

C754358
R1544144
02/10/02
R\$10,00

LUCIA DE FATIMA DA SILVA



**CUIDADO DE ENFERMAGEM EM TERAPIA
INTENSIVA CARDIOLÓGICA:
HERMENÊUTICA DO CONCEITO FUNDAMENTADA NA
FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA**

TESE
610.73
55810
2002
ex. 2

FORTALEZA
2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LUCIA DE FATIMA DA SILVA

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

CUIDADO DE ENFERMAGEM EM TERAPIA
INTENSIVA CARDIOLÓGICA:
HERMENÊUTICA DO CONCEITO FUNDAMENTADA NA
FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA

TESE APRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL À
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
(DOUTORADO), DA FACULDADE DE FARMÁCIA,
ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ.

LINHA DE PESQUISA:
ASSISTÊNCIA PARTICIPATIVA DE ENFERMAGEM
CLÍNICO-CIRÚRGICA EM SITUAÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA

ORIENTADORA:
PROFA. DRA. MARTA MARIA COELHO DAMASCENO
CO-ORIENTADOR:
PROF. PHD. RUI VERLAINE OLIVEIRA MOREIRA

FORTALEZA
2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

* Foto da Capa: Escultura *Caring*, de Kavin Casey
Disponível em <http://www.bogwood.net/caring.htm>



FICHA CATALOGRÁFICA

S581c Silva, Lucia de Fatima da
Cuidado de enfermagem em terapia intensiva
cardiológica: hermenêutica do conceito
fundamentada na fenomenologia heideggeriana /
Lucia de Fatima da Silva. - Fortaleza, 2002.
200f.
Orientadora: Profa. Dra. Marta Maria Coelho
Damasceno.
Tese (Doutorado). Universidade Federal do
Ceará. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.
1. Cuidado de enfermagem. 2. Fenomenologia.
3. Unidade de Terapia Intensiva. I - Título

CDD 610.73

LUCIA DE FATIMA DA SILVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

CUIDADO DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA CARDIOLÓGICA: HERMENÊUTICA DO
CONCEITO FUNDAMENTADA NA FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do
Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Defesa em: 18/6/2002

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Marta Maria Coelho Damasceno
Presidente

Profª Drª Telma Aparecida Donzelli
1ª. Examinadora

Profª Drª Maria Tereza Leopardi
2ª. Examinadora

Profª Drª Ana Ruth Macedo Monteiro
3ª. Examinadora

Profª Drª Maria de Nazaré de O. Fraga
4ª. Examinadora

Profª Drª Thelma Leite de Araújo
Examinadora Suplente

Profª Drª Mirian Calíope Dantas Pinheiro
Examinadora Suplente

Este estudo contou com o auxílio financeiro, em forma de bolsa, da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio da Coordenação do Programa de Pós-Graduação, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Contou, ainda, com subsídio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), via Projeto Integrado de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem - caminho para prevenir e reabilitar.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Luiz e Nanci, que me demonstram, incessantemente, o que é o cuidado.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, pela vida e pelos cuidados que recebo.
- Aos meus Pais, pelo amor revelado.
- À Profa. Dra. Marta Maria Coelho Dasmasceno, pela amizade e pelo zelo com que tem conduzido meu saber.
- Ao Prof. Dr. Rui Verlaine Oliveira Moreira, pelos ensinamentos.
- Às Professoras examinadoras desta tese, pelas contribuições.
- Aos colegas profissionais e aos pacientes, pela colaboração na elaboração deste estudo.
- Às minhas amigas, pela partilha da vida e da opção pelo cuidado de enfermagem.
- À Universidade Estadual do Ceará e ao Hospital de Messejana, pela oportunidade de crescimento profissional e humano no cuidar.
- À Universidade Federal do Ceará, pela acolhida.
- Enfim, a todos que cuidam de mim.

Toda explicação fica pela metade, pois o homem não consegue terminá-la. O olho não se farta de ver, nem o ouvido se farta de ouvir.

Eclesiastes, 1:8

RESUMO

A investigação, cujo objeto é o sentido do conceito de cuidado de enfermagem, foi desenvolvida com a intenção de desvendar esta compreensão no discurso de enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pacientes existentes no mundo de uma terapia intensiva cardiológica de hospital público localizado em Fortaleza-Ceará-Brasil. O pressuposto era que o conceito de cuidado de enfermagem para estes profissionais é permeado por modos de ser que nem sempre consideram as necessidades, expectativas e anseios dos pacientes. Para o alcance do intuito, optou-se pela realização de um estudo fenomenológico, com fundamento na hermenêutica compreensiva de Martin Heidegger. As informações foram colhidas por meio de entrevistas e observação do processo de cuidar, no período de outubro de 2000 a julho de 2001. As diretrizes éticas recomendadas para as pesquisas envolvendo seres humanos foram consideradas. Dos discursos, foi apreendido, imediatamente, que o conceito de cuidado de enfermagem é compreendido como a satisfação das necessidades circunstanciais dos pacientes, mediada, principalmente, por meio da execução de procedimentos técnicos, baseados na ciência, devendo ser desempenhados com demonstração de atitude humanística. Desta revelação, foi possível interpretar que os profissionais, influenciados pela historicidade da Enfermagem e pelo mundo cotidiano do cuidado aprisionado à dimensão técnico-científica, assumem a retórica de discursar acerca do cuidado humanizado que, muitas vezes, não se concretiza na realidade, distanciando-os do anseio manifestado pelos pacientes de serem cuidados com solicitude de preocupação autêntica. Espera-se, com a compreensão apreendida, suscitar reflexões na atividade cotidiana e no ensino de enfermagem, com vistas à valorização da consonância do cuidado de enfermagem às expectativas das pessoas internadas de não serem destituídas da condição de ser humano. O estudo traz contribuições para o desenvolvimento teórico da Enfermagem, na medida em que buscou revelar o sentido originário de um dos seus conceitos mais relevantes.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem. Fenomenologia. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This research, whose subject is the meaning of the concept of the nursing care, was developed with the intent to reveal the notion that is behind the speech of nurses, assistants and patients on the an intensive cardiologic therapy of a public hospital in Fortaleza, Brazil. The presupposition was that, for these professionals, the concept of the nursing care is filled with modes of proceeding that not always consider the patients' necessities, hopes and yearnings. To achieve this work's goals, a phenomenological study based on Martin Heidegger's comprehensive hermeneutics was carried out. The information was collected by means of interviews and proper observation of the process of attending upon patients, in the period of October, 2000 to July, 2001. All the ethical norms recommended for a research that involves human beings were taken into account. From the interviews, it soon became clear that the concept of the nurse's care is taken as the satisfaction of the circumstantial needs of the patients, a task implemented mainly by the execution of a few scientifically based technical procedures that are worthy to be applied while still showing a humanistic attitude. From this evidence, it was possible to interpret that the professionals, influenced by the historicity of Nursing and by today's world where the work of caring is imprisoned to a technical-scientific dimension, assume the rhetoric of a speech concerning a humanized care which very often does not agree with the reality. This situation separates the professionals from the yearnings revealed by the patients in that they want to be taken care of with an authentic solