dia emprega as mais diversas formas de cuidado no sentido de ajudar ao outro a manter a própria identidade para conservar a segurança e integridade do próprio ser, de sua essência e da própria liberdade; a obter a paz, a harmonia e a serenidade; mesmo em meio à dor e a vulnerabilidade à qual está exposto o ser humano.

Para Rúdlo (1989), o lado mais positivo do amor é amar, permitindo que o outro seja ele mesmo. O que na prática da enfermagem é contemplado, ao tempo em que são levantados, junto a quem é cuidado, hábitos, os temores, determinados os desejos, para que, dentro do possível, sejam levados em conta, com o devido respeito e o firme propósito de serem atendidos e apoiados no sentido de favorecer a realização dos mesmos, conforme os padrões desejados pelo cliente. Sabe-se, inclusive, que existe entre enfermeira/o e cliente certa convivência, neste sentido, visto que o bem-estar de um, aquele que é cuidado, corresponde, via de regra a realização daquele que cuida, por ser um objetivo inerente à função (RODRIGUES, 1997).

Essa inter-relação de propósitos envolve além do aspecto espiritual - alma, consciência e espírito; costumes e moralidade. Uma atenção manifestada por um olhar, por um aperto de mão, pode constituir muitas vezes um prêmio para o paciente, indicar uma etapa vencida. Esse êxito é comentado por Fromm (1983), ao dizer que mesmo o prazer não sendo a meta da vida, inevitavelmente acompanha a atividade produtiva do ser, o contrário pode contribuir para o decréscimo da vitalidade, da produtividade e da intensidade de sentimentos e pensamentos, contrários ao que chama de felicidade.

Esse aspecto, portanto da qualidade do cuidado, que aborda AGATA, está intrínseco ao cuidador, à força do humano em si, precisa imiscuir-se a prática do cuidado, emergir do relacionamento desenvolvido com base de expressões de olhar, do estar perto, do sentir a presença, do prestar atenção, do valorizar gestos, desejos, que podem ser exteriorizados de várias formas, conforme seja a conveniência e necessidade, detectada em cada um. Diz Frankl (1991), que *O Amor* é a única maneira de captar outro ser humano no íntimo da sua personalidade. Conduz-nos a um estado de paz, harmonia e serenidade (GIKOVATE, 1996).

Uma vez que conforme Rúdlo (1989), *estar-com-o-outro* vence o isolamento e a solidão; procurar sintonizar-se com o que o outro pensa, sente e faz; interessar-se pelo

seu destino, sentir-se responsável pelo seu bem-estar; a tudo isso costuma-se dar o nome de *amor*. Condição essa que poderá contribuir para a conscientização da responsabilidade com as possibilidades essencialmente transitórias da nossa existência, visto que “[...] o significado do que o ser deve atingir é algo além dele mesmo, nunca é apenas ele mesmo” (FRANKL, 1991, *apud* MAYEROFF). O que é corroborado por Jankélévitch (1991), ao dizer que o homem é um ser finito a quem incumbe um dever infinito, amar o seu próximo com um amor infinito, verdadeiro, intenso, apaixonado, sendo preciso antes de mais nada fazer, agir e criar.

Assim, pois, conforme a visão espiritual do cuidar do ser, o desempenho de tarefas e procedimentos, na contextualização histórica da prática de enfermagem, citados por Waldow (1995), e a hierarquia das relações de poder, na divisão técnica e no caráter científico do fazer em enfermagem, tem conotação extremamente simplória. O contexto cultural da prática em enfermagem vem passando por um benéfico processo de reelaboração, saindo do domínio doméstico/privado para o domínio do humano - público/político e compassivo, respaldado no desenvolvimento do pensamento crítico, como atividade prioritária e recomendada no ensino da profissão.

As enfermeiras precisam, portanto aprofundar suas reflexões a respeito dos objetivos de suas ações, de suas atitudes e comportamentos, influenciados pela cultura, valores e filosofias de vida, envolvendo seus entes do cuidado, no meio social em que vivem e trabalham. Em particular no que se refere ao paciente crítico, centro das ações de enfermagem em UTI. A realização de técnicas e procedimentos, de medir, contar e registrar pode constituir um modo intuitivo ingênuo de agir, no cuidado de enfermagem.

Parece-nos que o cansaço físico e emocional ocasionado pela intensa carga horária exigida, que determinam sinais de estresse na maioria das profissionais na UTI, representando dificuldades no relacionamento enfermeira-paciente, não esteja sendo empregado em um foco mais justo e humano ao ser que cuida e ao que é cuidado.

O respeito pelo conhecimento não hierarquizando o saber, mas encorajando a integração entre saberes diferentes, em que a profissional e o paciente aprenda, troque, cresça enquanto pessoas, é um componente fundamental no saber-fazer da enfermeira, como educadora, o que supõe sensibilidade e implica autoconhecimento. A cultura pode ser considerada sob dois pólos, aquela instituída por códigos, normas, regras e padrões

de ação ou a que está ancorada na vida cotidiana, integrado aos padrões sociais e institucionais, mas revitalizada pelo fator espiritual e adaptada aos diferentes grupos sócio-culturais (URASAKI, 2003).

Recursos e tecnologias materiais usados na UTI contribuem, muitas vezes, para enfatizar o comportamento automatizado no contexto da unidade, podendo deixar em segundo plano o diálogo e a reflexão crítica. O profissional deve estar atento para não permitir que as situações contínuas de emergências, a dinâmica do serviço e a gravidade dos pacientes, desviem o foco da atenção do cuidado ao paciente, para o que é material e secundário, (ZINN; SILVA; TELLES, 2003). É necessário sempre reciclar valores e revitalizar atitudes e ações profissionais, que devem voltar-se para o bem comum, no que se inclui, realização de objetivos da assistência, envolvendo o ser cuidado e o cuidador, em sua eterna busca da perfeição do ser no constante exercício de liberdade, espontaneidade, desprendimento e criatividade.

Alerta Bettinelli (2002), que o estado de arrefecimento da interioridade, dos sentimentos e das emoções, relegadas a segundo plano, pela prevalência da objetividade e da racionalidade, faz despontar uma nova visão de mundo centrada no ser humano, o que exige dos enfermeiros, na prática do cuidado, não só a competência técnica, mas a interação, a compreensão e a percepção do indivíduo como um todo. Acrescenta que *se supervaloriza a fisiopatologia, a doença. Esquece-se a intuição, a sensibilidade, a solidariedade e o envolvimento, que são substituídos pelas rotinas, pela hierarquização e pelas normatizações.*(Op. Cit p.13).

Discurso No 2. A CULTURA COMO FATOR DETERMINANTE DO PERFIL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO HUMANIZADO

Personagem: **ÁGUA MARINHA****

Sexta-feira, final de tarde, 17 horas, terminada a visita dos familiares na UTI, sentei-me, em cadeiras que ficam no corredor de frente para uma das UTIs, com a enfermeira que d'agora em diante chamarei de **ÁGUA MARINHA**. Não havia intercorrências extraordinárias, podendo-se considerar o ambiente tranqüilo, apesar de não ser nada acolhedor visto a excessiva luminosidade da iluminação artificial; o forte barulho da central de ar condicionado; os freqüentes disparos dos alarmes dos respiradores mecânicos, oxímetros e bombas de infusões, o que já é habitual para os funcionários, que referem quase nem perceberem o barulho.

ÁGUA MARINHA, a segunda enfermeira por mim abordada para participar do estudo, prontificou-se de imediato, com bastante tranqüilidade. Naquele momento apresentava no semblante sinais de cansaço físico, tendo comentado que o dia havia sido longo e com muitas tarefas a realizar; parecia preocupada, tendo comentado que um familiar estava doente. Tem mais de 35 anos, há 14 trabalha em UTI. Pedi-lhe permissão para gravar sua fala, ela concordou, perguntando-me antes qual seria a pergunta? Após ouvir minha resposta indagou se saberia responder? **ÁGUA MARINHA** tem uma expressão calma no olhar, gestos firmes, inclusive ao enfatizar suas opiniões. Quando lhe coloquei a pergunta, *se a cultura, modos de vida e valores, influenciam na prestação do seu cuidado em UTI?*

Pensou um pouco para responder, perguntou-me a que aspecto da cultura eu me referia, se era em termos de conhecimento, educação ou valores e formação? Ao que lhe respondi com uma simples explicação sobre o conceito de cultura, enfatizando os valores, as crenças e modo de vida. **ÁGUA MARINHA** silenciou, baixando a cabeça por alguns instantes, e logo então retomou seu discurso revelando:

** **ÁGUA MARINHA**: Aumenta o poder psíquico. Suaviza e acalma os problemas emocionais. Traz paz, alegria e felicidade especialmente nos relacionamentos. Reduz os temores.

Bem, é muito importante a cultura na minha atuação como enfermeira, porque é a partir dessa cultura que a gente vai direcionar nossos cuidados para o lado humano e no lado também técnico, né!... que a gente tem dependendo dos valores, dos princípios, do tipo de educação que a gente teve, esses cuidados se direcionam pra melhor ou pra pior, né!... Então essa cultura é muito importante, principalmente do lado humano, como eu já tinha falado, porque hoje em dia, nós profissionais que temos muito tempo de UTI, muitas vezes, vemos o paciente como um número e esquecemos do aspecto da humanização. A minha cultura influencia no meu cuidado. Vamos falar primeiro dos princípios e de educação. A gente quando tem uma educação que vem de nossos pais, de nossos avós, que são pessoas que se preocupam com a gente, a gente passa isso pra frente, independente de ser família ou não, para os nossos amigos e conseqüentemente, do lado profissional, para os nossos pacientes. Então, a nossa preocupação que foi passada de pais para filhos, né, passamos então para nossos doentes, através do cuidado. E do lado religioso, a gente que tem religião, vamos falar principalmente do catolicismo, porque eu sou católica, no caso, a gente que tem religião, tem temor, também tem caridade, tendo isso é importante nesse lado profissional da gente de ver o doente com dor e querer sanar a dor, de ver o doente acamado, reclamando, e querer ajudar de uma certa forma, porque a gente de UTI, tem que ter uma preocupação muito grande, porque principalmente nesta UTI que a gente trabalha, nossos pacientes na grande maioria estão em coma e nunca reclamam de nada. Muitas vezes a gente se pega com um doente consciente, que é doente poliquêixoso, é um doente que chama, que requisita a presença da gente, muitas vezes, a gente se irrita, diz que o doente é "chato", mas não é! É porque nós às vezes, nos esquecemos é do nosso lado humano, a gente tá acostumada a ver o paciente em coma, sempre, sempre, quando tem esse paciente diferente, em determinado plantão, a gente não pensa nas nossas atitudes e aí é difícil pra gente, tem que procurar ver e se policiar nesse lado humano do paciente que está acordado e consciente. Vou dar um exemplo, o paciente está entubado, não pode falar, mas tá acordado, às vezes, não se conversa com o paciente, mas fala qualquer coisa sobre o estado dele e você nota o semblante do paciente, o que está se passando na cabeça dele ou pelo menos você imagina. A cultura do paciente tem que ser levada em conta também, não só a nossa cultura, e o lado religioso do paciente tem que ser levado em conta, que bagagem esse paciente traz para você? Todo paciente tem alguma coisa para ensinar, nós sempre estamos aprendendo com esse paciente, a forma como ele vai reagir, e a maneira como você trata um paciente, diverge da maneira que você trata outro paciente, você, não trata todos iguais, até mesmo porque tem paciente que você própria tem mais afinidades, de fazer um carinho ou afago. É a cultura do paciente passando pra você e vice-versa e assim o atendimento, o prestar cuidado, o servir, vai ficando mais diferenciado de um paciente para outro, né! Com o tempo é que se vai vendo e aprendendo a lidar com cada tipo de paciente, cada um é diferente, então a família também é muito importante e a gente muitas vezes, esquece da família, a gente não lembra que a família adoce; quando um familiar da gente adoce a gente também adoce junto com ele.

A seguir apresentamos o **Quadro No. 3**, constituído pelos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, considerados na Análise

Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor considerados na Análise

DADOS PESSOAIS DO EMISSOR	DADOS INERENTES AO PENSAR DO EMISSOR	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<p>Enfermeira; Sexo feminino; Idade: acima de 35 anos; Experiência profissional: 14 anos como uteísta; Não fez referências sobre o estado civil, filhos e relacionamento familiar, referiu preocupação com o estado de saúde de um familiar, revelou que, <i>"...Quando um familiar da gente adoecer, a gente também adoecer junto com ele.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diz ser importante a cultura na atuação profissional; - vê a cultura como fator diretivo do cuidado humano e técnico para com o paciente, e a educação como um valor no desempenho da profissão; - critica à falta de humanização na assistência ao paciente, principalmente quando esse se encontra em coma em uma UTI; - cita a importância da educação familiar, passada aos filhos pelos pais e avós, como fator que influencia no cuidado ao paciente; - coloca a sua religião (católica) como elemento influenciador de sua conduta profissional; - revela seu respeito à cultura e à religião do paciente; - reconhece a possibilidade de aprender com o paciente; - revela que pode haver diferenciação no tratamento do paciente quando existe uma maior aproximação entre cuidador e ser cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura e transferência de cultura - educação - família - religião 	<p>No discurso há indícios de solidariedade humana, de forte religiosidade e de comiseração e compaixão com o outro.</p>

Síntese dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor** destacados no
Quadro No. 3

ÁGUA MARINHA:

- É enfermeira, tem acima de 35 anos, há 14 trabalha em unidade de terapia intensiva. Acredita na cultura como fator influenciador na sua atuação profissional;
- considera o fato de ser católica, temente a Deus e sempre desejar ajudar o paciente, incentivador do cuidado caritativo;
- refere que princípios de educação e valores recebidos dos pais e dos avós, podem influenciar, seja para pior ou para melhor, na qualidade do cuidado de enfermagem;
- crítica falhas no cuidado humano na assistência de Enfermagem em UTI, principalmente no *estar junto ao paciente* e refere respeito à cultura e à religião do paciente;
- reconhece a possibilidade de troca de experiências de ensino e aprendizagem entre enfermeira e paciente;
- revela que uma aproximação maior entre cuidador e ser cuidado favoreceria um tratamento diferenciado ao paciente.

Considerando-se portanto, os Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor, têm-se o seguinte **Quadro Inicial** do perfil de ÁGUA MARINHA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência dos fatores culturais:

ÁGUA MARINHA, é enfermeira, tem mais de 35 anos de idade, não fez referências sobre o estado civil, filhos ou outro relacionamento, tendo porém revelado-se preocupada com o fato de um familiar seu estar doente. Trabalha em terapia intensiva há 14 anos. Refere que sua cultura é importante em sua atuação profissional, considerando-a um fator diretivo e influenciador dos cuidados humanos e técnicos por ela prestados ao paciente em UTI. Considera que o fato de ser católica, favorece seu cuidado caritativo, é temente a Deus e quer ajudar de alguma forma ao paciente. Diz que os princípios de educação e os valores recebidos dos familiares (pais e avós), podem influenciar na qualidade do cuidado de enfermagem, para pior ou para melhor.

Ao observamos ÁGUA MARINHA desenvolvendo cuidados ao paciente crítico nos procedimentos de troca de curativos e de coleta de material para glicemia capilar, viu-se que na grande maioria das vezes, mantinha-se tranqüila e calma, não aparentando qualquer alteração na sua forma de cuidar naquele ambiente de UTI, cujo contexto era de barulho da central de ar condicionado, luminosidade intensa e alarmes dos equipamentos do paciente vizinho que se encontravam ligados. Realizou ambos os procedimentos, seguindo o protocolo determinado pela unidade, desde a lavagem das mãos, o uso de material adequado, os princípios de técnica asséptica, demonstrando uma atitude de humanização, ou seja, de observar o paciente com o olhar, de tocá-lo e ao mesmo tempo informá-lo sobre o procedimento que ira realizar. Ficava atenta a qualquer sinal de dor ou de agitação na expressão facial de todos os pacientes que estavam acordados, e também daqueles que se encontravam sedados. Solicitava ajuda das auxiliares de enfermagem para verificarem existência de prescrição e administração de medicação sedativa para pacientes que queixavam-se de dor, e sempre falava para o paciente: *Calma, já vou terminar, vai já passar.*

A seguir vêm apresentados os **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, oriundos da observação pela pesquisadora, do cuidado realizado pelo sujeito do discurso:

Os procedimentos de enfermagem foram realizados por **ÁGUA MARINHA**, conforme exigido pelos protocolos. Essa demonstrava atitude humanística de afeto ao tocar e olhar para o paciente. Ficava atenta e demonstrava preocupação com os sinais orgânicos de dor e agitação dos pacientes, e além do uso da medicação para aliviar os sintomas, ela, por meio de palavras, procurava confortar o paciente. O contexto de estresse ambiental da UTI (barulhos, luminosidade intensa e alarmes de equipamentos) não alterava sua atitude durante a prestação do cuidado.

No **Quadro No. 4** a seguir, estão dispostos os Elementos Básicos Textuais do Discurso, oriundos da observação realizada pela pesquisadora, dos cuidados de enfermagem de Água Marinha,.

Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da observação do cuidado de enfermagem

CUIDADOS OBSERVADOS	ATITUDES PSICOMOTORAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	USO DA COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<p>-Troca de curativos - Coleta de material para glicemia capilar</p>	<p>- Segue os protocolos estabelecidos pela unidade, de lavagem das mãos, uso de material adequado e técnica asséptica; - olha e toca o paciente com carinho; - informa ao paciente qual o procedimento a ser realizado, mesmo que esteja sedado; - mantém-se atenta as expressões faciais de dor ou desconforto; - comunica-se com o paciente tentando confortá-lo e minimizar sua dor; - quando realiza procedimentos que causam dor ou desconforto ao paciente, solicita ajuda da auxiliar de enfermagem para administrar medicação sedativa.</p>	<p>Durante a prestação dos cuidados, sempre informava ao paciente o que seria realizado, pedia-lhe calma, olhava-o e tocava-o com carinho.</p>	<p>- Princípios de segurança/ microbiologia; - respeito aos aspectos humanos e éticos de comunicação; - atenção voltada para os sinais orgânicos, e para o conforto do paciente;</p>	<p>- Demonstra disciplina, sensibilidade e conhecimento: 1) no seguimento do estabelecido pela unidade; 2) no uso da técnica asséptica; 3) ao prestar atenção aos sinais de dor e desconforto; - demonstra consideração aos aspectos éticos de respeito e comunicação com o paciente; - apresentava sinais nítidos de cansaço físico e preocupação com a doença de sua mãe.</p>

Síntese dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, destacados no **Quadro No. 4:**

ÁGUA MARINHA:

- Segue os protocolos técnicos e de gerenciamento estabelecidos pela unidade;
- mantêm-se atenta aos sinais de dor e desconforto do paciente;
- durante a realização dos cuidados comunica-se com o paciente, mesmo esse estando sedado;
- informa ao paciente qual o procedimento a ser realizado, explicando-lhe o que está acontecendo;
- ao realizar o cuidar, olha e toca o paciente, com carinho e zelo;
- faz gesto de afago ao paciente, confortando o mesmo.

Tendo em vista o referencial teórico selecionado para embasar a Análise, considerando-se os Elementos Básicos Textuais contidos no Discurso do Emissor e da Observadora, conforma-se o seguinte **Quadro Final** do perfil de **ÁGUA MARINHA**, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

Quadro Final do Perfil de Água Marinha conforme a influência dos padrões culturais no cuidado de enfermagem

ÁGUA MARINHA demonstra por meio da comunicação a sua sensibilidade ao referir-se, ao início da entrevista, sua preocupação com o estado de saúde de seu familiar. Refere-se com firmeza a influência da cultura em sua atuação profissional, ao mesmo tempo em que correlaciona essa com os aspectos humanos e técnicos dos cuidados em UTI. Admite haver falta de humanização na assistência ao paciente, em particular quando o paciente está em coma, considerando à unidade em que trabalha. Não se exime de expressar seu franco parentesco imaginário com as precursoras da enfermagem*, ao referir-se ao fato de *ser católica e o cuidado com caridade*, estendendo-se à questão da espiação,* quando correlaciona o fato de *ser temente a Deus* com o desejo de *ajudar, de alguma forma, o paciente*. O seu componente disciplinar expressa-se pelo estrito seguimento dos protocolos estabelecidos pela unidade, no que se inclui lavagem das mãos, uso de material adequado e técnica asséptica. O seu espontâneo olhar-tocar com carinho o paciente, informando-lhe sobre o procedimento a ser realizado, mesmo esse estando sedado, assim como a atenção que continuamente dispensa ao paciente, em suas expressões faciais e a sua atitude quando surpreende nesses sinais de dor ou de desconforto, deixa explícita a sua prática do cuidado humanístico. Em seu discurso, são indubitáveis os indícios de solidariedade humana, forte religiosidade, comiseração e compaixão com o outro.

A cultura do indivíduo, composta por uma teia de significados que resulta em um perfil próprio a cada ser, é intransferível e estruturada dentro do contexto ambiental sócio-político-familiar, concretizada por experiências, desde as mais singelas até as mais complexas, susceptíveis de adequações.

* MIRANDA, C. L O parentesco imaginário. Rio de Janeiro: Cortez Editora. 1994.

* CAPONI, S. Da compaixão à solidariedade – uma genealogia da assistência de médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000.

A esse perfil são, continuamente, anexados novos comportamentos e habilidades que, via de regra, seguem a mesma linha de normatização já padronizadas. Esses comportamentos são de natureza a mais variada possível, desde o compromisso com o fazer, com o exercer a profissão, assim como o significado da relação com o outro, o respeito, o amor e a atenção por exemplo, que pode ou não estar pautada no afeto. Refere Meleis (1985), em seus pressupostos teóricos que as experiências presentes influenciadas pelo passado, presente e futuro, são mais do que a soma total desses e em sua totalidade menos que o futuro.

A valorização da condição humana emerge de significados que envolvem o pensamento, sentimentos, a fala e as ações de partilha. Requer ações indicativas de segurança, apoio e confiança por se relacionar intencionalmente a um ser, enquanto essência e realidade, envolvendo as dimensões humanas da razão e da emoção. A afirmação da própria vida, felicidade, crescimento e liberdade, origina-se da capacidade de respeito, responsabilidade, conhecimento e desvelo, (RODRIGUES, 1997). Cabe portanto aos profissionais enfermeiros, estar em comunhão com a paz e com o próprio bem-estar, a fim de estarem em condição de garantir uma relação humana entre os indivíduos por eles cuidados. Visto ainda que o trabalho do enfermeiro emprega as mais diversas formas de cuidado, no sentido de ajudar o outro a manter a sua própria identidade, a obter a paz, a harmonia e a serenidade, conservar a própria segurança e a integridade do próprio ser; da própria essência e da própria liberdade; mesmo em meio à dor e a vulnerabilidade à qual esteja exposto.

Considerando-se que o verdadeiro sentido de ajuda, de acolhimento somente pode ser demonstrado no encontro com o outro, pode-se dizer que ÁGUA MARINHA realizava esse ato quando, a despeito do cansaço físico pelas atividades laborativas utilizando as tecnologias; da preocupação, pelo comprometimento do estado de saúde de um seu ente familiar, concretizava, com naturalidade o *estar junto* em seu 'tumultuado' ambiente de trabalho.

Conforme Ramos (1999), o profissional da saúde deve valorizar o seu trabalho a partir do que ele percebe, tendo em vista também o seu saber/poder cultural, construído na subjetividade de sua postura ética e de suas atitudes reais de cuidar, devendo o indivíduo doente ser visto como alguém que merece respeito e

consideração. Faz-se necessário à busca da objetividade, do conhecimento científico, a fim de transformá-los em um poderoso instrumento na concretização da realização de algo, como um procedimento, uma técnica. Segundo Leopardi (1999), o cuidado de enfermagem deve revelar-se em um resultado do processo de trabalho coletivo da equipe, pois os profissionais põem em prática o conhecimento, alterando o processo de saúde/doença vivenciado pelos indivíduos.

As possibilidades do doente reconhecer o sentido e a valorização da vida, podem lhe ser oportunizadas, mesmo que esse se encontre em situação de extrema dificuldade, por meio do relacionamento enfermeira/paciente. O encontro cuidador/ser cuidado, merece estar desprovido de preconceitos, a fim de que ambos percebam o *aprender a ensinar X ensinar a aprender*, objetivando o crescimento mútuo e o *estar junto*, no atendimento das necessidades (FREITAS *apud* HUF, 2003).

O encontro da enfermeira com a pessoa doente é favorecido pela humanização e a condição essencial para esse encontro é a vontade de encontrar e ser encontrado/a, para o que se pressupõe, um olhar, o escutar, o tocar, amoroso e aberto (ROLIM, 2003).

Mezzomo (2002), reconhece a humanização como o elo unificador e fortalecedor do comportamento ético, articulando o cuidado técnico-científico com o reconhecimento do indivíduo em sua singularidade, ressaltando a importância dos aspectos biológicos e emocionais. Para que isso aconteça é necessário um olhar para dentro de si, a autocrítica, para compreender e tornar favorável ao compromisso de cuidar, assumindo uma postura aberta ao aprendizado da prática da humanização, tendo por base a enfermagem humanística (PATERSON E ZDERAD, 1979), que é considerada um diálogo vivo no *estar com o outro*.

O cuidado em UTI, deve ser organizado no sentido de atender a uma população de risco sujeita a várias intercorrências. São necessários, recursos materiais e humanos especializados, capacitados a garantir uma observação criteriosa e tratamentos adequados aos pacientes que apresentem doenças graves, capazes de levá-los à morte ou deixar seqüelas irreversíveis. No que se inclui a assistência baseada em padrões técnicos atualizados e humanísticos, voltada para o acolhimento humano, desenvolvida por profissionais capazes de estarem atentos e

aptos a perceberem e interpretarem sintomas subjetivos, além do que os equipamentos podem revelar, por meio de um olhar compassivo, de uma palavra de conforto, de um gesto de afago.

A enfermagem, dentre outras profissões da saúde, é uma das que mais se aproxima do paciente, uma vez que a enfermeira é a responsável direta pela assistência. Essa precisa estar atenta para evitar que tarefas administrativas ou secundárias ao cuidado, contribuam para tornar a assistência massificada, mecânica, não individualizada, levando ao distanciamento das ações de valorização humana, requeridas conforme o padrão de humanização (MIRANDA, 2003).

Ao abordar as dificuldades do cuidado, ÁGUA MARINHA revelou as contradições existentes, na forma fragmentada e mecanizada de tratamento aos pacientes que solicitam mais, 'cognominados' de *poliqueixosos*. Reconhecendo como erro, o não envolvimento desse paciente no processo de cuidado de enfermagem humanizado, deixando claro que a qualidade e a quantidade de cuidados de enfermagem ministrados a um ser humano enfermo, dependem em grande parte da forma na qual a enfermeira percebe o paciente.

ÁGUA MARINHA, que em discurso parece incorporar a imagem de adepta da figura da mulher consagrada, benfeitora – enfermeira da última metade do século XIX, encarregada do cuidado dos pobres de Deus, caracterizada pela caridade, propícia ao 'dar e receber' (CAPONI, 2000). É-lhe, sem dúvida, propício valorizar a afetividade na assistência, compreendendo o compromisso com o outro, quando realiza seu cuidado, demonstrando carinho, quando informa ao paciente qual o procedimento a ser realizado e, sua sensibilidade na preocupação com a dor e o desconforto do paciente.

**Discurso No. 3: CULTURA COMO FATOR INFLUENCIADOR DA COMUNICAÇÃO
COM O PACIENTE SEUS FAMILIARES E COM OS MEMBROS
DA EQUIPE**

Personagem: **AMETISTA*****

Ametista que tem mais de 35 anos, há aproximadamente 10 anos trabalha nessa UTI, é uma enfermeira bastante comunicativa, ela sempre recebe a todos bem. Quando cheguei à unidade pela manhã, na tentativa de uma aproximação, ela logo me abordou perguntando se estava lá como profissional da unidade ou como pesquisadora, pois já tinha recebido informações minha sobre o desenvolvimento da pesquisa. Foi então, que pedi a mesma um determinado tempo de atenção para fazer-lhe a entrevista. Sua reação foi de concordância e de incentivo para com a pesquisadora, e foi logo dizendo: *se eu pudesse, também trabalharia assim, mas...é difícil com tantos empregos.* Diz que foi sua opção trabalhar em UTI, porque gosta de trabalhar com pacientes críticos, *requerem uma assistência mais especializada e cuidados mais específicos, cuidados como se dizer, trabalhar com pacientes que necessitam de cuidados mais especializados.* Solicitou-me apenas que eu esperasse um pouco para que ela pudesse terminar a atividade que tinha iniciado. Concordei, aproveitando o tempo para realizar a observação da profissional nas práticas do cuidado. Segue então seu discurso narrando:

Tenho mais de 18 anos de formada, terminei minha graduação na UECE, Universidade Estadual, fiz especialização em Enfermagem médico-cirúrgica e Saúde Pública. Ultimamente não estou fazendo cursos de atualização, mas leio sempre, a minha atualização é mais assim, leitura, leio porque cursos mesmo, não tenho condições de fazer agora, são caros, estou querendo dar continuidade aos estudos, mas em outra área, no Direito. Todos os dias leio alguma coisa, sempre procuro gente, as colegas, e outros profissionais para saber das novidades com relação à atualização em UTI. Antes eu buscava fazer cursos e congressos, mas minha vida mudou, são os filhos, problemas de saúde e isso faz a gente se afastar, mas eu sempre pergunto as colegas que vão para congressos o que tem de novo na área. Sempre tento através de leituras e de profissionais da mesma área e áreas afins saber, procuro sempre trabalhar com a equipe multiprofissional, porque o paciente, ele, é um todo, então para recuperação e tratamento, ele tem que ser visto pela equipe multiprofissional direto ou indiretamente. Quando vou realizar um

*** **AMETISTA:** Quartzo púrpura. Ajuda a dormir, pedra da paz, transformação e sabedoria. Auxilia no alívio do "stress" e dos medos. Eleva o espírito e promove espiritualidade.

procedimento de enfermagem, eu costumo informar o paciente sobre o procedimento, mesmo ele estando em coma, porque eu noto diferença, às vezes quando ele está em coma ou aquele que está acordado, consciente você explica, porque o bom é você explicar qual o procedimento que vai fazer, você sente que o paciente fica com mais segurança no seu profissionalismo, naquele procedimento que você vai realizar, ele fica mais confiante, a gente nota que ele sente menos desconforto ele fica assim, ele não sente dor, você tá conversando e aquele que está em coma... você nota também, que só em você ter falado que vai fazer aquele procedimento, é como se ele no fundo, ele tenta lhe ajudar, mesmo não demonstrando, você nota que os estímulos àquelas reações ele não apresenta, é como se ele não estivesse sentindo dor. E eu quando não falo, acho que ficou faltando alguma coisa, quando eu não me comunico com o paciente, mesmo ele estando acordado ou não. Olha eu acho que os pacientes mais graves, que estão com cateteres, sondas, com tubo... pacientes bem graves mesmo, com monitorização, bem assim específica, eu trabalho com mais cuidado, diferenciando daqueles que não estão com aparelhos, pacientes também com determinadas patologias que requerem uma mobilização mais direcionada para os cuidados mais da enfermeira, né!... Eu tenho mais, assim, tento prestar mais assistência na vigilância mais contínua desse paciente. Eu acho que a minha formação e educação influenciam na forma que eu cuido, porque eu sempre fui criada assim, na minha infância, graças a Deus. A minha adolescência foi de muitas coisas boas. Fui criada com os meus pais e meus irmãos, mulheres e um homem, mesmo tendo falecido uma, quando nasceu e a outra com quinze, dezesseis anos, nós éramos unidos, brincávamos juntos e a diferença de idade era pequena, um ou dois anos, a convivência era boa e é ainda hoje. Eu fui criada de um jeito que a gente sempre tentava se comunicar, assim muito detalhista, sempre dizia vou fazer assim, aquilo tudo era comunicado, né! Tudo era integração, entendeu? Por isso, que eu levei e até hoje estou levando, sempre explicar, viver sempre na integração, né! O meu modo de vida, meus valores, influenciam na qualidade do meu cuidado. Olha, se minha qualidade de vida é uma qualidade boa, a qualidade do cuidado que eu vou passar, repassar para o paciente, também é boa, porque eu vou fazer todo o tipo de procedimento com bastante cuidado, com amor, assim com compromisso e eu acho que a influência, né, o que eu tenho de bom, eu repasso para o próximo, para o paciente em si, que é o mais importante também, porque eu lido com o ser humano, aquele ser que está doente, incapacitado e eu acho o contexto para traz, assim: familiar, influência muito, se eu tive uma boa educação eu tendo assim, preservar na minha assistência profissional, na minha qualidade profissional. A minha religiosidade, também influência na minha assistência profissional, eu sou católica, não é que eu fique mudando religião de nenhum paciente, eu respeito todas elas, a católica, a protestante, mas sempre nos meus afazeres eu coloco Jesus... "o senhor vai ficar bom! Em nome de Jesus, tenha fé em Deus". Sempre eu coloco e a resposta, é que aquele acordado, se ele é católico, ele vai confirmar! A minha fé também diz a mesma coisa, ele vai ficar bom. Aquele que não é, eu assim, nunca senti, vamos dizer, tem pacientes que são crentes, ele estando acordado, eu digo o senhor vai ficar bom! Em nome de Jesus, tenha fé em Deus, porque eu sempre misturo os dois nomes, Deus e Jesus. O senhor vai ficar bom, vai dar tudo certo. Se ele é protestante, eles nunca tiveram reação contrária, não, do tipo: não! Não diga isso. Assim, na minha vida de profissional eu nunca tive essa resposta negativa. E as respostas que a gente vê trabalhando, sempre colocando Deus e Jesus, sempre tive uma melhora gradativa do paciente, aqueles muito graves realmente, só em a gente ter falado em nome de Jesus sempre, leva ele para junto e até conforta a família que está ao lado do paciente. Eu acho importante estar dando atenção à família, com ela eu gosto também de lidar, por isso, eu também adoro trabalhar com a família do paciente, tanto é que eu optei pela Saúde Pública, porque eu gosto de trabalhar com a família com os familiares do paciente é muito importante. Às vezes, aqui o horário que a gente tem contato com a família é na hora da visita e eu sou muito de conversar, de pedir ajuda a família, em termos de tudo que eles participem mais, falem coisas boas para o paciente e que não esqueçam jamais de visitar, né! Porque é importante e eu gosto de ter sempre esse elo com a família. Essa minha forma de ser tem a ver com a minha vida familiar porque eu fui sempre àquela menina que

gostava de ajudar o próximo. Eu morava no interior e lá, vinha muito aquele pessoal do sertão, os parentes distantes da minha mãe e eu gostava, era de sair com elas, fazer compras, ir ao hospital, na Santa Casa para conseguir alguma coisa. Eu desde pequena já gostava de ajudar o pessoal e até hoje eu tenho esse lado, sei lá, ficar ajudando, de me preocupar muito com as pessoas. - "Ó meu Deus, eu queria tanto ajudar e não posso, porque hoje tudo está tão difícil". Eu sempre fui desse jeito por isso que eu optei pela área da saúde, a Enfermagem, principalmente. Que aqui eu acho que a Enfermagem, não digo 100% das pessoas, mas 99%, são pessoas assim, eu acho, então pôr isso, que eu sempre fui desse jeito, não só agora, sempre, sempre!

A seguir apresentamos o **Quadro No. 5**, constituído pelos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, considerados na Análise.

Quadro No. 5

Elementos Básicos Textuais do discurso do Emissor, considerados na Análise

DADOS PESSOAIS DO EMISSOR	DADOS INERENTES AO PENSAR DO EMISSOR	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<p>Enfermeira; Sexo feminino; Idade: acima de 35 anos; estado civil: casada; não especificou o número de filhos nem fez referência ao tipo de relacionamento familiar atual; referiu-se a vivência na infância com pais e irmãos; experiência profissional: aproximadamente 10 anos como enfermeira de UTI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manifesta o desejo de adquirir outra formação profissional, referindo-se ao Direito; - demonstra insatisfação com as circunstâncias vivenciadas no dia-a-dia; - ressalta a importância da comunicação com o paciente e seus familiares, no momento do cuidar; - valoriza a convivência na infância no ambiente familiar em zona rural; - procura atualizar-se por meio de leituras e conversas com colegas da mesma área e áreas afins; - diz que as condições econômicas, de saúde e familiares atuais dificultam a sua busca de atualização em UTI; - vê o paciente como um ser holístico para tanto, seu tratamento e recuperação devem ser acompanhados pela equipe multiprofissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação; - religião - comunicação; - família; - condições; econômicas - Deus; - Atualização profissional - ser holístico. 	<ul style="list-style-type: none"> - A religião é muito importante na vida do informante; - o sentimentalismo é uma forte tendência em seu discurso; - demonstra sentimentos de solidariedade humana quando ressalta a necessidade de ajudar.

Síntese dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, destacados no **Quadro No. 5**:

AMETISTA:

- É uma enfermeira formada há mais de 18 anos e há aproximadamente 10 anos trabalha na mesma UTI;
- acha que as condições econômicas, de saúde e familiares atuais dificultam a sua busca de atualização em UTI;
- procura atualizar-se por meio de leituras e conversas com colegas da mesma área e área afins, que buscam participar de congressos;
- demonstra insatisfação com as circunstâncias vivenciadas no dia-a-dia e manifesta o desejo de adquirir outra formação profissional, referindo-se ao Direito;
- ressalta a importância da comunicação com o paciente e com seus familiares, no momento do cuidar;
- diz valorizar a convivência da infância, no ambiente familiar em zona rural;
- refere-se à religiosidade e ao sentimentalismo com frequência;
- demonstra traços de solidariedade humana quando ressalta a disposição de ajudar ao próximo.

Considerando-se portanto, os **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, têm-se o seguinte **Quadro Inicial** do perfil de AMETISTA, como cuidadora de enfermagem, segundo a influência dos fatores culturais:

AMETISTA é uma enfermeira de mais de 35 anos de idade, casada, com filho(s), não teceu maiores comentários sobre os mesmos. Diz que atualmente, suas condições econômicas, de saúde e familiares, dificultam a busca de atualização formal em UTI, e expressou seu desejo em mudar de área profissional. Trabalha na mesma Unidade há aproximadamente 10 anos. Refere que o paciente é um “todo” e que para sua recuperação é necessário o tratamento integrado com a equipe multiprofissional. Ressalta a importância da comunicação no cuidado, com pacientes e seus familiares. Revela que seu cuidado é diferenciado, quando o paciente é mais grave, portador de patologias e equipamentos de monitorização mais específicos, o que o faz necessitar de mais atenção. Diz que sua formação religiosa, educação, modo de vida e convívio familiar na infância, assim como seus valores, influenciam na forma e qualidade de cuidar. Diz que o fato de gostar de ajudar ao próximo, lhe fez optar pela Enfermagem.

A observação de Ametista para complementar a coleta dos dados, foi durante o desenvolvimento das atividades diárias, realizando assistência de enfermagem aos pacientes graves na unidade em que atua. Na passagem de plantão, ela particulariza todos os momentos, procura obter o máximo de informações sobre o estado de saúde de cada paciente e sobre o gerenciamento da unidade; procurava conferir pessoalmente e com pormenores o material que naquele dia, iria utilizar e repassar ao próximo profissional. É bastante comunicativa, segue suas atividades comunicando-se com frequência com os pacientes, mesmo aqueles em coma ou sedados, e também com os profissionais de plantão. Antes de realizar os cuidados de troca de curativos e coleta de material para glicemia capilar, Ametista informava ao paciente o que seria realizado e então, seguia o protocolo estabelecido pela unidade.

Demonstrava certa ansiedade em conciliar o tempo em que ficava realizando seu cuidado e o momento em que deveria conferir e devolver o material de curativos, para a unidade de esterilização. Tinha uma certa pressa, solicitava das auxiliares de enfermagem, mais agilidade na realização dos procedimentos. Parecia não se incomodar com o barulho da unidade; se comunicava, em alguns momentos, à distância com os outros componentes da equipe, precisando levantar o volume da voz, o que contribuía para aumentar o barulho. Era bastante solícita com os

familiares dos pacientes, ao telefone e no momento de visitas, respondia com simpatia as informações solicitadas, aproximava-se, explicando o estado de saúde do doente de forma a se fazer compreender.

Na maioria das vezes em que foi observada, Ametista, manteve comunicação ativa com pacientes, mas o toque só ocorria por ocasião de um cuidar.

Elementos Básicos Textuais do Discurso, oriundos da observação, pelo pesquisador, do cuidado realizado pelo sujeito do discurso:

AMETISTA realiza os procedimentos conforme estabelecido pela unidade. Particulariza todos os momentos de cuidados, procurando obter o máximo de informações sobre o estado de saúde de cada paciente; mantém rigorosa atenção no gerenciamento da unidade, procura conferir, pessoalmente e com pormenores o material que vai utilizar e repassar, naquele dia ao próximo profissional. Demonstra certa ansiedade em conciliar o tempo em que fica realizando seu cuidado com o paciente e o momento em que deverá conferir e devolver o material de curativos, para a unidade de esterilização. Tem pressa, solicita a todo momento, mais agilidade das auxiliares de enfermagem, na realização dos procedimentos. Segue suas atividades comunicando-se com freqüência com pacientes, inclusive no que se refere ao cuidado a ser realizado, como foi o caso da troca de curativos e da coleta de material para glicemia capilar. Seu tom de voz elevado ao comunicar-se à distância com os outros componentes da equipe, em alguns momentos, contribui para aumentar o já excessivo barulho da unidade. Por ocasião do horário das visitas, responde com simpatia as informações solicitadas pelos familiares, explicando o necessário, de forma se fazer compreender. Manteve comunicação ativa com os pacientes, mas o toque e as palavras de conforto somente ocorreram por ocasião de um cuidado em que o paciente apresentava-se incomodado e agitado, evidenciado pela expressão facial ou disparo dos alarmes dos equipamentos de monitorização.

No **Quadro No. 6** a seguir, estão dispostos os **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, oriundos da observação realizada pelo pesquisador, dos cuidados de enfermagem de Ametista.

Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da observação do cuidado de enfermagem

CUIDADOS OBSERVADOS	ATITUDES PSICOMOTORAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	USO DA COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
Desenvolvimento das atividades diárias -Troca de curativos -Coleta de material para glicemia capilar	<ul style="list-style-type: none"> - Segue as determinações estabelecidas pela unidade; - particulariza todos os momentos de cuidados, procura obter o máximo de informações sobre o estado de saúde de cada paciente; - mantém rigorosa atenção no gerenciamento da unidade e na atenção a pacientes e familiares; - demonstra ansiedade em conciliar o tempo em que ficava realizando cuidados com o paciente e o momento em que deveria conferir e devolver o material; - informava ao paciente o que seria realizado e quando finalizaria seu cuidado de enfermagem; - o toque e as palavras de conforto somente apareciam por ocasião de um cuidado quando o paciente apresentava incomodado e agitação, evidenciado pela expressão facial ou disparo dos alarmes de equipamentos da monitorização dos sinais vitais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Por ocasião da realização dos cuidados de enfermagem, mesmo que esse se encontrassem sedados ou em coma; - comunicava-se com a equipe de plantão e com os familiares ao solicitarem informações sobre o estado de saúde de seus parentes; - ao falar alto contribuiu com o excessivo barulho na unidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação; - princípios de segurança/microbiologia; - eficiência e agilidade na realização do cuidar; - atenção com a família dos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstra disciplina e conhecimento: 1) no seguimento estabelecido pela unidade; 2) no rigor do gerenciamento da unidade; 3) na realização das técnicas observadas; -demonstra consideração e respeito na comunicação com o paciente e seus familiares; -ressalta excessiva preocupação com atividades de gerenciamento que poderiam ser delegadas a outro profissional sob sua supervisão.

Síntese dos **Elementos Básicos do Discurso** destacados no **Quadro No. 6:**

- Segue as determinações estabelecidas pela unidade;
- particulariza os momentos de cuidados, procurando obter o máximo de informações sobre o estado de saúde de cada paciente;
- demonstrava ansiedade em conciliar o tempo em que fica realizando seu cuidado com o paciente e o momento em que deverá conferir e devolver o material para a unidade de esterilização;
- informa ao paciente o que será realizado e quando finalizará seu cuidado de enfermagem;
- o toque e as palavras de conforto somente aparecem por ocasião de um cuidado; ou se a expressão facial ou o disparo dos alarmes de equipamentos da monitorização dos sinais vitais do paciente indicam incomodo, agitação ou alteração;
- ressalta excessiva preocupação com atividades de gerenciamento que poderiam ser delegadas a outro profissional sob sua supervisão;
- mantém a comunicação terapêutica com os pacientes, equipe de plantão e com os familiares que solicitam informações sobre o estado de saúde de seus parentes.

Assim, tendo em vista o contexto da literatura selecionada para embasar o direcionamento da Análise aqui elaborada, a partir dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso** do emissor e do observador, pode-se estabelecer o seguinte **Quadro Final** do perfil de AMETISTA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

**Quadro final do perfil de ametista, conforme a influência dos padrões culturais
no cuidado de enfermagem**

AMETISTA, enfermeira que trabalha em UTI há aproximadamente 10 anos. Demonstra grande preocupação com suas condições de vida, forte necessidade de atualização, o que parece mostrar conscientização e responsabilidade, ou talvez que não se sente satisfeita com seu desempenho em UTI, visto que também expressa desejo de migrar para outra área de formação. Sua formação parece ter sido orientada por métodos que não lhe instrumentaram para uma formação mais autônoma, de forma a lhe permitir organizar-se individualmente, para estudar e desenvolver pesquisas, e elaborar suas próprias constatações científicas sobre novos conhecimentos na enfermagem. Inclusive, imagina-se, que seu tempo de serviço na UTI, já seria suficiente para lhe dar uma maior segurança e amadurecimento nesse sentido. Ao mesmo tempo, parece compartilhar da crença de que paciente que merece realmente ser cuidado em UTI é aquele que está muito grave. Comunica-se com todos os pacientes, inclusive com os mais graves. Sua atualização de valores parece centrar-se no endocentrismo de sua formação religiosa, educacional, no seu modo de vida e de seu convívio familiar, adquiridos na infância. Os traços do parentesco imaginário^{*}, oriundos das antepassadas enfermeiras, irmãs de caridade, é bastante perceptível em AMETISTA, haja vista o fato de ter optado pela enfermagem por gostar de ajudar ao próximo. Pelo modo como lida com o material usado nos cuidados, demonstra guardar muito em si do modelo tecnicista da enfermagem, em detrimento do mais atual, humanizado, voltado para a atenção ao ser paciente.

O Quadro final do discurso de Ametista retrata bem a circunstância que envolve uma grande maioria dos enfermeiros, os quais necessitam tomar consciência sobre o fato de que, uma profissão deve ter plena ciência de seus deveres, colocá-los como questão na pesquisa, a fim de que haja investigação sobre suas atividades práticas, conforme destaca (COLLIÈRE, 1989).

Acreditamos que não só Ametista, mas em muitos profissionais está faltando ser desenvolvido o hábito da reflexão sobre a forma de pensar e de agir em

^{*} MIRANDA, C. L O parentesco imaginário. Rio de Janeiro: Cortez Editora. 1994.

relação a determinados aspectos da profissão, em particular quando se refere ao cuidado do outro.

É em geral, a convivência, com os sucessivos grupos sociais de indivíduos, em particular com aqueles com quem se compartilha a profissão, que se vai moldando o comportamento, vai se impregnando na pessoa, marcando sua maneira de ser, de falar, de realizar o cuidado, de forma também a tornar essa pessoa aceita pelos demais.

O surgimento de uma doença, em geral demanda a necessidade de assistência de enfermagem e a conseqüente aproximação de pessoas com diferenciados referenciais de vida, em particular, em termos de hábitos. Essa associação de pessoas com crenças diferenciadas, que utilizam e prestam cuidados, necessitam estabelecer seus diálogos, tanto aquele verbal quanto o não verbal, no que se envolvem necessidades, emoções e sentimentos. São levadas então, a investir em formas de conviver com as diferenças, o que ocasiona trocas, que podem ser muito enriquecedoras, tanto individual quanto coletivamente, desde que o mesmo seja travado tendo em vista o respeito e os princípios de humanidade.

Para que a circunstância de uma internação em UTI, não venha a ocasionar, algum tipo de isolamento por parte do paciente, cabe então ao profissional descobrir estratégias para promover uma inter-relação com paciente, o encontro, colocando-se disponível ao diálogo, até mesmo fazendo ajustes ou modificações nos próprios hábitos e crenças, compondo um novo conhecimento, que poderá sem dúvidas suscitar incertezas e reflexões quanto ao novo modo de ser, ver e proceder. É o que, segundo Collière (1989), acontece perante a formação profissional, o indivíduo passa a adotar conceitos e métodos novos que ao serem progressivamente incorporados por ele, vão interferir e moldar seu padrão anterior, seus valores e suas crenças.

Dessa forma, as concepções, crenças e valores que marcam os cuidados de enfermagem, se interligam quando, tanto os que precisam como os que oferecem os cuidados, se encontram e compreendem o significado e as limitações de ambos, na tentativa de orientar melhor a ação de cuidar.

A comunicação não é tão somente um instrumento básico para o cuidar, ressalta Azevedo (2002), é parte integrante do cuidar. Deve ser portanto, uma das capacidades e competências pessoais que a enfermeira deve buscar adquirir para por em prática suas ações, já que é um componente importante para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico.

A prática da comunicação livre, por meio de palavras ou gestos, auxilia pacientes, enfermeiras e familiares a enfrentarem as incertezas do processo saúde/doença e a ansiedade durante a realização dos cuidados de enfermagem. O processo comunicativo deve ser efetivo, não apenas por ocasião do cuidar, mas ao longo da permanência do paciente na UTI, visto que essa atitude oportunizará a aceitação e confiabilidade no desenvolvimento do relacionamento terapêutico empático.

O sofrimento e o temor da morte é uma capacidade essencialmente humana, equiparada, em universalidade e singularidade à capacidade de falar. É por meio do diálogo e da argumentação que se podem exteriorizar as experiências mais íntimas. É essa capacidade dialógica que possibilita a pluralidade humana, visto que o que caracteriza o pensamento humano é o caráter discursivo, ressalta ainda, é falando que aprendemos a ser humanos e com essa fala humanizamos o que se passa no mundo e em nós (CAPONI, 2000).

Ao utilizar a comunicação como instrumento de valorização do ser humano, a enfermagem busca transpor os limites técnicos da profissão, visto que a assistência de enfermagem não se limita ao corpo biológico, deve considerar o homem em sua individualidade afetiva, psicológica, social e espiritual, o que implica para os profissionais, um repensar da prática, dos valores e das motivações envolvidos na comunicação (AZEVEDO, 2002).

O próprio planejamento do cuidado ao paciente, a tomada de decisões e encaminhamentos das rotinas de enfermagem, necessitam, para sua eficácia, de uma boa comunicação com a equipe de enfermagem. Visto que esse processo pode sofrer interferências quando a relação enfermeira e equipe não é harmoniosa, podendo trazer prejuízos ao paciente e ao equilíbrio do convívio na unidade.

Segundo Cunha *et al.* (2002), é necessário que as enfermeiras estejam convictas da importância de promover a satisfação dos usuários da assistência de enfermagem, não somente ao paciente que é cuidado, mas também a família e os demais profissionais da equipe com quem trabalha, pois o atendimento de qualidade implica num contato mais próximo, empático, proporcionando o prazer pelo que se faz. Procurando-se afastar a existência de falhas as quais podem significar prejuízos e resultar em sentimento de incapacidade para a enfermeira.

Para haver assistência de enfermagem de qualidade são necessárias enfermeiras qualificadas e em quantidade suficientes para que o serviço mantenha um bom padrão, sem sobrecarregar a profissional, o que poderia torná-la insatisfeita com sua profissão.

O termo qualidade se aplica à ação humana, reconhecimento de esforços, tem a ver com profundidade na realização de ações e principalmente participação e criação (DEMO, 1996). A subjetividade da sensibilidade aponta para a beleza, o afeto, carinho, reconhecimento, satisfação, tolerância, respeito, disponibilidade e envolvimento emocional, com vista aos aspectos social, político e outros. Possibilitado pelo encontro dialógico, na busca do bem, apoiados na bondade e no crescimento do ser.

É notório perceber que Ametista aplica-se de tal forma à assistência ao paciente, mesmo a despeito das limitações impostas aos enfermeiros, pelas longas jornadas de trabalho, dificuldades e escassez de material, que se obriga a improvisar e a se sujeitar às condições inadequadas para o exercício profissional. O que vem resultar em estresse, cansaço e desmotivação, visto também que em geral, são avaliados mais pela capacidade técnica e pela destreza nos procedimentos, que pela sensibilidade, intuição e solidariedade.

**Discurso Nº 4: CULTURA, FATOR ECONÔMICO E DESEJO DE ATUALIZAÇÃO
PROFISSIONAL INFLUENCIANDO NO NÍVEL DE SATISFAÇÃO
DA ENFERMEIRA**

Personagem: **ESMERALDA******

Cheguei à UTI às 11h00, dirigi-me à enfermeira e lhe solicitei alguns minutos para realizar junto à mesma uma entrevista, sobre a temática da minha pesquisa. Ao iniciarmos a entrevista ela pediu-me para esperar um pouco até que ela conseguisse organizar os prontuários e o encaminhamento de um paciente para realização de exames. Após ter organizado suas tarefas e orientado a equipe de enfermagem para dá seguimento as atividades de rotina, solicitou que nos afastássemos um pouco daquele ambiente barulhento para que pudéssemos dialogar, então Esmeralda retornou, não quis revelar a idade, mas citou a faixa etária, 31 a 40 anos. Disse:

Eu era da emergência, e quando abriu a parte nova do hospital, há mais ou menos 10 anos, eu mudei de escala, porque era de fins-de-semana, eu estava com problemas familiares, então me botaram em uma outra escala e eu vim para a UTI. Tenho mais de 12 anos de formada, terminei na Universidade Federal do Ceará, tenho especialização, somente, em Médico-cirúrgica. Convivi com minha mãe somente, brincava com outras crianças. Morava no subúrbio, era uma casa bem grande, sempre rodeada de outras crianças, vivia assim. Tive uma infância excelente, infelizmente meu filho não tem nem a metade do que eu tive. Costumo atualizar-me, podendo, assim..., tendo tempo. Quando a parte financeira está disponível, eu sempre vou. Tanto viajo para fora do Estado, como aqui mesmo. Assim, rotineiramente eu não estudo, mas quando tenho disponibilidade, porque, tem muito a questão das escalas, às vezes, eu tenho que cobrir escalas, dobrar plantão, tenho outros compromissos, aí não posso especificar quanto tempo dedico aos estudos, não é diariamente, só nas horas que posso! Mas..., assim, tendo oportunidade, é por acesso da Internet, sempre chega folder lá em casa, de cursos e tudo mais, aí eu sempre procuro, Podendo? Eu acho assim, se tenho um saber acadêmico que é em nível de livro, de professor e tem um saber cultural, popular, eu acho que tenho que aglutinar os dois. Para prestar um cuidado inevitavelmente cultural, ele vai influenciar no acadêmico, seja: embora tenha certos aspectos que você não pode sobrepor, certas influências à nível religioso... e até social, assim: preconceitos, eles não devem sobrepor na assistência que presto, né! Às vezes, fica muito difícil fazer uma linha limite entre os dois, mas... na maioria das vezes, o cultural tem uma influência direta com o que você faz em nível tecnológico. Tenho que ver o perfil do paciente, ver o padrão sócio-econômico dele, ver o perfil cultural do profissional que atende, porque o saber acadêmico, tem pessoas que vão se aprimorar mais, tem um lado social mais aprimorado. Sabe..., é o poder de comunicação, de diálogo é bem diferenciado, e eu acho que isso influencia muito, o tipo do paciente, o nível cultural, o nível social dele, até o poder aquisitivo, ele influencia no lado da saúde, no lado fisiológico e até na forma como você vai manusear estes dados. O profissional também, o padrão social que eu acho atualmente, o nível econômico da gente decaiu muito na área de saúde, e assim,

**** Considerada uma pedra notável com potencial sem limites para o futuro.

muita coisa que existia alguns anos atrás, a gente tinha mais, hoje não se tem. Por exemplo, antes eu fazia duas ou três viagens por ano, para congressos, para cursos, tudo hoje em dia, o padrão financeiro não permite. Como fatores culturais, você pode botar, nível sócio-econômico, é o aspecto religioso, a formação religiosa, é! Eu acho também que a origem das pessoas que são do interior, zona rural, que têm uma forma de vida mais simplista, até a terminologia que eles usam, quando vão conversar com você, é diferente. O linguajar é bem diferente de uma pessoa da zona urbana. Eu acho que olhando por essa ótica, a cultura é bem importante, influencia, por exemplo, eu... , tem certos pacientes com quem fica muito difícil de lidar, de conviver. Eu, pelo menos, evito dar algum plantão na UTI pediátrica, eu não me sinto bem naquele universo. Eu... , quando vejo..., assim, são ações... que.... , a saúde de uma criança se agrava por um descuido, por um desleixo, ou até mesmo casos de espancamento... A omissão..., eu, particularmente... , não entra! Assim, no adulto, de uma forma ou de outra, eu já consigo ter uma visão mais profissional. Evito assim, o emocional, mas, muitas vezes, você acaba se envolvendo mais com um paciente, por uma história de vida dele, que você quando passa muito tempo dentro da UTI, você acaba sabendo muito da vida pessoal, do que ele era antes, do que se tornou, o que vai ser a vida dele, porque ele fica sempre "seqüelado", ele não sai do jeitinho que era, por mais que você tente, ele vai ter muitas limitações, então, acho que essa parte da pessoa, assim, banaliza a vida, eu não me sinto bem, às vezes, eu tenho que respirar, repensar, e tentar ser muito profissional, evitar muito o emocional. Já tive um paciente que eu, assim, me apeguei demais à história dele, e quando ele foi ter alta da UTI, foi uma coisa desesperadora, ele ia ter alta no meu plantão e foi suspensa, fiz uma pressão para ele não sair naquele momento e quando eu fui visitá-lo, na enfermaria, eu fiquei abalada, eu fui vê-lo algumas vezes, eu fiquei assim..., quer dizer, a pessoa passar o resto de sua vida em uma cama ou numa cadeira de rodas... e tendo que sustentar a família e tudo mais, aquilo ali, era extremamente cruel para mim! Eu acho, que assim, eu sinto que tem muito da questão religiosa, a fé, acreditar muito que existe um ser superior que no fim, as coisas quem define é ele. Eu tento muito repassar esta fé, esta crença. Porque, são situações de vida e de morte que vejo nos olhos dos acompanhantes, até mesmo do paciente. É o desespero..., então a fé, a religiosidade é um valor cultural que eu acho de extrema importância, para trabalhar, para se dedicar a esta vida. Tem que ter uma coisa extremamente importante acreditar, acreditar, ter fé, nunca assim..., ter sempre otimismo. Tem que ser otimista, tem que ter fé em todos os momentos. Na técnica, eu tento ser um ensino formal, acadêmico, porque são normas, são padrões da UTI, e cuidados técnicos assim..., fisiológicos, tipo aspirar, fazer aspiração traqueobrônquica, medicação tem todo um protocolo mesmo é científico. Porque você faz assim, porque tem que ser assim! Agora, quando você vai abordar o paciente, conversar com ele. – O que você está sentindo? É..., eu procuro evitar linguagem científica, quando eu falo com o paciente ou com o acompanhante, principalmente, a não ser que eu veja se a pessoa é da área de saúde, tenha um certo conhecimento técnico, aí, eu posso usar a terminologia científica, na maioria das vezes, eu não faço uso dela, uso uma linguagem bem popular, procuro usar termos que eles possam entender, porque acho que é muito cruel, a pessoa já está numa situação grave, na UTI, a estada na unidade é sempre associada com final, sempre, a maioria das pessoas, leigos, é o final, é o estágio final, se não sair dali, não sai mais. Aí, então, utilizar uma terminologia científica, que a maioria das pessoas não sabe o que você está dizendo... Às vezes, eu tento evitar, baixo a cabeça, mas eles não sabem o que você está dizendo, ficam encabulados e dizem. – Mas o que a senhora quer dizer com isto? E, às vezes, você sente que a pessoa não entendeu o que você quis dizer, porque se você usar termos científicos, eles perguntam uma coisa e o que você disse é completamente o contrário do que eles estão perguntando. Então, tenho que me preocupar com o vocabulário que estou usando, dependendo da situação e às vezes, usa-se uma linguagem que se torna até bruta. E tem que evitar estas coisas na presença do acompanhante e até mesmo do paciente, quando ele está consciente, quando não está sob efeito de sedação ou até mesmo em coma fisiológico. Alguns pacientes conscientes a gente busca o acompanhante, o familiar, eu venho com a premissa que: para ele, eu sou uma estranha, ele está despido, ele está fragilizado e mesmo sendo profissional, eu sou uma estranha para ele. Aí a gente solicita o acompanhante e tudo. Já o paciente mais consciente e aqueles que são

do interior e não têm condições de vir acompanhantes, nem nada, a gente de uma forma ou de outra, fica mais próximo, ele está ali sozinho, vamos conversar, ou se tem, assim, televisão ou coisa do gênero. – Quer mudar o canal? Às vezes, a gente conversa..., Um programa tal... ou coisa assim, está entendendo? Para diminuir mais esse estresse. Para mim e na ótica de uma pessoa que não vivencia quotidianamente, a UTI é um ambiente extremamente agressivo e invasivo. Você introduz mil e hum cateteres, são dolorosos. Você chega e fura o dedo, fura não sei o que, e a pessoa sente dor. E se você não conversar... olha, e diz: eu estou fazendo isso por conta disso, fica muito...melhor. Do contrário, se cria um ambiente de terror, se o paciente estiver consciente e não estiver entendendo o que está acontecendo ali, acho que é um terrorismo. Eu acho que ... tento fazer o possível com o que aprendi na minha casa, com minha família, eu trago para cá, deve ser uma algo que adicione ao paciente, que faça ele melhorar. As coisas ruins inevitavelmente você aprende, você vive, você sofre. Eu tento deixar lá fora, quando eu chego aqui dentro, eu tento evitar ao máximo, que meus problemas, as minhas angustias, elas venham aqui dentro e eu reflita isso tanto no paciente como com as pessoas que trabalham comigo. Nem todo dia a vida da gente é um mar de rosas, mas aqui, não tem nada a ver com a vida da gente, eu acho, não sei – é fundamental.

Conforme estabelecemos, como passo seguinte após o discurso apresentamos o **Quadro No. 7**, constituído pelos **Elementos Básicos Textuais do Discurso** do emissor, considerados na Análise.

Quadro No. 7

Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor considerados na Análise

DADOS PESSOAIS DO EMISSOR	DADOS INERENTES AO PENSAR DO EMISSOR	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<p>Enfermeira; indicou somente sua faixa de idade: 31 a 40 anos; não fez referências a seu estado civil; fez referência ao filho; Com relação convívio familiar, revelou que na infância morou com a mãe e brincava com muitas crianças da vizinhança; Experiência profissional: mais de 12 anos de graduada, possui pós-graduação a nível de especialização em enfermagem médico-cirúrgica e trabalha em UTI há mais de 10 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exaltação das reminiscências da infância; - revela gosto por viagens; - busca informações para melhorar o lado profissional; - acredita na influência do cultural no trabalho do cuidar assistencial; - faz críticas ao padrão financeiro do profissional de saúde – Enfermeiro; - acredita na importância da religião no relacionamento enfermeira/paciente; - demonstra preferências pela assistência ao paciente adulto; - aborda o envolvimento emocional com os pacientes e familiares; - enfatiza a importância do uso de uma linguagem clara na comunicação com o paciente e com seus familiares; - demonstra preferências pela assistência ao paciente adulto 	<ul style="list-style-type: none"> - Infância; - família; - educação; - emoção; - profissão; - viagens; - religião. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revela que ao prestar um cuidado inevitavelmente cultural, esse vai influenciar no acadêmico, embora tenha certos aspectos que não se sobrepõem, certas influências a nível religioso, social; - a cultura tem uma influência direta com o que a pessoa faz a nível tecnológico; - mostra-se preocupada com seu lado emocional e com o bem-estar dos pacientes, demonstrando um traço de solidariedade e de humanidade.

Síntese dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, destacados no **Quadro No. 7**

- Esmeralda é enfermeira, tem mais de 12 anos de experiência profissional; possui pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica e trabalha na UTI há mais de 10 anos.
- faz críticas ao padrão financeiro do profissional de saúde – Enfermeiro;
- ressalta a importância da religião no relacionamento enfermeira/paciente;
- demonstra preferências pela assistência ao paciente adulto;
- faz destaque ao seu envolvimento emocional com os pacientes e familiares;
- revela que ao prestar um cuidado inevitavelmente cultural, esse vai influenciar no acadêmico, embora tenha certos aspectos que não se sobrepõem, certas influências a nível religioso, social.

Considerando-se portanto, os **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, têm-se o seguinte **Quadro Inicial** do perfil de ESMERALDA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

ESMERALDA é enfermeira, não informa com precisão a sua idade, citando porém a faixa de idade, que é entre 31 e 40 anos, não revelou seu estado civil, deixou implícito que tem filho, diz que sua convivência familiar na infância foi com sua mãe, enfatizou ter tido uma infância feliz. Trabalha na mesma unidade há mais de 10 anos, com mais de 12 anos experiência profissional; evidenciou sua pós-graduação *Latu-sensu*. Diz buscar informações para melhorar o lado profissional, porém faz críticas ao padrão financeiro do profissional de saúde – exaltando o do Enfermeiro. Demonstra preferências pela assistência ao paciente adulto, ressaltando a importância da religião no relacionamento com os mesmos assim como seu envolvimento emocional com pacientes e familiares, revelando que, ao prestar um cuidado esse é inevitavelmente cultural, e vai influenciar no acadêmico, embora tenha certos aspectos que não se sobrepõem, certas influências à nível religioso e social. Mostra-se preocupada com seu lado emocional em relação ao bem-estar dos pacientes, demonstrando um forte traço de solidariedade e de humanidade.

A seqüência seguinte adotada na metodologia de coleta dos dados é a etapa de observação do profissional em sua performance na sua atividade profissional. Esmeralda foi observada realizando cuidados tanto em ambiente agitado, normalmente no período da manhã, em que o fluxo de atividades é mais intenso, como em situações de maior tranqüilidade, que em geral ocorre por ocasião da visita ou logo após, embora nesses horários a UTI se encontre com um número maior de pessoas. Esmeralda, estava sempre atenta em manter um clima receptivo aos visitantes, informando-lhes com certa simplicidade o quadro clínico dos pacientes para aqueles familiares que se dirigiam a ela. Quando a informação era solicitada ao telefone, Esmeralda chamava o médico para falar, ao mesmo tempo em que informava a esse a necessidade de acompanhante para aquele paciente que acabara de sair do coma e apresentava sinais de agitação e inquietação no leito. Aproximava-se dele e informava em que local o mesmo se encontrava e dizia: *calma vou chamar alguém da sua família para ficar com você.* Para aqueles pacientes que estavam acordados e conscientes, Esmeralda solicitava da Assistente Social que pedisse a família para trazer algo como rádio, revista ou até mesmo televisão, para que os pacientes pudessem se distrair. Esmeralda tentava controlar o barulho da UTI, solicitando dos visitantes e da equipe com quem trabalhava, um pouco de silêncio, apesar do seu esforço, a equipe não colaborava, mantinha conversa em voz alta e até risos.

Esmeralda foi observada também, realizando cuidados de troca de curativos e coleta de material para glicemia capilar, quando viu-se que utilizou técnica asséptica. Os procedimentos foram realizados conforme o protocolo determinado pela unidade. Ela, não tocou o paciente com carinho, apenas disse: *eu vou furar seu dedo, é preciso, logo termina.* No momento de uma troca de curativos, olhou para a auxiliar de enfermagem e exclamou referindo-se ao ferimento: *meu Deus! Como foi isso? Ele está bem sedado?*

Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da observação pelo pesquisador, do cuidado realizado pelo sujeito do discurso:

ESMERALDA realizou todos os procedimentos seguindo as determinações estabelecidas pela unidade; utilizou técnica asséptica, informou o paciente de forma simples e pouco carinhosa sobre qual o procedimento a ser realizado; tendo apenas lhe dito: *eu vou furar seu dedo, é preciso, logo termina*. No momento da troca de um dos curativos, olhou para a auxiliar de enfermagem e referindo-se ao ferimento exclamou: *meu Deus! Como foi isso? Ele está bem sedado?* Ficou atenta e preocupada se ele não iria sentir dor; não fez qualquer gesto de carinho ou afago. Esmeralda, estava sempre atenta em manter um clima receptivo aos visitantes, informando-lhes o quadro clínico dos pacientes; quando a informação era solicitada ao telefone, ela chamava o médico para falar. Informou ao mesmo, a necessidade de acompanhante para um paciente que acabara de sair do coma, aproximou-se do paciente e disse que estava no hospital, dizia ela: *calma vou chamar alguém da sua família para ficar com você*.

No **Quadro No. 8** a seguir, estão dispostos os **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, oriundos da observação dos cuidados de enfermagem de ESMERALDA.

Quadro No. 8

Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da observação do cuidado de enfermagem

CUIDADOS OBSERVADOS	ATITUDES PSICOMOTORAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	USO DA COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<p>- Troca de curativos. - Coleta de material para glicemia capilar</p>	<p>- Segue as determinações técnicas estabelecidas pela unidade; - utiliza técnica asséptica; - informa ao paciente o procedimento a ser realizado; - não tocou o paciente com carinho ou faz qualquer outro gesto de afago; - fica atenta e preocupada em não causar dor no paciente por ocasião da realização do curativo; - estava sempre atenta em manter um clima receptivo aos visitantes informando-lhes o quadro clínico dos pacientes; - Chama o médico para falar quando a informação é solicitada por telefone. - mantém plena comunicação com a equipe de plantão.</p>	<p>- Faz uso da comunicação verbal com os pacientes não somente por ocasião dos procedimentos</p>	<p>- Disciplina; - princípios de segurança/ microbiologia; - respeito aos princípios de comunicação; - atenção voltada para os sinais orgânicos de dor, e também para o conforto do paciente</p>	<p>- Demonstra conhecimento: 1) das normas estabelecidas pela unidade; 2) do uso da técnica asséptica; - demonstra pouca consideração aos aspectos éticos e de humanização para com o paciente na realização das técnicas.</p>

Síntese dos Elementos Básicos Textuais do Discurso destacados no **Quadro No. 8**

ESMERALDA:

- Segue as determinações estabelecidas pela unidade;
- informa ao paciente procedimentos a serem realizados;
- fica atenta e preocupada em não causar dor ao paciente, por ocasião da realização do curativo;
- estava sempre atenta em manter um clima receptivo aos visitantes informando-lhes o quadro clínico dos pacientes, porém quando a informação era solicitada por telefone, chamava o médico para falar;
- mantinha comunicação com a equipe de plantão, pacientes e familiares.

Tendo em vista o referencial teórico selecionado para embasar a Análise, considerando-se os **Elementos Básicos contidos no Discurso do Emissor** e do Observador, conforma-se o seguinte **Quadro Final** do perfil de **ESMERALDA**, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

Quadro final do perfil de esmeralda, conforme a influência dos padrões culturais no cuidado de enfermagem

ESMERALDA, enfermeira, prefere não revelar nem sua idade e nem seu estado civil. Com experiência profissional de mais de 12 anos, trabalhando há mais 10 anos em UTI, tem pós-graduação em nível de *Latu sensu* em enfermagem médico-cirúrgica. Ressalta a importância da religião no relacionamento enfermeira/paciente, é uma adepta do cuidado com compaixão, e confessa sua forte tendência no envolvimento emocional com os pacientes e familiares, atitude bastante humanizada, mas que pode, certamente, ser melhor temporizada*. Faz severas críticas ao prejudicado** padrão financeiro do Enfermeiro, enquanto profissional. Considera que o cuidado é inevitavelmente influenciado pelo aspecto cultural, cujo contexto termina por repercutir no acadêmico. Demonstra que trabalha respeitando os princípios técnicos disciplinares determinados pela administração da Unidade. Trata o paciente com respeito, ao informar-lhe os procedimentos antes de realizá-los e demonstra sensibilidade à sua dor e sofrimento, mesmo que em sua comunicação verbal com esses, se empenhe em informações técnicas e não faça uso de palavras de conforto, e nem demonstre qualquer gesto de carinho ou afago. Empenha-se em manter um clima receptivo na Unidade, no horário da visitas, oferecendo aos familiares informações sobre o quadro clínico dos pacientes, e delega ao plantonista médico, a cessão de informações solicitadas por telefone.

A forma de conduta que nos revela ter Esmeralda decorre sem dúvidas, da interiorização das crenças, que em conjunto com os conhecimentos determinam os hábitos de vida e conseqüentemente o conjunto de maneiras de atuação ou conduta de cada um, considerado aqui, como tudo aquilo que se diz ou se faz. É ditada pelos sentimentos, tanto conscientes como inconscientes. São reforçados no dia-a-dia, na convivência, junto ao grupo. Sabemos que este particular é comum a toda pessoa, assim como no caso, a todas as enfermeiras, aqui representadas por Esmeralda.

* Conforme Caponi (2000)

** Aspectos destacados em Miranda (1994) e Rodrigues (1997)

Entretanto, parafraseando Collière (1989), na maioria das vezes, essas não se apoiam em uma reflexão sobre a necessidade de uma transformação, em termos de melhor adequar a sistemática do fazer utilizada por uma determinada pessoa, por outra mais conveniente, agradável e coerente. É necessário entretanto, ter-se em conta, que conforme lembra a autora, as crenças e os hábitos tornam-se referenciais de segurança, garantias do sentimento de pertencer ao grupo; reforça o proceder de determinada maneira de uma pessoa, identificando-a com os demais do grupo. Tem a função também, de manter a tradição, a continuidade de vida do grupo, assim como o simbolismo do convívio desse ser dentro do grupo.

Pode-se destacar a necessidade de tomada de consciência pelas enfermeiras como grupo de profissionais de saúde, do alcance social, cultural, político e econômico da assistência que prestam, sobretudo, dos cuidados que exercem, centradas no valor cultural dos cuidados de enfermagem, atuando como veículo para uma tomada de decisões de ações acadêmicas, aspecto esse que pode ser associado ao desprestígio financeiro da profissão, conforme destaca Esmeralda.

O próprio fato da enfermagem ter sido considerada, por longo tempo, uma profissão predominantemente feminina, contribuiu para determinar essa cultura de seu baixo status e falta de reconhecimento, e esse fato repercute até os nossos dias. O que contribuiu para que fosse ocultada da sociedade, a grande importância do seu fazer, como também, a geração de baixo nível de autonomia profissional, pessoal, político e social da enfermagem e dos enfermeiros. Essa repercussão tem sido também, bastante incisiva na própria definição de seu corpo de conhecimentos em seus componentes teóricos e filosóficos. Paralelo, tem-se o fato da enfermagem ser constituída, em sua grande maioria por mulheres, que tiveram seu ingresso às Universidades retardado, associado à subserviência, veio constituir, também, um traço cultural negativo para o desenvolvimento de seu pensar crítico, indo interferir no poder decisório, a partir do estabelecimento de escolha de hipóteses para resolução de problemas, seja relacionado, tanto a determinar prioridades quanto a definir a melhor alternativa, a partir de uma avaliação e enfim, na escolha de estratégias de ação (RODRIGUES, 1997; 1999).

O marco referencial da assistência de enfermagem é o cuidar, representativo, ao longo da história das crenças e valores pertencentes a essa prática, valorizando na sua diversidade o paradigma da confluência de saberes a esse respeito. Mas, segundo Waldow (1998), é importante rever os valores humanísticos do cuidado de enfermagem, indo-se rumo à espiritualidade do ser humano, o cuidado não deve ser focalizado tão somente sob o ponto de vista técnico, sendo preciso ser flexível para a harmonização dos pólos contrários. A enfermeira deve refletir sobre sua postura profissional, projetando-se além do ato técnico, compreendendo o outro também com o coração, conforme nos diz que faz Esmeralda.

O universo do cuidar deve ser interpretado de forma ampla, definindo pontos essenciais para a enfermagem, congregando ciência e tecnologias, com os aspectos éticos, humanísticos de valorização do ser humano representado por seus valores sociais, culturais e religiosos (WALDOW, 1998).

A enfermeira não pode ficar alheia as necessidades do paciente, em particular à necessidade psico-espiritual, que com o avanço tecnológico tornou-se um cuidar secundário. No passado, acreditava-se que a excelência profissional da enfermeira, estava tão somente ligada ao saber técnico-científico (BACKES; MARTINS; DELLAZZA, 2001).

É importante compreender a necessidade de interação entre enfermeira, demais membros da equipe de saúde, pacientes e família, na tentativa de moldar um relacionamento harmonioso para minimizar, de alguma forma, o efeito negativo da internação. Tendo em vista, sempre que os indivíduos desenvolvem ao longo do tempo sua cultura em particular, essa influencia diretamente os aspectos de vida relacionados a comportamentos, crenças, emoções e atitudes, dentre outros, ligados ao processo de cuidar e ser cuidado.

Segundo Lemos e Rossi (2002), por meio das ações simples de conversar, tocar, dar informações técnicas e/ou biológicas, referentes ao cliente, com empatia, a enfermeira poderá estar, contribuindo significativamente para amenizar os efeitos nocivos da internação em UTI ao tempo em que deve evidenciar para o paciente, os aspectos positivos de oportunidade de melhoria do quadro clínico, sempre considerando os aspectos da cultura que envolve esses seres, sem

impor os próprios valores culturais, mas delineando um caminho para uma intercomplementação desses valores.

Na observação do contexto real da UTI, nos é revelada uma dicotomia existente entre teoria e prática, o cuidado individualizado, prestado com respeito, carinho e diálogo, normalmente ressaltado nos discursos, é evidenciado de forma mecânica e, desumana, se vista por um certo ângulo, tanto com pacientes, familiares e até para com a equipe que lá trabalha. As nuances apresentadas no ambiente da UTI percorrem concordâncias e contradições referentes ao sistema cultural da prática do cuidado de enfermagem. A ação de enfermagem deve considerar a cultura do paciente e das pessoas próximas a ele, sem se impor uma postura autoritária, conforme referencial teórico do cuidado cultural referido por ERDMANN *et al.* (2003).

A interação da enfermeira com o paciente e com sua família permite a ampliação de suas ações, o atender, muito mais que as necessidades do físico e biológico. Essas integram-se às sociais, afetivas e emocionais, são parte do cuidado, orientando as soluções de problemas, uma vez que partilham-se vivências.

**DISCURSO Nº 5: A CULTURA PODE DIRECIONAR O PRÓPRIO
APERFEIÇOAMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DO
PROFISSIONAL PARA O CUIDADO**

Personagem: **GRANADA*******

Já era final de tarde de uma sexta-feira, quando após eu já ter solicitado, Granada deu o sinal positivo para iniciarmos a entrevista. *Quase sempre*, disse ela, *nesse horário o movimento é mais lento e hoje então poucas foram as visitas, lá fora, está chovendo bastante e é provável que isso tenha contribuído para uma movimentação pequena.* Fiz-lhe a proposta de irmos a um local sem muito barulho, ela concordou, mas disse logo: *não posso ficar muito tempo afastada, sabe como é... eu já fiz tudo, mas tenho que ficar orientando as meninas*, referindo-se às auxiliares de enfermagem, e dirigindo-se a elas falou: *meninas vou aqui no repouso, volto já!* E continuou:

Sou enfermeira, tenho mais de 35 anos de idade, e trabalho há 10 anos nessa UTI. Foi minha opção trabalhar em UTI, porque vejo aqui, a UTI, como um local que você como profissional pode se dar mais, é um local que você tem condições realmente de colocar todo seu aprendizado em prática e você também tem um campo muito aberto para aprender. Quanto mais você trabalha mais aprende e mais você busca conhecimentos novos, porque a ciência é assim! É dinâmica, sempre está evoluindo, pesquisando e vão aparecendo coisas novas, você vai adquirindo uma bagagem profissional muito grande. É uma coisa que não é estática. Tenho mais de 12 anos de formada, 10 de terapia intensiva, me graduei na UECE e tenho especialização em emergência, também pela UECE, já tem mais de 6 anos. Procuro sempre fazer cursos de atualização em UTI, em média três, quatro, por ano. Costumo sempre dedicar um tempo, algumas horas para o estudo diário. Tenho um livro de cabeceira, eu procuro estudar realmente tudo, as patologias e principalmente a assistência de enfermagem. Eu morava quando criança com meus pais no interior, tinha muitos irmãos, homens e mulheres com muitas diferenças de idade, porque eu sou a última. A diferença de mim para minha irmã mais velha é de 40 anos. Apesar da diferença de idade, a convivência era harmoniosa, claro que a diferença de idade e eu que era a mais criança, tinha uma tendência a receber mais atenção, porque era a última, vamos dizer que era: a preferida, apenas por ser criança. Considero minha infância normal, como toda criança, brincava, não muito, porque era um pouco doente, né! Sempre brincava, tinha amiguinhos. Morava numa casa grande, na cidade do interior, tinha lazer. Eu acho que o saber técnico-científico é diferente do cuidado cultural de UTI, porque no saber técnico, tem a ver com o que eu aprendi estudando, na faculdade. É um procedimento que eu faço, é uma rotina que eu sigo, ele é importante para o cuidado do paciente, mas não é tudo, quando eu cuido do paciente é que eu incluo nesse cuidado a minha forma de ser..., calma, tranqüila, mas livre, eu uno o saber técnico-mecânico à minha cultura, ao meu modo de ser, para realizar um cuidado na UTI. Como são muitos afazeres que a gente tem aqui, a gente tem que sempre estar supervisionando os cuidados que são delegados para as auxiliares de enfermagem, portanto, é necessário sempre estar realizando e ao mesmo tempo supervisionando, o cuidado que você delegou. Todos os cuidados são registrados

***** **GRANADA:** Encontrada em muitas cores, exceto azul. Revigora o sistema sangüíneo e coração. Estimula a imaginação. Alinha os corpos espiritual e emocional, provoca elevação de emoções.

no prontuário do paciente, porque é rotina da instituição. Aqui a gente não aplica nenhuma etapa da Metodologia da Assistência de Enfermagem, assim..., digo, nós não temos um local nosso para fazer os registros de Enfermagem, então somente é feita a evolução de Enfermagem. É um registro da condição fisiológica do paciente e mais todos os procedimentos realizados nele. Bem..., eu sempre informo ao paciente o procedimento o que eu vou realizar, principalmente porque a gente sempre tem acompanhantes e eles perguntam sempre o que a gente está fazendo. É uma forma de informar a família, e eles terem mais segurança no que a gente faz. Eu sempre procuro dar a informação do estado do paciente á família, mas eu costumo usar palavras mais simples, de forma que eles entendam como está o paciente, não adianta usar termos técnicos que eles não compreendem, e vão perguntar novamente, ou não ficam satisfeito com as respostas. Como a gente tem muitas tarefas, acaba não fazendo muita companhia para os pacientes, entra em contato quando vai realizar um procedimento, mas as vezes..., eu procuro ficar ao lado deles, fazendo companhia. A minha forma de ser, calma..., tranqüila, é fator que no meu dia-a-dia influenciam no meu cuidado, eu me considero uma pessoa tranqüila e isso ajuda na hora de realizar um cuidado, e até na hora em que a UTI está agitada, eu gosto de trabalhar nesse ambiente, porque como fui criada bastante livre, com liberdade, no sentido de não ter sido reprimida, aqui me dá liberdade para agir rápido, com eficiência, colocando tudo que eu aprendi na faculdade e com a vivência do meu dia-a-dia.

A seguir, vêm apresentados os Elementos Básicos Textuais Destacados no Discurso, que constitui a etapa seguinte estabelecida para compor a presente Análise.

A seguir apresentamos o **QUADRO NO. 9**, constituído pelos **Elementos Básicos Textuais do Discurso** do emissor, considerados na Análise.

Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor considerados na Análise

DADOS PESSOAIS DO EMISSOR	DADOS INERENTES AO PENSAR DO EMISSOR	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<p>Enfermeira; Sexo feminino; Idade; mais de 35 anos; não informou estado civil nem número de filhos; Fez referências ao passado quando criança com os irmãos diz ter um bom relacionamento familiar; experiência profissional: 10 anos como utelista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Considera a UTI como ambiente ideal para desempenhar o trabalho profissional por ser local apropriado para maior aprendizado e colocar em prática o ensinamento teórico; - preocupa-se com a atualização profissional, fazendo cursos e estudos diariamente; - reconhece a influência do cultural na assistência ao paciente, entretanto refere-se à ações rotineiras de forma acadêmica; - usa o linguajar leigo para entrar em contato com o paciente e seus familiares; - reconhece o tratamento diferenciado, quando o paciente está consciente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Família; - cultura; - saber; - infância; - atualização 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra espírito de solidariedade e apego ao passado como criança, quando morava na zona rural; - demonstra em seu discurso que a influência do modo de ser está embutido em seu cuidar.

A seguir estão relacionados em destaque a Síntese dos Elementos **Básicos Textuais do Discurso do Emissor** destacados no **Quadro No. 9**

GRANADA:

- É enfermeira, trabalha há 10 anos na mesma UTI;
- Diz que a UTI é o ambiente ideal para desempenhar o trabalho profissional, por ser um local apropriado para maior aprendizado e colocar em prática o ensinamento teórico;
- Reconhece a influência do cultural na assistência aos pacientes, entretanto refere-se à ações rotineiras de forma acadêmica;
- Sua forma de ser, tranqüila e calma, favorece o cuidado, tanto em horas de calma como em horas de agitação da unidade.
- Reconhece o tratamento diferenciado, quando o paciente está consciente.

Considerando-se portanto, os Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor, têm-se o seguinte **Quadro Inicial** do perfil de **GRANADA**, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência dos fatores culturais:

GRANADA é uma enfermeira com mais 35 anos de idade. Trabalha na mesma UTI há 10 anos, tem curso de especialização em emergências. Refere que a UTI é o ambiente ideal para desempenhar seu trabalho profissional, por ser um local apropriado para maior aprendizado e colocar em prática o ensinamento teórico. Reconhece a influência cultural na assistência aos pacientes, entretanto considera o saber técnico-científico diferenciado do cuidado cultural de UTI, referindo-se às ações rotineiras de forma acadêmica.
--

Conforme a Metodologia adotada, os Dados obtidos por meio da Observação participante vêm a seguir apresentados.

Ao observarmos a assistência prestada por Granada aos pacientes na UTI, vimos que na grande maioria, Granada manteve atitude de calma e tranquilidade, desenvolvendo, com os pacientes e alguns acompanhantes que estavam no ambiente, um diálogo simples, sempre relacionado aos procedimentos que ela estava realizando, explicava rapidamente, algumas vezes, o que ia fazer, frisando a importância do mesmo. Era paciente e cuidadosa ao realizar a técnica de troca de curativos e coleta de sangue para glicemia capilar; demonstrou quase sempre, um toque com carinho, disse palavras de conforto. Questionou com a médica a necessidade de realização da coleta do exame no momento em que o paciente encontrava-se dormindo. É bastante ágil em prestar o cuidar e no gerenciamento da unidade, pronunciava palavras de carinho e conforto também com os membros da equipe. Por diversas vezes Granada foi observada lendo informativos e ou preocupada em organizar a unidade de modo que se tornasse um ambiente menos impessoal.

Selecionamos os seguintes **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, oriundos da observação pelo pesquisador, do cuidado realizado pelo sujeito do discurso:

Granada manteve atitude de calma e tranquilidade, ao desenvolver com os pacientes e alguns acompanhantes que estavam no ambiente, um diálogo simples, sempre relacionado aos procedimentos que ela realizava. Era paciente e cuidadosa ao realizar a técnica de troca de curativos e coleta de sangue para glicemia capilar, demonstra, quase sempre, um toque com carinho, dizendo palavras de conforto. Bastante ágil em prestar o cuidar e em gerenciar a unidade. Pronuncia palavras de carinho e conforto também com os membros da equipe. Foi observada lendo informativos e ou preocupada em organizar a unidade de modo que se tornasse um ambiente menos impessoal.

No **Quadro No. 10** a seguir, estão dispostos os **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, oriundos da observação dos cuidados de enfermagem de GRANADA, realizada pelo pesquisador:

Quadro No. 10

Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da observação do cuidado de enfermagem

CUIDADOS OBSERVADOS	ATITUDES PSICOMOTORAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	USO DA COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Troca de curativos - coleta de material para glicemia capilar 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém atitude calma e tranqüila, desenvolvendo com os pacientes e acompanhantes, diálogo simples, sempre relacionado aos procedimentos; - é paciente e cuidadosa ao realizar a técnica; - demonstra quase sempre, um toque com carinho; - diz palavras de conforto ao paciente e a família; - é ágil em prestar o cuidar e em gerenciar a unidade; - pronuncia palavras de carinho e conforto também com os membros da equipe. 	<p>Mantém de forma ativa a comunicação verbal com pacientes e familiares, sempre permeada pelo uso da técnica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calma; - tranqüilidade - procedimentos - comunicação; - respeito aos aspectos humanos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra disciplina e conhecimento: 1) no seguimento estabelecido pela unidade; 2) no uso da técnica; 3) na busca de atualização técnica; - demonstra consideração aos aspectos éticos, humanos, emocionais e de respeito a comunicação com o paciente.

A seguir coloca-se em destaque a **Síntese dos Elementos Básicos Textuais do Discurso** destacados no **Quadro No. 10**.

GRANADA:

- Mantém diálogo com pacientes e familiares sempre relacionado aos procedimentos;
- segue as determinações estabelecidas pela Unidade;
- comunica-se sempre com pacientes, família e equipe de trabalho;
- é ágil em prestar o cuidar e em gerenciar a Unidade;
- informa ao paciente qual o procedimento a ser realizado;
- realiza o toque com carinho e atenção ao paciente

Tendo em vista o referencial teórico selecionado para embasar a Análise, considerando-se os **Elementos Básicos contidos no Discurso do Emissor e do Observador**, conforma-se o seguinte **Quadro Final** do perfil de GRANADA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

Quadro final do perfil de Granada, conforme a influência dos padrões culturais, no cuidado de enfermagem

GRANADA, enfermeira que trabalha em UTI há 10 anos, ambiente que considera ideal para desempenhar seu trabalho profissional, por ser estimulador de maior aprendizado e colocar em prática os ensinamentos teóricos. Com curso de especialização em emergências, é paciente e cuidadosa ao realizar técnicas e procedimentos; mantém atitude calma, tranqüila e diálogo simples com pacientes e familiares. Demonstra, quase sempre, um toque com carinho e diz palavras de conforto, enquanto destaca a importância do cuidado que realiza. Bastante ágil em prestar o cuidar e no gerenciamento da unidade, demonstra desenvoltura e segurança ao alertar a médica de plantão para a necessidade de realização de coleta de material para exame. Ocasionalmente, pronunciava palavras de carinho e de conforto também com os membros da equipe. Demonstrava estar atenta também a leitura de informativos e com a organização da Unidade, de modo a torná-la menos impessoal. Considera o saber técnico-científico, adquirido na faculdade, diferente do cuidado cultural, dando por exemplo seu modo de ser, os dois devem estar em harmonia, reconhecendo a influência cultural na assistência aos pacientes.

A partir do perfil de Granada nos é oferecida a oportunidade de mostrar na prática uma das formas da enfermeira atuar, sendo antes de tudo gente, com sentimentos próprios, desejos e aspirações. Nos faz lembrar que, competência técnico-científica consiste em um instrumento necessário, porém deverá estar alicerçada por uma série de valores de humanização, até porque, a prática de algumas dessas competência, mesmo em meio a um infindável número de tarefas nem sempre se aprende na Escola. Nem sempre, há de ser exatamente a Escola quem vai preparar alguém para a vida.

São alguns desses os seguintes elementos: saber ouvir, ter paciência, saber estar disponível, ser participativo, ser espontâneo e prestativo, saber respeitar o silêncio do outro, ser comprometido, sensível, compreensivo, saber despertar confiança, formas de valorizar o outro como único e indispensável, ser receptivo, sorrir com simpatia, ser criativo, autêntico, demonstrar calor humano e solidariedade, despertar empatia, enfim, saber colocar limites e direcionar a busca do auto-

cohecimento. São elementos de fundamental importância para o cuidado, nem sempre podem ser vistos ou tocados, mas se tornam mais fortes e presentes com o próprio uso. Não é possível doá-los ou tirá-los do outro, mas sim, compartilhá-los com o outro. Seu valor só pode ser estimado pela própria pessoa que o usa. A humanidade será celebrada por cada um, se cada um olhar sua própria bondade, apreciar seus pontos e suas habilidades.

Achamos oportuno concordar com Teixeira (2000, p.235) que diz:

A Enfermagem mantém uma contínua convivência com os clientes, de modo que isso lhe possibilita grandes oportunidades de interação. Entretanto nossa capacidade de ouvir ainda é limitada, pois desenvolvemos mais a visão e as habilidades manuais e nos condicionamos as rotinas da instituição.

Segundo Leopardi (1999), ser enfermeira é escolha, não há de ser submissão. Para ser humano é preciso desfrutar, o prazer do bem, cotidianamente feito.

O espírito científico, fortemente armado com seu método, não existe sem a religiosidade cósmica, que se distingue da crença das multidões ingênuas que consideram Deus um Ser de quem esperam benignidade e do qual temem o castigo – uma espécie de sentimento exaltado da mesma natureza que os laços do filho com o pai – um ser com quem também estabelecem relações pessoais, por respeitadas que sejam. A religiosidade dos sábios, consiste em espantar-se, em estasiar-se diante da harmonia das leis da natureza, revelando uma inteligência tão superior que todos os pensamentos humanos e todo seu engenho não podem desvendar, diante dela, a não ser seu nada irrisório (EINSTEIN, 1953).

Destaca Hill e Stone (1960) que é preciso aprender a ver os problemas e as possibilidades, prestar atenção, não somente, aos problemas imediatamente próximos, demonstrar inteligência a partir da identificação de problemas e da busca por soluções a fim de planejar o futuro. Olhando, tanto para o que está próximo, quanto para o que está à distância, aprendendo a ver os tesouros que poderão estar a nossa volta. Aprender a olhar o mundo com olhos inovadores, vendo todas as oportunidades, empregando elementos como, iniciativa, autodisciplina, visão

criadora, pensamento organizado, atenção controlada. Cada um, pode procurar mudar uma pequena parte dos acontecimentos, assumindo o propósito de dar uma contribuição positiva. Ciência e cultura caminham juntas e devem se expressar no cuidado, no harmonizar das ações de cuidado, no tocar-calar-ouvir-falar-sentir; no acreditar e desejar o melhor para cada ser. Essa convergência, portanto, há de acontecer a partir do interior de cada ser.

Todos os enfermeiros são conhecedores que, nos primórdios a profissão emerge Nightingale, dama da elite inglesa, considerada uma cientista para a época, ligada aos ditames religiosos e investia em favor do bem comum e da luta pelos direitos da mulher. A Inglaterra enfrentava grave crise social política, cultural e econômica, quadro esse que veio influenciar fortemente o pensamento de Nightingale, responsável, em grande parte pelos referenciais culturais e científicos da profissão. Esses, pautados, basicamente nos aspectos ligados ao ser humano, ao ambiente e a enfermagem, enfatizada como base na saúde do indivíduo (LINO;SILVA, 2001).

Pode-se portanto, dizer que os aspectos culturais da enfermagem, sua imagem de submissão, anjos, santas e demônio, dentre outras, passaram aos enfermeiros advindos desses primórdios que contextualizava um obscuro e ainda indefinido quadro teórico-político-social. Nightingale ao nortear o primeiro currículo de enfermagem, enfatizou bastante a educação e os aspectos da comunicação verbal e não verbal, como instrumentos para o enfermeiro detectar alterações no paciente, a partir simplesmente de sua fisionomia e de suas reações, por acreditar que, a partir da educação, e de um sistema de compartilhamento paciente-enfermeiro, é possível desvelar potencialidades para mudar uma situação, ao invés de voltar-se para a acomodação. (WALDOW, 1995).

Arruda e Paim (1999), comentam que a eternidade que representa o tempo de sofrimento para todos os familiares, passa a ser intensamente vivida pela pessoa que ali se posiciona como enfermeira e é igualmente um familiar.

O pensamento crítico pode motivar e justificar, emergir e convergir, para as ações cotidianas, que via de regra, estão permeadas de sentimentos, respostas emocionais, intuições, podendo conduzir a reflexões.

Enfim, sem nenhuma dúvida, determinados hábitos e atitudes adquiridos durante a vida, em particular na infância, tais como, o desenvolvimento de espírito de equipe, a autovalorização e a do outro, a disciplina, a criatividade, a comunicabilidade, a autenticidade, a solidariedade e a capacidade de demonstrar sentimentos como a alegria, são fatores que muito influirão na performance científica do profissional. Vindo reforçar a justificativa de que o padrão de cuidados é influenciado fortemente pelos valores sociais e familiares.

A própria tomada de decisões é influenciada pelas crenças, que por sua vez influenciam a consciência do indivíduo. Os papéis dependentes e submissos, que ao longo da história foram atribuídos às mulheres tem inibido as enfermeiras, em suas tomadas de posição, em suas decisões éticas e no limite e contexto de sua participação. Em algumas situações percebe-se dificuldade dessas em estabelecer alternativas e optar por uma determinada decisão, o que pode ser dito também em relação a algumas questões de avaliação e de escolha de caminho.

DISCURSO Nº 6: CULTURA, EXPERIÊNCIAS FAMILIARES E DA INFÂNCIA COMO FATORES QUE REPERCUTEM NA SOLIDARIEDADE E NO FAZER-SABER PROFISSIONAL.

Personagem: OPALA *****

Cheguei à UTI por volta das 09 horas da manhã, a movimentação era intensa, dei bom dia! As pessoas que estavam perto e ouviram responderam, mas a maioria, inclusive a enfermeira de plantão, estavam tão absorvidos nas atividades que desenvolviam, que permaneceram calados.

Fiquei ali sentada, esperando uma oportunidade de abordagem, foi então, após o termino do aprazamento das prescrições que Opala olhou e disse: *oi moça, o que faz aqui? Está à passeio? Viu como está isso aqui hoje?* Aproximei-me, novamente dei bom dia, ela sorriu dizendo: *me desculpe, é tanta coisa para resolver agora que a gente fica assim.* Então expliquei o motivo da minha visita. Opala foi bastante receptiva, apenas pediu que se eu pudesse escolher o horário da tarde, era melhor, e continuou, *é mais calmo, agora, é hora dos banhos, você sabe! Tem curativo e tudo mais!* Com um gesto de concordância agradei e fiquei ali observando o vai e vem de Opala *.

Foi por uma questão de identificação com casos de urgência, terapia de urgência, principalmente terapia intensivista, (...). Depois... minha primeira atuação foi (...), durante cinco anos na UTI Pediátrica, (...) Tenho mais de 15 anos de formada, duas especializações, Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho. (...) Tenho mais de 38 anos. Minha família é do interior, treze irmãos, (...). ..., agora só são quatro. Eu sou a mais nova, diferença de idade, (...), mais da minha irmã mais velha para mim, tem uma diferença de 30 anos. A gente, brincava junto e também com primos da mesma idade, moravam próximos. (...), só com dez anos, meu pai se separou de minha mãe, mais dos dez aos quinze anos, eles ainda conviviam dentro de casa. (...). Eu tinha todo ano uma tarefa de fazer um curso fora, na área de UTI, atualmente..., tem muito tempo que eu não faço isso, (...). Quase quatro anos que eu estou aqui, não fiz um curso pela Instituição. (...) Atualmente, estou fazendo outra faculdade, eu tenho buscado mais, estudar a área de Direito. (...) tenho como prática, fazer as anotações no final do dia, (...) Passo o plantão leito à leito. Porque é oportunidade para o próprio paciente, para as intercorrências, ao lado do paciente, (...). Os prontuários, quando chego, vejo um à um. (...). Agora, eu acho que falta é ainda a parte de prescrição, a gente não tem uma

***** OPALA: Usado para lembrar vidas passadas. Ajuda a desenvolver o poder psíquico, traz para fora a beleza interior. Centraliza e ajuda a purificação espiritual.

* Ao efetuarmos cortes no discurso de Opala, tivemos por intenção reduzir o excesso de repetições ou divagações, estranhas ao tema em questão, durante a entrevista

prescrição implantada, e a nossa folha de registro..., não existe aqui na nossa UTI. Então, você faz uma evolução geral, (...) . Aqui, só me comunico com os que estão acordados, porque os demais... estão sob analgesia, né! Em sedação, não tem como(...). Eu informo a família tudo que está acontecendo com o paciente, costumo usar palavras mais simples, de forma que eles entendam como está o paciente... ,(...)O que é estável num paciente de UTI? (...) Aqui, tem muitos casos que você chega..., as pessoas dizem: - Ele está bem. Você sabe que o paciente está grave, em fase terminal. Aí não se diz a verdade, só diz: - Está mantido, está estável. (...) Lembro também a questão religiosa, na questão da conformação das patologias, isso também entra, certo? Influência até, também na questão da aceitação da morte. Acho que o fator religioso, é importante. (...) Quem tem essa vivência, essa maturidade da religião, em termos, aceitação, se torna mais fácil falar com outras pessoas. (...) está muito na cultura das pessoas, o medo da morte, o medo de morrer. Como sempre a morte foi uma coisa, está no além e que você não sabe o que vai acontecer a partir dali, e sempre se transmite de pessoa para pessoa, até quando está se cuidando do paciente, se tem receio da morte. (...) A gente tenta fazer o lado profissional, o papel de família, o papel de mãe, papel da irmã, o papel de cuidar. Cuidando, acalentando, pedindo calma, isso tudo, você transfere na sua forma de cuidar, principalmente no paciente sozinho. Isso já vem muito enraizado em mim, (...), como eu trabalhei muito tempo com criança, tenho sempre que estar explicando o que está acontecendo, (...), e também na forma carinhosa de tratar, certo! (...), quando você vem de uma família com vários filhos, que você tem essas diferenças, lá em casa tem diferenças de todas as idades. (...) ., você passa na afetividade com as pessoas, no relacionamento com as pessoas, no cuidar, até algumas coisas que você traz na cultura, (...) A gente tem sempre a tradição, vamos dizer..., um paciente politraumatizado usar sebo de carneiro, uma coisa bem enraizada na cultura, o paciente de fratura..., para dor, usar sebo de carneiro capado..., e você deixou ele dizer, e se pega dizendo, também. (...) tomar chá para acalmar. Isso é cultural. Você chega a dizer para a pessoa tomar um chazinho calmante... , água com açúcar..., a gente se vê no dia-a-dia dizendo essas coisas e, (...) Você de repente, é o médico, a enfermeira, a irmã, a conselheira. Você acalma, você serve de suporte, é psicólogo. (...), você é assistente social, certo! Então, você faz vários papéis na sua atuação profissional. (...). Outra coisa que aprendi, também é cultural, você antes do cuidado com o paciente, tem que lavar as mãos. Eu saio do plantão aqui... , minha mão está seca, de tanto lavar. (...). Eu fico... , sinceramente... , eu não sei, porque os laboratórios dizem que o álcool é fixador de bactérias, aqui, a lavagem dos leitos é passar álcool. Para mim, é conflito. Do que eu aprendi, tudo que eu vejo..., e o que é realizado na prática. Eu acho que você traz a sua carga cultural, as suas crenças, no que você acredita, enquanto pessoa, traz para dentro da UTI, não só para dentro da UTI, mas para qualquer local que você trabalhe, certo? Agora, leva também tanto a parte de religião, da crença, como a maneira de se comportar, a sua conduta, enquanto profissional, também influência, certo! (...), hoje, eu converso, tenho até um relacionamento livre, na família. Porque aqui..., vamos dizer..., três mulheres para visitar o mesmo paciente, (...) Então, você encontra homens com vários parceiros, várias parceiras, aqui na UTI, você encontra homossexualismo, dentro da própria equipe e fora da equipe, e vê entre os pacientes, e você encontra choque e discriminação, (...). É a mesma coisa com pacientes com AIDS, você encontra rejeição da parte do grupo, certo? (...) a gente não tem as coisas básicas, necessárias para a técnica. Você vai fazer um procedimento, um simples curativo, você pega nas amontolias, tudo quebrado, contaminadas. (...), a técnica falha no banho no leito, falha em todos os curativos, falha na administração de medicação, acho que o que menos falha aqui, seria a administração da medicação. (...), falha na hora da pressa do profissional. ... existem muitas falhas. (...) aprendi deixar por menos, ... não existe coisa perfeita. ... talvez, seja um princípio de acomodação que vai cansando os profissionais, (...).

A seguir apresentamos o **Quadro No. 11**, constituído pelos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, considerados na Análise.

Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor, Considerados na Análise

DADOS PESSOAIS DO EMISSOR	DADOS INERENTES AO PENSAR DO EMISSOR	SIGNOS/ CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<p>-Sexo: feminino. -Idade: mais de 38 anos -Estado civil: não declarou -Filhos: não declarou -Relacionamento familiar: lembranças de criança, tem muitos irmãos. Boa relação com irmãos e primos, depois veio a separação dos pais. - Experiência profissional: mais de 15 anos de formada, duas especializações, trabalhou em outra instituição, faz o curso superior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra preocupação com atualização das práticas profissionais; - faz críticas à instituição onde trabalha por não oferecer cursos de reciclagem; - narra, tecendo críticas, fatos dos procedimentos técnicos no local de trabalho, seguindo uma rotina; - reclama da falha relativa a não existência dos impressos para a Metodologia da Assist de Enfermagem integral; - busca de comunicação com os pacientes, explicando-lhes os procedimentos técnicos, principalmente com aqueles que estão conscientes; - destaca conflito existencial relativo as condutas com o paciente em fase terminal; - entende que sua religião (Cardecismo) influencia no seu cuidar, aceitando a morte como algo normal; - acredita na influência do cultural na sua forma de tratar o paciente, enfatizando suas raízes familiares; - aceita as práticas curativas exercidas pela pessoa do sertão, como influência cultural no seu cuidar; - critica a falta consciência dos colegas na realização dos procedimentos de higienização para evitar contaminações hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Família; - religião; - cultura; - insatisfação 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta inquietações pessoais com respeito aos chamados dramas humanos: homossexualismo, poligamia; - seu discurso, está recheado de insatisfação profissional com a instituição; - desmotivação para tornar diferente suas práticas do cuidado; - revela propensão a acomodação por não acreditar em mudanças.

A seguir estão relacionados em destaque a Síntese dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, a partir do **Quadro No. 11**

OPALA:

- É enfermeira, formada há mais de 15 anos, preocupada com sua atualização;
- bastante crítica em relação a atitude e opinião dos demais, às falhas do serviço e a inexistência da Metodologia assistencial;
- introduz práticas culturais na assistência aos pacientes, e refere-se permeada de conflitos;
- reconhece que a religião (Cardecismo) influencia no seu cuidar, aceitando a morte como algo normal;
- comunica-se com os pacientes, explicando-lhes os procedimentos técnicos, principalmente com aqueles que estão conscientes.

Considerando-se portanto, os **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, têm-se o seguinte **Quadro Inicial** do perfil de OPALA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência dos fatores culturais:

OPALA, enfermeira, mais de 38 anos de idade, não declarou seu estado civil e nem se tem filhos. Menciona bom relacionamento familiar em sua família de origem, constituída de pai, mãe e 13 irmãos, destacando boas lembranças dos irmãos e primos. É formada há mais de 15 anos, tem duas especializações na área de Saúde comunitária e atualmente faz outro curso superior. Demonstra preocupação com sua atualização nas práticas profissionais e faz críticas à instituição onde trabalha por não oferecer cursos de reciclagem. Narra, tecendo críticas, fatos dos procedimentos técnicos no local de trabalho, ao mesmo tempo, reclama da falha relativa a não existência dos impressos para a Metodologia da Assistência de Enfermagem integral. Refere busca de comunicação com os pacientes, explicando-lhes os procedimentos técnicos, principalmente com aqueles que estão conscientes e destaca conflito existencial relativo as condutas com o paciente em fase terminal. Apresenta

inquietações pessoais com respeito aos chamados dramas humanos: homossexualismo, poligamia. Entende que sua religião – Cardecismo - influencia no seu cuidar, aceitando a morte como algo normal e acredita na influência do cultural na sua forma de tratar o paciente, enfatizando suas raízes familiares. Diz que aceita as práticas curativas exercidas pela pessoa do sertão, como influência cultural no seu cuidar e critica a falta de consciência dos colegas na realização dos procedimentos de higienização para evitar contaminações, revelando propensão a acomodação por não acreditar em mudanças

Conforme a Metodologia adotada, os Dados obtidos por meio da Observação participante vêm a seguir apresentados.

Nas observações dos cuidados de troca de curativos e coleta de material para glicemia capilar realizados por Opala, podemos perceber que a profissional demonstrava habilidade no manuseio do material, mesmo sendo esse, em pouca quantidade e qualidade, com ela mesma evidenciou em seu discurso, seguia os protocolos determinado na unidade, porém quase sempre estava a fazer alguns comentários de reclamação junto aos membros da equipe que se encontravam na unidade.

Opala utilizou palavras de conforto, algumas vezes, na tentativa de minimizar a ansiedade do paciente que se encontrava acordado por ocasião da realização do glicoteste. O olhar e o toque com carinho afetivo, para minimizar o efeito da ansiedade, não foram desenvolvidos como parte do cuidado. Observamos que Opala, não realizava a interação plena de comunicação com os pacientes, quando o ambiente encontrava-se agitado e barulhento. A profissional parecia cansada.

Selecionamos, a partir da Observação participante, os seguintes **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, oriundos da observação pela pesquisadora, do cuidado realizado pelo sujeito do discurso:

OPALA:

Demonstrava habilidade no manuseio do material, seguia os protocolos determinado na unidade, fazia, com frequência, junto aos membros da equipe, algum comentário de reclamação e insatisfação relativos ao serviço; ocasionalmente, utiliza palavras de conforto, na tentativa de minimizar a ansiedade do paciente, entretanto o olhar e o toque com carinho afetuosos, para minimizar o efeito da ansiedade, não foram desenvolvidos como parte do cuidado. Não foi observado realização de interação plena de comunicação com os pacientes, quando o ambiente encontrava-se agitado e barulhento. Trazia no semblante aparência de cansaço físico.

No **Quadro No. 12** a seguir, estão dispostos os **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, oriundos da observação dos cuidados de enfermagem de OPALA, realizada pela pesquisadora.

Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da observação do cuidado de enfermagem

CUIDADOS OBSERVADOS	ATITUDES PSICOMOTORAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	USO DA COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Troca de curativos. - Coleta de material para glicemia capilar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra habilidade no manuseio do material; - segue os protocolos determinado na Unidade; - quase sempre faz, junto aos membros da equipe, algum comentário de reclamação e insatisfação com o serviço; - algumas vezes, utiliza palavras de conforto, para minimizar a ansiedade do paciente; - não observamos realização de interação plena de comunicação com os pacientes, quando o ambiente encontrava-se agitado e barulhento; - trazia no semblante aparência de cansaço físico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliza, algumas vezes, palavras de conforto; - não foi observado realização de interação plena de comunicação com os pacientes, quando o ambiente encontrava-se agitado e barulhento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disciplina; - crítica e inconformação - desejo de atualização - cansaço físico 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra: disciplina e conhecimento; - segue o estabelecido pela Unidade; - faz uso da técnica; - busca atualização técnico-científica.

Apresentamos a **Síntese dos Elementos Básicos Textuais do Discurso** destacados no **Quadro No. 12**.

OPALA:

- Demonstra habilidade no manuseio do material e segue os protocolos determinado na Unidade;
- constantemente, faz críticas e algum comentário de reclamação e insatisfação com o serviço;
- utiliza, por vezes palavras de conforto, para minimizar a ansiedade do paciente;

Tendo em vista o referencial teórico selecionado para embasar a Análise, considerando-se os **Elementos Básicos contidos no Discurso do Emissor** e da Observadora, conforma-se o seguinte **Quadro Final** do perfil de OPALA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

QUADRO FINAL DO PERFIL DE OPALA, CONFORME A INFLUÊNCIA DOS PADRÕES CULTURAIS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

OPALA é uma enfermeira que está formada há mais de 15 anos, tem duas especializações e atualmente faz outro curso superior. À realização dos cuidados de enfermagem, demonstra habilidade no manuseio do material e disciplina ao seguir os protocolos determinados pela unidade. Faz constantes críticas ao serviço e comentários de reclamação e insatisfação, junto aos profissionais da equipe, o que demonstra falha em seus princípios éticos, visto que essa conduta deveria ser direcionada diferentemente. Mantém forte desejo de atualização. Carrega, no semblante aparência de cansaço físico, certamente devido a um possível excesso de carga horária de trabalho, o que não foi mencionado no discurso. Algumas vezes, utiliza palavras de conforto, na tentativa de minimizar a ansiedade do paciente, mas não desenvolve interação plena de comunicação com os pacientes, frente a um ambiente agitado e barulhento, e nem o olhar-tocar, com carinho, na intenção de minimizar o efeito da ansiedade.

Encontramos em Caponi (2000), *apud* De Gerando, explicação para o conflito existencial, que tantas pessoas experimentam e que nos é relatado por Opala, ao destacar seu envolvimento com o sofrimento de certos pacientes. A autora acima, faz referência a existência de três relações principais entre o homem dar, receber e trocar. A última supõe a igualdade ou independência recíproca daqueles que permutam; as outras duas, pressupõem a desigualdade, a necessidade de um lado, o supérfluo do outro. A caridade é, pois, o meio pelo qual uma relação entre indigência e abundância se mantém basicamente justa, o modo de legitimar as desigualdades, de naturalizar a lógica das compensações entre o supérfluo e a carência do necessário.

Os 'Pobres de Deus' *estão sempre em dívida do bem que lhes é feito e não tomam consciência da dependência em que são mantidos*, (COLLIÈRE, 1989, p.71). A necessidade que é sentida por algumas pessoas em tornarem-se benfeitoras, que optam em centrar sua atenção e cuidados nos carentes e supostos injustiçados, seja por desejo inconsciente de compensar, eventuais e remotas dívidas ou falhas suas próprias, pode incorrer no risco de reforçar sofrimentos e a própria carência identificada, vindo a resultar em um mal invertido em nome do bem. Podendo-se considerar a questão de que a enfermidade e o sofrimento são encontros espirituais assim como experiências psicoemocionais.

O sentimento que experimentam pessoas que se deparam com essas situações pode tornar-se, cada dia mais comprometido, visto que o progresso a cada dia, das desigualdades, o gritante aumento da fome e até mesmo da água, a falta de empregos, vem promovendo a miséria em larga escala, levando as relações sociais a tomarem rumos imprevisíveis. Esse fato poderá, inclusive se agravar a cada dia, interferindo nas relações sociais, particularizando as questões relacionadas a atos de solidariedade, que vem a ser o dever moral para com o outro, predispõe a existência de vínculo de interdependência ou laço mútuo, objetivo ou subjetivo – imposto por motivos culturais ou de identificação pessoal - que impulsionam o envolvimento no trato de questões de interesses comuns. Diz Bettinelli (2002), citando Dürkheim, que essa está radicada na essência social do ser humano, encontrada nas relações dos indivíduos e das sociedades entre si. Para a sua concretização, entretanto, é necessário um conjunto de atitudes e comportamentos

investidos no sentido de assegurar a resolutividade para o êxito daquela questão, seja essa de interesse individual ou coletivo.

Compaixão e piedade, por seu turno, são sentimentos que auxiliam o homem a moderar o amor próprio, sendo recomendado evitar sua supervalorização. Essa, é em geral aplicada aos fracos e aos culpados, podendo também corresponder a um sentimento que nos coloca no lugar daquele que sofre. Sugere como caminho para mediar o pensamento sobre esse ponto de vista pessoal, a libertação de nossos interesses pessoais, ou a capacidade de tornar nossa posição a mais universal possível, (CAPONI, 2000 *apud* ARENDT e ROUSSEAU).

Entretanto, a compaixão é intrínseca ao indivíduo, *implica a capacidade de sentir, na própria pele, no próprio corpo, o sofrimento alheio*. É necessariamente um co-sofrimento, apaga a diferença, elimina o espaço material [...] aproxima as pessoas pela palavra, pelos gestos ou pelos silêncios, (CAPONI, 2000, p.32-33). Citando Arendt, refere que a força da compaixão reside na própria paixão, que só olha para o particular, já que diferentemente da razão, não possui a noção do geral e nem detém a capacidade de generalização. Indo então implicar *o reconhecimento do outro como um igual em orgulho e dignidade*. A Compaixão destacada é caracterizada pela existência do vínculo imediato que elimina o espaço material, já a piedade, se trata de uma paixão vivida individualmente, é um sentimento que, como qualquer outro, encontra o prazer na própria existência. Essa pode ser também a perversão da compaixão. Sem a presença do sofrimento, como seja o caso de alguma miséria, a piedade não existirá.

No entanto, alerta para o fato de que, esses sentimentos quando tornados públicos, incorrem no risco de estarem forjados na falsidade, na mentira e na hipocrisia. Destaca que a solidariedade fundamenta-se portanto, na simetria dos interesses, na medida em que todos compartilham da mesma preocupação. Uma vez que não é silenciosa, nem gestual, supera o vínculo imediato do co-sofrimento. É enfim, conforme CAPONI, (2000, p.45):

[...] a realização de ações que beneficiem os outros, a partir do reconhecimento do outro como um sujeito autônomo capaz de tomar decisões e de fazer escolhas, isto é, de aceitar ou de rejeitar essas ações. Pertence ao âmbito da ética, a partir do momento em que só pode existir entre aqueles que se reconhecem como participantes de uma comunidade intersubjetiva de agentes morais.

Entretanto, conforme lembra Cargnir et al (2001), a busca para uma compreensão do cuidado humano-espiritual em UTI, vem demonstrando um crescente despertar das enfermeiras, que lá atuam, para o atendimento integral às necessidades do paciente. Essa perpassa toda a assistência, quando passamos a olhar o paciente e sua família com o olhar da fé e acreditar na transcendência. O cuidado é um serviço que, assim como não necessariamente precisa de um diploma universitário, também pode ser considerado um ato de amor e não necessariamente, precisará estar sempre associado ao próprio sustento.

É saudável perceber-se a urgência de paradigmas profissionais que se compatibilizam melhor com a filosofia própria da enfermagem – seu ser e seu fazer – como é o caso da permissividade do demonstrar sentimentos, do poder exteriorizar emoções ao cuidar, apresentar-se como um ser integral, uma pessoa que também ama, sofre e se alegra com o êxito da saúde do outro. Refere Caponi, (2000), que a condição humana pode realizar-se a partir do momento em que participamos do âmbito da vida ativa. Os valores éticos e espirituais da enfermeira, relativo a suas crenças filosóficas sobre a enfermidade e o sofrimento, determinarão a medida em que será capaz de ajudar aos indivíduos e as famílias a encontrar sentido a essas difíceis experiências

Qualquer ser humano, em particular o profissional, não poderá mudar o seu passado, mas ele pode, com os atos de hoje, mudar o amanhã.

Maffesoli (1987) destaca, que a nossa individualidade secreta e a imaginalidade da vida cotidiana, poderão, depois, favorecer *o estar junto, o permitir tocar*, como ato de solidariedade, como a religiosidade das massas.



DISCURSO Nº 7: VIVÊNCIAS CULTURAIS COMO DETERMINANTE DE CONFLITOS E DE COMPORTAMENTOS PROFISSIONAIS

Personagem: **TURMALINA*******

Naquele final de tarde, em que a visita já tinha terminado me aproximei da enfermeira com o propósito de abordá-la para entrevista. Ela parecia cansada. Informou-me que iria se ausentar um pouco da unidade. Pediu que a esperasse. Após um curto período de tempo, ela voltou, rosto lavado, cabelos molhados. E disse: *fui me refrescar um pouco*, informou que era seu terceiro plantão, naquela semana e que os pacientes eram todos muito graves, trabalhosos, cheios de curativos para trocar. E foi continuando:

Trabalho há mais de 10 anos nessa UTI, foi minha opção trabalhar nesse setor, sempre tive vontade de trabalhar com pacientes graves, mas não tinha experiência, fui adquirindo no dia-a-dia. Quando criança, morava com meus pais e duas irmãs, que eram mais velhas que eu, então convivía mais com minhas primas e vizinhas da rua que morava. Já tenho mais de 40 anos, sou casada, tenho uma filha. Estudei em colégio de religiosas, era interna. Sempre tive formação religiosa, acho que a minha aptidão para enfermagem vem daí. Tenho mais de 18 anos de profissão, fiz minha graduação na UECE, tenho pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, tenho licenciatura e habilitação em obstetrícia, que hoje..., já não tem nenhum valor. Sempre que posso faço curso de aperfeiçoamento, na área de Assistência de Enfermagem, pelo menos, dois por ano. Normalmente não ultrapassa 20 horas. Sou plantonista da semana, tenho uma carga horária de 24 horas semanais de plantão, as vezes com mais 12 horas de plantão extra, sempre na semana. [...] Sou também professora do Estado, em um curso para auxiliar de enfermagem. [...] Realizou um procedimento de Enfermagem, curativo torácico, em um paciente com trauma de tórax. Registrou o procedimento no prontuário momentos depois de realizá-lo. [...] Já tinha registrado a evolução de Enfermagem do paciente. [...] Fiz isso logo no início do plantão diurno, porque na passagem do plantão, que é leito à leito, considerei que ele era o mais grave. Estou sempre supervisionando a equipe de enfermagem, porque essa tarefa é mais uma de tantas outras que a enfermeira faz aqui! No final do plantão é que eu tenho um tempo para evoluir os pacientes, porque aqui, a gente só faz a evolução de enfermagem, bem..., é assim, [...], nós não temos um instrumento próprio para aplicar a Metodologia da Assistência, mas..., a gente faz anamnese e um rápido exame físico, no prontuário, descrevo o estado geral do paciente. Quando estou prestando um cuidado, eu sempre fico atenta ao que o paciente solicita ou demonstra, com suas reações fisiológicas. Gosto de ficar aqui, na UTI, na hora da visita, porque eu posso informar a situação real do paciente para a família, mas eu não gosto de retirar as esperanças da família quando o paciente é muito grave e não tem muitas chances. [...]. Por isso, eu sempre uso o ritual religioso para confortar a família, mesmo

***** **TURMALINA**: Desfaz medos e condições negativas. Aumenta a sensibilidade, inspiração e compaixão, compreendendo-as melhor.

que seja verdade que o paciente já não tenha tantas chances de sobrevivência. Eu não costumo falar para família..., assim, tão friamente sobre a morte, porque acho agressivo, é muito poder..., falar que ele, o paciente vai morrer, e os erros do passado...! Quantas pessoas estavam desenganadas...? E sobreviveram..., é preciso ter fé. Para dá informação, uso palavras simples de entender. [...]. Nas horas vagas, as vezes, faço companhia para os pacientes acamados, trazia, as vezes, livro para ler, converso sobre a convivência familiar.

A seguir apresentamos o **Quadro No. 13**, constituído pelos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, considerados na Análise.

Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor considerados na Análise

DADOS PESSOAIS DO EMISSOR	DADOS INERENTES AO PENSAR DO EMISSOR	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
Enfermeira; sexo feminino; tem mais de 40 anos; é casada; tem uma filha. Não se referiu ao seu relacionamento familiar. Quando criança morava com os pais e duas irmãs mais velhas, mas convivia mais com as primas e outras crianças da vizinhança. Estudou em internato de religiosas. É funcionária pública estadual, e professora em um curso de auxiliar de enfermagem; tem mais de 18 anos de formada; tem duas especializações na área de Saúde comunitária.	<ul style="list-style-type: none"> - Dá importância ao cuidar de pacientes graves em virtude da patologia dos mesmos; - faz crítica à instituição por não aplicar a Metodologia de Assistência de enfermagem; - tem atenção às solicitações do paciente e as suas reações fisiológicas; - sente-se bem nas horas de visitas para informar à família a situação do paciente; - conforta a família do paciente se este não tem um prognóstico satisfatório. 	<ul style="list-style-type: none"> -Paciente; -família; -religião. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mostra-se preocupada com o caminho e a proporção de sua profissão; - tem espírito religioso; - demonstra equilíbrio familiar; - é comunicativa com a equipe, pacientes e seus familiares.

Estão relacionados em destaque a Síntese dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor** destacados no **Quadro No. 13**

TURMALINA:

- Dá importância ao cuidar de pacientes graves em virtude da patologia dos mesmos;
- faz crítica à instituição por não aplicar a Metodologia de Assistência de enfermagem;
- tem atenção as solicitações do paciente e as suas reações fisiológicas.

Considerando-se portanto, os **Elementos Básicos Textuais do Discurso do Emissor**, têm-se a seguinte **Quadro Inicial** do perfil de TURMALINA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

Turmalina é enfermeira, tem mais de 40 anos, é casada e tem uma filha. Está formada em enfermagem há mais de 18 anos, tem duas especializações em saúde da comunidade. Tem formação religiosa, por ter estudado em Colégio de religiosas, do que supõe ter origem sua aptidão para a enfermagem. Quando criança morava com os pais e duas irmãs mais velhas; convivia mais com as primas e outras crianças vizinhas da rua em que morava. É funcionária pública estadual, professora em um curso de auxiliar de enfermagem. Mesmo conhecedora de que existe um instrumento próprio para aplicar a Metodologia da Assistência, explica que lá só é feita a evolução de enfermagem, com uma descrição do estado geral do paciente. Diz que ao prestar um cuidado fica atenta às solicitações ou reações do paciente. Diz gostar de ficar na UTI, na hora da visita, para informar para a família a situação real do paciente, e que sempre usa o ritual religioso para confortar a família e procura não retirar as esperanças da família mesmo quando o paciente é muito grave e sem muitas chances de sobrevivência. Procura não falar para a família, muito friamente sobre a morte, acha agressivo, e que não se tem tanto poder para uma afirmação nesse sentido. Acha que sempre é bom ter fé. Diz usar palavras simples ao fornecer informações, a fim de ser bem compreendida. Diz que procura fazer companhia para os pacientes acamados, e conversar sobre a convivência familiar.

A seguir apresentamos os dados obtidos por meio da Observação participante, coletados pela pesquisadora:

Turmalina foi observada realizando diversas vezes troca de curativos e coleta de amostra para glicemia capilar. Nos pacientes em coma o procedimento de glicemia capilar foi realizado sem que houvesse qualquer informação prévia ao paciente, por parte da profissional, essa apenas reuniu o material que iria necessitar e iniciou a realização dos exames de todos os pacientes em série, seguindo o horário da prescrição médica. Somente utilizou luvas de procedimentos em um dos quatro exames que realizou. Na segunda coleta de glicemia, o paciente estava acordado, porém não verbalizava, encontrava-se com tubo orotraqueal e encontrava-se, ao lado do mesmo, um familiar seu. Turmalina não fez qualquer explanação sobre o procedimento realizado, mas realizou um toque carinhoso, fixando o olhar no paciente.

Antes de realizar o terceiro exame, Turmalina dirigiu-se ao médico de plantão em voz alta e comentou: *prepare-se para o grito de dor! Ocorre toda vez que se manuseia essa paciente.* Ao se aproximar da paciente, que estava acordada no momento, Turmalina informou a paciente o procedimento que seria necessário realizar, a mesma não esboçou nenhuma resposta verbal, apenas fez flexão da cabeça em sinal de concordância e não reagiu com faces de dor.

Apresentamos **os Elementos Básicos Textuais Destacados no Discurso**, oriundos da observação do pesquisador, que constitui a etapa seguinte estabelecida para compor a presente Análise.

TURMALINA:

Realiza os procedimentos selecionados para o estudo, nos pacientes em coma sem que houvesse qualquer informação prévia ao paciente, por parte da profissional, essa apenas reuniu o material que iria necessitar e iniciou a realização dos exames de todos os pacientes em série, seguindo o horário da prescrição médica. Somente utilizou luvas de procedimentos em um dos quatro exames que realizou. Em um segundo momento, com o paciente acordado e consciente, não fez

qualquer explanação sobre o procedimento a ser realizado, mas realizou um toque carinhoso, fixando o olhar no paciente. Turmalina, antes de realizar o terceiro procedimento, dirigiu-se ao médico de plantão e comentou, em voz alta: *prepare-se para o grito de dor! Ocorre toda vez que se manuseia essa paciente.*

No **Quadro No. 14** a seguir, estão dispostos os **Elementos Básicos Textuais do Discurso**, oriundos da observação dos cuidados de enfermagem de TURMALINA, realizada pela pesquisadora.

Elementos Básicos Textuais do Discurso oriundos da observação do cuidado de enfermagem

CUIDADOS OBSERVADOS	ATITUDES PSICOMOTORAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	USO DA COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE	SIGNOS/CHAVE DO DISCURSO	ELEMENTOS CONTEXTUAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Troca de curativos. - Coleta de amostra para glicemia capilar 	<ul style="list-style-type: none"> - Segue, em parte, os protocolos estabelecidos pela unidade; - olha e toca o paciente com carinho, ocasionalmente; - não se preocupa em informar ao paciente o procedimento a ser realizado, em especial quando esse está sedado; - perturba-se com possíveis expressões faciais de dor ou desconforto no paciente; - não se preocupa com a comunicação com o paciente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunica-se ocasionalmente com o paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco seguimento às normas de registros; - seletividade na comunicação com pacientes; - pouco critério ao seguimento das normas de segurança/contaminação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra sensibilidade - Segue o estabelecido pela unidade, em termos de uso da técnica asséptica; - demonstra que se engana em suas previsões de reações e sinais de dor e desconforto do paciente

Síntese dos **Elementos Básicos Textuais do Discurso** destacados no **Quadro No.14**

- Segue, em parte, os protocolos estabelecidos pela unidade;
- olha e toca o paciente com carinho, ocasionalmente;
- não se preocupa em Informar ao paciente o procedimento a ser realizado, em especial quando esse está sedado;

Tendo em vista o referencial teórico selecionado para embasar a Análise, considerando-se os **Elementos Básicos contidos no Discurso do Emissor** e do Observador, conforma-se o seguinte **Quadro Final** do perfil de TURMALINA, enquanto cuidadora de enfermagem, segundo a influência de seus padrões culturais:

Quadro final do perfil de Turmalina, conforme a influência dos padrões culturais no cuidado de enfermagem

Turmalina é uma enfermeira formada há mais de 18 anos, com duas especializações na área da saúde da Comunidade e é também professora de um Curso de Auxiliar de Enfermagem. Em sua prática, segue o horário da prescrição médica para realizar cuidados aos pacientes, porém, parece desconhecer os critérios técnicos normativos de anotações, já que registra a evolução de Enfermagem do paciente no início de um plantão diurno, apesar de destacar que é no final do plantão que tem tempo para evoluir os pacientes, demonstrando assim que sua prática está em desconexão com a teoria. Não demonstra qualquer empenho em oferecer qualquer informação prévia, sobre os cuidados, aos pacientes em coma, e nem mesmo a quem, mesmo acordado, está impedido de verbalizar a palavra. O uso recomendado da luva apropriada só foi utilizado em uma das quatro coletas de amostras para exames que realizou. Entretanto, tem a sensibilidade de realizar um toque carinhoso ao fixar o olhar no paciente; e perturba-se com a demonstração de sensibilidade dolorosa exacerbada de uma paciente, mas também mostra que verbaliza suposições errôneas sobre reações de pacientes, inclusive, já conhecido anteriormente.

Cultura é considerada o conjunto de idéias, crenças, conhecimentos, costumes, hábitos, aptidões, valores, símbolos e ritos que podem caracterizar uma comunidade. Somente os valores, hábitos e comportamentos resultam de uma experiência coletiva e compartilhada pelos membros da sociedade (RIVERA, 1994).

É considerada como nunca acabada, em permanente evolução, segue adaptações a situações novas. E o tempo para que os indivíduos possam compreender, adquirir e praticar novas habilidades, bem como se adaptar às mudanças, é indefinido, está sempre na dependência de fatores sociais, políticos, institucionais e outros, inerentes ao próprio indivíduo, o desejo e a vontade de participar, de acreditar, de inserir-se ao grupo. A cultura é composta de estruturas psicológicas por meio das quais os indivíduos ou grupos de indivíduos guiam seu comportamento (GEERTZ, 1989).

A vida, o desenvolvimento e a conduta do indivíduo e dos grupos, são influenciados pelos fatores ambientais, classificados em estímulos focais, ambientais e residuais. Desde a época de Florence Nightingale, o meio ambiente é considerado um importante elemento nas ações de enfermagem.

Lembra-nos Mafesoli (1987) que a vida cotidiana é constituída de micro atitudes, de criações minúsculas, de situações pontuais e totalmente efêmeras, que termina por constituir uma trama feita de minúsculos fios, onde cada um tem a sua parcela de significação. Decorrem de experiências passadas que se transformam em espaços cristalizados que poderão ir influenciar no surgimento de métodos futuros.

Nossas experiências passadas, nossos valores e crenças pertencem a um plano invisível, vão compor o nosso mundo imaginal. Esse por sua vez está povoado de reminiscências da mais variada natureza, desde a nossa infância que nos provoca sensações também diversas. De acordo com o *naípe* dessas recordações, que decorre dos lugares por onde passamos, onde brincamos, com quem e quando; que alegrias experimentamos; nossos sonhos e nossos desejos de realização. São fatos que despertam na imaginação de cada um contexto próprio e diferenciado, ao que Maffesoli (1987) chama de nossa individualidade secreta.

Entretanto, destaca, que os símbolos nascem no grupo, são os responsáveis pelo sentimento e pela continuidade do sentimento que o grupo tem a si mesmo, destacando ainda a domesticação dos costumes, a cultura personalista e vai além do individual pelo coletivo. O símbolo é causa e efeito de toda a vida social, que compara com a teatralidade global, em que cada um tem o seu papel. O símbolo

é o dispositivo espacial que exprime a identidade do grupo, o lugar que o funda, congrega e une.

Algumas dificuldades em expressar e manter o simbolismo adotado pelo grupo, resultado em certas incoerências, percebidas no discurso de Turmalina, podem ser desencadeadas pelo acúmulo de funções e de atividades do enfermeiro. Isso, muito vem contribuindo para dificultar a realização das tarefas de gerenciamento das unidades hospitalares.

O enfermeiro resolve ao mesmo tempo, vários problemas ficando impossibilitado de planejar com o grupo de trabalho as atividades de sua equipe, de desenvolver a convivência e demonstrar a solidariedade, podendo resultar em desumanização do cuidado, levando o profissional a desenvolver conflitos éticos, cujas dificuldades poderão influenciar na convivência social, repercutindo no ambiente hospitalar, parafraseando Bettinelli (2002). Lembra o autor que, a enfermagem como profissão interativa, precisa repensar seus valores e suas atitudes na relação com o paciente e com a própria equipe multiprofissional, com uma postura menos passiva em relação ao modelo de saúde existente e reduzindo sua carga de poder sobre o paciente e seus valores, tendo em vista, reduzir a sobrecarga de tarefas administrativas e técnicas, e de conflitos multiprofissionais, que envolvem questões de poder e autonomia, podendo resultar em desmotivação e desencanto pela profissão.

Os enfermeiros devem empenhar-se em valorizar, cada vez mais a ética, a fim de encontrar alternativas que intensifiquem a relação profissional, revigorando o vínculo com o outro, colocando em destaque o valor da vida humana, seja esse outro o paciente, ou o profissional.

A identidade da enfermeira, permeada pelo seu sistema de crenças é que vai determinar seu comportamento profissional, tanto no que se refere a busca de conhecimentos, quanto ao seu agir na prática junto ao paciente.

Leddy e Pepper (1985) destaca que a forma de pensar define, em grande parte a maneira de atuar. Já a relação entre seres humanos e o meio ambiente; a compreensão da enfermagem como uma disciplina científica, seus elementos

fundamentais e princípios éticos, são parte importante nesta questão, e contribuem para nortear a forma como se processará, na prática, o sistema de crenças a respeito da profissão. Para o que é importante, ter uma reflexão bastante clara sobre os atos humanos, o que é certo e o que é errado. Diz-nos Bach (1999) que as únicas coisas que importam são as feitas de verdade e de alegria, nascem com a luz do sol e permanecem na noite. O não saber não impede a verdade de ser verdadeira.

A enfermeira há de deparar-se com os estereótipos imaginários impetrados pela história ao adotar uma imagem, necessitando desvencilhar-se de alguns a fim de levar para sua prática somente os que lhe interessam, conforme deseje fazer suas adaptações ou modificações desejadas. Haverá então, de estabelecer o seu *eu profissional*, conforme seja seu modo de pensar e de atuar, influenciado em grande parte pelo seu autoconceito pessoal, direcionados pela sua consciência. Esse irá se manifestar na sua capacidade informativa, na quantidade e qualidade de interação com o ambiente.

É importante atentar para o fato de que, a consciência de si mesmo é comunicada pelo indivíduo por meio do movimento implícito na linguagem, nas atitudes, e na expressão corporal. O ritmo e o padrão refletidos no movimento constituem uma indicação da organização interna da pessoa e de sua percepção do mundo. O movimento proporciona um meio de comunicação superior ao proporcionado pela linguagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O motivo fundamental desencadeador da realização dessa pesquisa foi a busca por respostas para inquietações por mim vivenciadas em Unidade de Terapia Intensiva. A trajetória percorrida tem sido longa, mas também prazerosa, visto que tem produzido frutos. Iniciou-se com a minha prática assistencial enquanto enfermeira desse cenário, e ao mesmo tempo com a minha prática diária como docente do Curso de graduação em enfermagem.

O interesse em descrever sobre a influência cultural nos seres e fazeres das enfermeiras em UTI gerou o desejo de estudar e mergulhar na construção do conhecimento sobre: o ser enfermeira e seu cuidado, cultura, valores, idéias, modos de vida e o cenário de terapia intensiva.

A temática é por nós considerada de extrema relevância, visto que nos leva a refletir sobre a qualidade da prática assistencial de enfermagem, assim como sobre o cuidado cultural dispensado por enfermeiras em UTI.

Não se pretendeu aqui, esgotar um assunto de tanta importância e ao mesmo tempo, gerador de polêmicas. Nosso objetivo foi de fato descrever a influência da cultura no modo de ser e de cuidar das enfermeiras que vivenciam a prática em UTI, utilizando-nos dos discursos narrados por elas, assim como a caracterização por meio de observações, das contradições existentes entre os seres e fazeres do cuidado de enfermagem em UTI.

No decorrer do estudo, fomos percebendo a complexidade de trabalhar um assunto que de certa forma, desvelava a intimidade do ser humano, enquanto profissional. Cada etapa vislumbrada na pesquisa, se tornava um desafio e sua concretização nos trazia, ao mesmo tempo satisfação e inspiração para novos projetos. Os questionamentos sobre qual o melhor caminho a seguir, a adequação e aperfeiçoamento dos instrumentos utilizados na coleta de dados e o próprio período de coleta, merecem destaque, visto terem sido desafiadores para a rotina e rituais que tínhamos que cumprir.

Iniciamos o processo de construção da pesquisa em um contexto dinâmico como é a UTI, em que o cuidado é perpassado pela utilização de um aparato tecnológico muito especial e onde o ambiente é visto pelos próprios funcionários como um lugar pouco acolhedor e estressante. Após delinear e problematizar nossa temática, traçamos os objetivos. A partir desse momento, fomos em busca de referenciais que nos direcionasse os caminhos, esse constitui um momento de muitas dúvidas e desafios para a pesquisadora.

Com a proposta elaborada, o projeto percorreu os tramites legais, de aprovação na qualificação pelo Programa de Pós-Graduação e, também no Comitê de Ética da instituição em que se desenvolveria a pesquisa.

Passamos então a etapa da execução, e nesta, o estudo teve continuidade centrado no estabelecimento de relações humanas empáticas entre pesquisadora e enfermeiras intensivistas. Era preciso procurar-se perceber em seus discursos, principalmente o não dito por elas, o que compunha as entrelinhas, assim como as nuances culturais influenciadoras do ser e do fazer em UTI.

Com o intuito de alcançar os objetivos proposto na pesquisa utilizou-se, na coleta dos dados para compor a investigação, de uma associação de técnicas, consideradas relevantes: a entrevista e a observação participante. Estratégias como a utilização de um diário de campo e o uso do gravador, com o consentimento prévio dos informantes, favoreceram o registro e documentação das informações.

A entrevista, como primeira técnica aplicada às informantes do estudo, constituiu parte importante para a construção dos discursos elaborados pelas enfermeiras que compuseram a mostra. A partir da entrevista, nos foi possível compor o discurso, em que o foco da narração estava centrado na realidade cultural em pauta, nos modos de vida, valores do ser enfermeira, bem como, de que maneira esses valores culturais influenciavam sua prática de cuidado, num cenário em que os pacientes são graves, instáveis nas condições hemodinâmicas, a morbimortalidade é alta e a tecnologia está intrinsecamente envolvida.

Os valores culturais podem ser considerados como princípios que podem estar implícitos ou explícitos na forma de ser do indivíduo, fazem parte da herança cultural, repassada no ambiente familiar e são, de certa forma devolvidas por esses, à sociedade. Em particular nesse estudo, observa-se que a troca de valores culturais, entre enfermeira, pacientes, familiares e equipe multiprofissional, com quem se estabelece contato, está susceptível de ocorrer.

A observação participante foi escolhida como técnica de coleta de dados da pesquisa por constituir momento de relevância na percepção do cuidado realizado pelas enfermeiras participantes do estudo, nos trazendo respostas comportamentais dessas em relação ao cuidar de doentes de risco. O instrumento nos permitiu identificar o *estar junto* do paciente grave, os sentimentos envolvidos no momento de cuidar, o uso da comunicação como forma de cuidado e de interação das relações interpessoais entre cuidador e ser cuidado.

A UTI e todo seu cenário, sua dinâmica, ruídos excessivos decorrentes da parafernália tecnológica utilizada nos cuidados e tratamentos, estrutura, profissionais que lá trabalham, com o objetivo de restabelecer a saúde daqueles que estão carentes de cuidados, tudo isso, foi objeto de registro no diário de campo, como também, o desempenho da prática de enfermagem, ofertada pelas enfermeiras que lá atuam. Foi-nos possível observar e registrar à distância, passo a passo todo aquele balé de vai e vem, do manuseio de aparelhagem, técnicas e procedimentos, assim como, a forma de interação, integração e comunicação dispensados aos pacientes por cada um dos vários profissionais.

Registramos, até mesmo a ausência de um toque ou de um olhar, em ocasiões que se fazia necessário algum desses aparentemente pequenos, mas em sua significação, grandiosos gestos de cuidado mais humano.

Ao entrevistar as enfermeiras atuantes na UTI, foi possível elaborar a estrutura dos discursos, em que as preocupações com técnicas, rotinas e procedimentos, são marcas fortes na cultura profissional, que os modos de vida, tradições familiares e vivências da infância, estão presentes na forma de oferecer o cuidado. Os anseios, dúvidas, conflitos, insatisfações e esperanças em uma mudança de paradigma de trabalho são situações que influenciam a prática das

enfermeiras, mesmo que em alguns discursos isso só seja percebido nas entrelinhas.

A comunicação como processo de cuidar/assistir e envolver as relações interpessoais na prática, foi por todas as enfermeiras participantes do estudo, enfatizada como importante e necessária para prestar um cuidado humanizado, individualizado e de qualidade.

Mesmo que, essa comunicação tão somente ocorresse por ocasião da realização de um procedimento de enfermagem e em algumas ocasiões por solicitação dos próprios pacientes. Quase nunca ocorreu de forma espontânea, para o preenchimento de uma lacuna na melhoria da interação cuidador, ser cuidado.

O desenho de análise estrutural do discurso escolhido por nós para fins de análise dos dados, se baseou em componentes teóricos propostos por Rifiotis (1994) Dooley e Lavinsohn (2003), tendo se processado passo a passo, a medida em que se aplicou a coleta de dados. As temáticas cultura e cuidado de enfermagem foram questões que permearam a construção e a finalização processual da análise dos dados.

Partindo dos elementos presentes nas narrativas oferecidas pelas enfermeiras do estudo, foi possível destacar nos sete discursos colhidos, cada um deles ressaltando aspectos culturais peculiares ao desempenho profissional, indo da educação, perfil de humanização, comunicação na prática profissional, fator econômico, qualidade do cuidado oferecido, até vivências e experiências familiares, que contribuem para determinação do comportamento profissional.

A partir do discurso de cada participante, juntamente com o discurso da participante observadora – a pesquisadora - construído com base nas observações dos cuidados de enfermagem prestados pelas enfermeiras, no cenário em questão, foi possível estabelecer o quadro inicial e final do perfil cultural do cuidado oferecidos aos pacientes pelos profissionais, caracterizados pela relação entre valores e cultura dessas enfermeiras, influenciando suas práticas.

Descobri ao longo do estudo, por meio do questionamento sobre a influência da cultura dessas enfermeiras, no cotidiano da prática de enfermagem em

UTI, que é preciso que o profissional se trabalhe para vivências do um cuidado mais humano, nesse cotidiano tão atribulado e repleto de tarefas, centrado no fazer técnico. Poderia ser uma perspectiva para ultrapassar o cumprimento de plantões com carga horária exaustivas, para a compreensão de ser muito mais que a do fazer, aquela profissional que está sempre junto, consciente de si mesma, num cenário de incertezas, estresses, e angústias, com vistas a criação de caminhos que motivem o alcance de novas perspectivas do fazer.

Entendo que o toque, a comunicação, o olhar, o ouvir, podem também contribuir, além da informação técnica sobre o estado de saúde dos pacientes, do cuidado biológico, para amenizar os efeitos indesejados da internação em UTI, à pacientes e a familiares, assim como o favorecimento de uma relação empática, com satisfação para quem trabalha nesses ambientes.

Então, reduzir a capacidade de comunicação com paciente e familiares, pode ser interpretada como supressão de problemas e seus significados, esquecendo-se todo um discurso, na esfera do pensar, agir, fazer e sentir, do ser humano.

O homem, encontra-se inserido no espaço e no tempo, envolvido com sua condição histórico-geográfica de ser humano. Assim, essas dimensões são inseparáveis e o definem culturalmente em sua condição humana.

Ao realizar os cuidados de enfermagem, as enfermeiras do estudo pareciam não refletir sobre alguns aspectos destacados neste trabalho, porém o ato de agir, fazer, realizar, as caracterizava em relação aos valores culturais herdados e praticados pelo ser profissional naquele momento.

Foucault (1995) revela que, ao se construir valores, não se satisfaz as necessidades mais numerosas, mas se sacrifica bens em troca de outros e esses valores, se transformam em negação dos próprios bens.

Portanto a cultura herdada na esfera das relações familiares e da convivência no dia-a-dia, deve ser utilizada como ponte, em favorecimento de melhorias e qualidade do cuidado de enfermagem.

Dessa forma, aprendemos a repensar e refletir sobre nossos valores culturais em relação à atuação profissional, como também, julgamos poder estar contribuindo para desvelar a prática de enfermagem, vista sobre a ótica dos valores culturais embutidos no ser enfermeira que transparece na realidade do cotidiano de um cuidado de enfermagem que poderá passar a existir com características mais humanas.

REFERÊNCIAS

ADAHIRA, A.M.K.M. Prefácio. In: CINTRA, E. A. CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo, Ed. Atheneu, 2000.

ADAM, J. M. Cadre théorique d'une typologie séquentielle. In: _____. **Études de linguistique appliquée**. Didactologies des langues-cultures,. Paris: Didier, 1991.

ALMEIDA, M. C. P. A. A enfermagem e as políticas de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, l, n. esp., p. 53-62, 1997.

AMEZCUA, M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. **Index Enferm.**, v. 30, p. 30-35, 2000.

ARRUDA, E. N.; PAIM, I. M. D. Ser escolhida para cuidar. In: ARRUDA, E. N.; GONÇALVES, L. H. T. **A enfermagem e arte de cuidar**. Florianópolis: Editora UFSC. 1999. (Série Enfermagem)

AZEVEDO R.C.S. **A comunicação como instrumento do processo de cuidar: visão do aluno de graduação**. Rev. Nursing., Barueri; São Paulo, ano 5, n. 45, p. 19 - 23, 2002.

BACH, R. **Longe é um lugar que não existe**. Rio de Janeiro: ABDR, 1999.

BACKES, D. S.; MARTINS, D.; DELLAZZANA, A. R. É possível humanizar o cuidado no CTI? In: COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Cuidando em enfermagem: pesquisa e reflexões**. Santa Maria: UNIFRA, 2001. p. 35-52. (Série Enfermagem-UNIFRA)

BASTOS, M. A. R. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 131-136, 2002.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 8. ed. Campinas: Editora Unicamp, 2002. p. 96.

_____. **Gênero do discurso na escola: mito, conto, cordel, discurso político, divulgação científica**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 17 - 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3432 de 12/08/1998 - em vigor**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Disponível em: <<http://www.amib.com.br/portaria3432.htm>>. Acesso em: 14 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional e de acompanhamento das assessorias**. Brasília, 2001.

BATALHA, W. S. C. **A Filosofia e a crise do homem: panorama da filosofia moderna de Descartes a Sartre**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1968. 459p.

BATALHA, W. S. C. **A Filosofia e a crise do homem**: panorama da filosofia moderna de Descartes a Sartre. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1968. 459p.

BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado**: dimensão e sentido da vida. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 204p. (Teses em Enfermagem, 41).

BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis: Vozes, 1999.

CARGNIN, M. T. et al. In: COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em enfermagem**: pesquisa e reflexões. Santa Maria : UNIFRA; 2001. p. 15-34.

CARRARO, T. E. **Marco conceitual**: subsídio para a assistência de enfermagem. Cogitare Enfermagem, v. 3, n. 2, p.105-108, 1998.

CEARÁ. Portaria nº 767, de 01 de dezembro de 1994. Dispõe sobre Normas Mínimas para Funcionamento de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e define Critérios para Internações e Altas em UTI. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, Fortaleza, CE, 1 dez. 1994. nº16.434, Parte I.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência de médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CHAVERRI, C. E. **Enfermería hoy**: filosofía y antropología de una profesión. Madrid: Ed. Diaz de Santos, 1992.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **Indicadores de qualidade**: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998. cap.5, p.77-137.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. In: _____. **Assistência de enfermagem em terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 2, p. 13 - 27.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Damaia, 1989. p. 385.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ.- COREN. **Legislação**. Fortaleza, 2002.

CORRÊA, A. K. **Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva**. Rev. Bras. Enfermagem, v. 48, n. 3, p. 233-241, 1995.

CUNHA, A. P. et al. Serviço de Enfermagem: um passo decisivo para a qualidade. **Nursing** (São Paulo), v. 5, n. 45, p. 25 -30, 2002.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. 3. ed. Campinas: Papirus, 1996.

DIAS, M. S. A. **O cuidado na perspectiva da pessoa portadora de insuficiência renal crônica**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

DOOLEY, R. A.; LEVINSOHN, S. H. **Análise do discurso: conceitos básicos em lingüística**. Petrópolis: Vozes, 2003. 221p.

DUBOIS, J. et al. (Org.) **Dicionário de lingüística**. São Paulo: Cultrix, 1973.

EINSTEIN, A. **Como vejo o mundo**. São Paulo: Círculo do Livro, 1953.

ERDTMANN, B. K.; ERDMANN, A. L.; NITSCHKE, R. G. Enfermagem domiciliar: O desafio para um cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 216-223, 2003.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FRANKL, V. E. **Em busca do sentido**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. 71p.

FROMM, E. **Análise do homem**. 13. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. 211p.

FROTA, M. A. **Como cuido do meu filho desnutrido**. Abordagem cultural. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 323p.

GEORGE, J. B. Madeleine Leininger. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médica Sul, 2000. p. 297-309.

GIKOVATE, F. **Uma nova visão do amor**. São Paulo: M. G. Editores Associados, 1996.

GREIMAS, A. J.; COURTÉS, J. **Dicionário de semiótica**. São Paulo: CULTRIX, 1979. 491p.

HALLIDAY, M. A. K.; HASAN, R. **Language, context, and text: aspects of language in a social – semiotic perspective**. Oxford: Oxford University Press, 1985.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.309.

HENDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem**. Rio de Janeiro: FSESP, 1962. 62p.

HENZEZEL, M.; LELOUP, J-Y. **A arte de morrer**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

-
- HILL, N. E.; STONE, W. C. **O sucesso através de uma atitude mental positiva.** Rio de Janeiro: Record, 1960.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.
- HUF, D. D. **A face oculta do cuidar.** Rio de Janeiro: Mondrian, 2002. 206p.
- JANKÉLEVITCH, V. **O paradoxo da moral.** Campinas: Papirus, 1991. 228p.
- KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1986.
- LEAL, M. C. D. Questões de ética e fortalecimento na etnografia crítica. In: SILVA, D. E. G.; VIEIRA, J. A. **Análise do discurso: percursos teóricos e metodológicos.** Brasília: Planos, 2002.
- LEDDY, S.; PEPPER, J. M. **Bases conceptuales de la enfermería profesional.** México: OPAS/OMS, 1995.
- LEINNIGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1991.
- LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidade do cuidado de enfermagem.** Florianópolis: Ed. UFSC, 1994. 116p.
- _____. **Teorias em enfermagem: instrumento para a prática.** Florianópolis: Pappalivros, 1999. 228p.
- _____. Ser enfermeira, In: ARRUDA, E. N.; GONÇALVES, L. H. T. **A enfermagem e arte de cuidar.** Florianópolis: Editora UFSC, 1999. (Série Enfermagem).
- LEMOS, R.C.A.; ROSSI, L.A. O Significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Latino-am Enferm.**, v.10, n. 2, p.345-357, 2002.
- LÉVI-STRAUS, C. **A noção de etnologia: raça e história; Totemismo hoje.** 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1980. 181p.
- LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing (São Paulo)**, v. 4, n. 41 p. 25-29, 2001.
- LOPES, M. J. M. A singularidade de um saber – fazer técnico e relacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998. **Anais...** Salvador, 1998. p. 66-73.
- LUDKE, N.; ANDRÉ, M. C. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo, EPU, 1986.
- MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos – o declínio do individualismo nas sociedades de massa.** Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 1987.

MARCUSCHI, L. A. Gêneros textuais: definição e funcionalidade. In: DIONÍSIO, A. P.; MACHADO, A. R.; BEZERRA, M. A. (Orgs.). **Gêneros textuais & ensino**. Rio de Janeiro: Lucena, 2002. p. 19 – 36.

MARRINER, A. (Org.). **Modelos e teorias de enfermagem**. Barcelona: Rol, 1989. 345 p.

MAYEROFF, M. **On caring**. USA: Frist Perennial Library, 1972. 123p.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing** : development and progress. 2. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, c1991. 617p.

MELHORAMENTOS. Minidicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1997.

MEZZOMO, A. A. **Humanização hospitalar**. Fortaleza: Realce, 2002. 56p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Abrasco-Hucitec, 1994. 269p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MIRANDA, R. Re-aprendendo a ser humano: os desafios do enfermeiro e da enfermagem para a humanização do cuidar através da sistematização da assistência. In: MEZZOMO, A. A. et al. (Org.). **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

OLIVEIRA, L. L. **Representação social da identidade da mulher sujeita à violência masculina**: um estudo com base na análise estrutural do discurso. 2001. 166 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

OLIVEIRA, M. A. Hegel e o Cristianismo. In: SEMANA DE FILOSOFIA, 5., Brasília, 1979. **Conferência...** Brasília: Ed. UNB, 1981. 159p. p. 87-105. (Cadernos da UnB).

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L. T. **Enfermagem humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.

PEGORARO, O. A. **Ética e bioética**: da subsistência à existência. Petrópolis: Vozes, 2002.

PINHEIRO, N. F. **Coesão e fragmentação textual no discurso da mídia voltada para adolescentes**. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/mletras/defesas/Dod11.htm>>. Acesso em: 3 ago. 2000.

RAMOS, F. R. S. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI, M. T. et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livro, 1999. 176p.

REICHERT, A. P. S.; COSTA, S. F. G. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na unidade neonatal. **Nursing** (São Paulo), v. 4, n. 38, p. 25-29, 2001.

RIFIOTIS, T. **Aldeia dos jovens: a passagem do mundo do parentesco ao universo da política em sociedades banto-falantes**. Estudo da dinâmica dos grupos etários através da literatura oral 1994. Tese (Doutorado em Sociologia)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994. p. 41-91.

RIVERA, C. C. **Descripción de cultura organizacional**. Disponível em: <<http://www.felafacs.org/dialogos/pdf39/4Carmen.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2004.

RODRIGUES, M. S. P. Enfermagem: relação amorosa - uma abordagem hegeliana. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 259-270, 1997.

_____. De fada e feiticeira à sua imagem atual, a mulher enfermeira: cuidadora, gerente, pesquisadora. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 104 -117, 1997.

_____. **Enfermagem: representação social das/os enfermeiras/os**. Pelotas: Editora Gráfica Universitária – UFPel, 1999. 143p. (Série Teses em Enfermagem).

RODRIGUES, Z. C.; COSTENARO, R. G. S. Atuação do enfermeiro e equipe multiprofissional no centro de terapia intensiva: um estudo fundamento na teoria de Wiedenbach. In: COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em enfermagem: pesquisa e reflexões**. Santa Maria: UNIFRA, 2001. p. 131-142.

ROLIM, K. M. C. **A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada**. 2003. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

RÚDLO, F. V. **Compreensão humana e ajuda ao outro**. Petrópolis: Vozes, 1989. 61p.

SANTOS, C. R.; TOLEDO, N. N.; SILVA, S. C. **Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família**. **Nursing** (São Paulo), v. 2, n.17, p. 26-29, 1999.

SCHUMANN, W. **Gemas do mundo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1983.

SILVA, A. G. I. Gerenciamento clínico em enfermagem e qualidade da assistência. **Nursing** (São Paulo), v. 3, n. 20, p. 12-15, 2000.

SILVA, L. F. **Cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica: hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia Heideggeriana.** 2002. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SILVA, S. R. **Compartilhamento do cuidado de enfermagem com a mãe: implicações para a preservação da qualidade.** 2001, 124p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem.** Florianópolis: Papa-Livros, 1996. 118p.

SMYTH, A.; HOLIAN, R. **The credibility of the researcher who does research in their own organization: the of participant observation.** Association of qualitative research conference, Melbourne, July, 1999. Disponível em: <http://www.latrobe.edu.au/aqr/offer/papers/Rholian.htm>. Acesso em: 9 ago. 2003.

SPRADLEY, J. **Participant observation.** New York: Winston, 1980.

TEIXEIRA, E. R. A subjetividade na enfermagem: o discurso do sujeito no cuidado. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 233-239, 2000.

URASAKI, M. B. M. A transformação: do cuidar mecânico ao cuidar sensível. **Rev. Paul. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 72-81, 2003.

VENUSO, L. **Humanização em hospitais.** Fortaleza: Premius, 2001. p. 168.

VIEIRA, L. J. E. S. **Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada.** 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

VIEIRA, L. J. E. S.; BARROSO, M. G. T. uma compreensão necessária para o cuidado em enfermagem. **RECCS: Rev. Centro Ciências Saúde UNIFOR**, v. 14, p. 32-35, 2001.

VILA, S. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998. p.165-170.

WALDOW, V. R.; MARQUES, M. J.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 203.

WALDOW, V. R. Cuidar como marco de referência para o ensino da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., Salvador, 1998. Mesa Redonda. **Anais...** Salvador, 1998. P. 197-204.

ZAMBERLAN, C.; COSTENARO, R. G. S. O Fortalecimento do relacionamento interpessoal: um fator determinante da prática do cuidado em UTI. In: COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em enfermagem: pesquisa e reflexões**. Santa Maria: UNIFRA, 2001. p.119-129.

ZIIN, R.G.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S,C,R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 3; p. 326-332, 2003.

APÊNDICE

ROTEIRO PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS OBSERVADOS

1. Observado. Código: _____ Tempo de serviço em UTI _____
2. Sexo M () F ()
3. Tempo de formação profissional _____
4. Universidade onde graduou-se _____
5. Tem curso de pós-graduação Sim () Não () Área _____
6. Idade: () ; 21 a 30 () ; 31 a 40 () ; 41 a mais ()
7. Tipo de cuidado realizado _____
8. Diagnóstico do paciente atendido _____
9. Frequenta cursos de qualificação anualmente? Sim () Não () Quantos (em média); em que área _____
10. Quantas horas por semana dedica-se ao trabalho? _____ E ao estudo? _____
11. Como define o saber técnico-científico no contexto do cuidado cultural em UTI?

DADOS SOBRE AS ATIVIDADES COTIDIANAS EM UTI

1. Registra no prontuário do paciente o procedimento de enfermagem executado?
Sim () Não () Porquê?
2. Passa plantão de leito em leito? Sim () Não () Porquê?
3. Supervisiona continuamente os cuidados realizados pelos outros membros da equipe de enfermagem? Sim () Não () Questionar sobre o porquê?
4. Registra a assistência de enfermagem no prontuário do paciente? Sim () Não ()
Questionar sobre o porquê?
5. Aplica a Metodologia da Assistência de Enfermagem? Sim () Não ()
Total _____ Parcial _____ Quais etapas _____
Questionar sobre o porquê?
6. Informa ao paciente o cuidado a ser realizado, mesmo que este esteja sedado e/ou em coma? Sim () Não () Questionar sobre o porquê?

-
-
7. Faz orientações quando solicitada pelo paciente e/ou pelos outros membros da equipe de enfermagem? Sim () Não () Questionar sobre o porquê?
8. Conversa com o paciente quando está realizando algum procedimento de enfermagem? Sim () Não () Questionar sobre o porquê?
9. Faz algum tipo de carinho e/ou afago ao paciente? Sim () Não () Questionar sobre o porquê?
10. Dá informações de forma simples e explícita ao telefone quando solicitada pelos familiares? Sim () Não () Questionar sobre o porquê?
11. Permanece na UTI por ocasião do horário da visita? Sim () Não () Questionar sobre o porquê?
12. Dá informações de forma simples e clara para a família a respeito do estado de saúde do paciente, por ocasião do horário da visita? Sim () Não () Questionar sobre o porquê?
13. Aproxima-se do paciente para confortá-lo ou fazer algum carinho ou mesmo, sem necessariamente ir realizar um procedimento técnico? Sim () Não () Quando?
_____, de que forma
_____ Questionar sobre o porquê?
14. Faz companhia aos pacientes conscientes em suas horas vagas ou concomitante com os procedimentos de enfermagem? Sim () Não () Quando?
_____, de que forma?
_____. Questionar sobre o porquê?



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

ANEXO I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

PESQUISA: SER E FAZER DA ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UMA ABORDAGEM CULTURAL

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ enfermeira. RG nº _____ exercendo minhas funções na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Instituto Dr. José Frota do município de Fortaleza-Ce, fui devidamente esclarecida, pela pesquisadora sobre o estudo, a ser realizado nesta instituição. Intitulado: SER E FAZER DA ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UMA ABORDAGEM CULTURAL, que tem por objetivos: compreender o contexto cultural da prática do cuidado de enfermeiros que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva; Identificar os fatores culturais envolvidos no ser e fazer do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva; descrever a influência dos fatores culturais no padrão de cuidado oferecido em Unidade de Terapia Intensiva; caracterizar o encontro entre valores e crenças dos enfermeiros e o modo como os cuidados são oferecidos ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Fico consciente que minha participação por ocasião do estudo é um dado valioso para a referida pesquisa, e que minhas impressões serão gravadas e transcritas pela pesquisadora para análise posterior, ficando garantido o sigilo das informações colhidas. Fui devidamente esclarecida que terei acesso aos dados, e que terei liberdade para me retirar a qualquer momento do estudo, caso seja esse o meu desejo.

Assinatura da Enfermeira: _____

Assinatura da pesquisa: _____

Assinatura de quem obteve o T.C. _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora: Vlândia Teles Moreira

End. Rua: Evaristo Reis 309, Apto. 106/F

Bairro: São João do Tauape CEP 60.130-600

Fone: 472-37-65 – e-mail: telesvladia@bol.com.br

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
PROTÓCOLO
PROCESSO
EM 24 11 2003
<i>[Handwritten Signature]</i>

24

163

do seu respectivo
nome a interessado

Dr. Fco. Wandemberg R. dos Santos
 CREFE 3187
 Presidente da Comissão Ética Médica UF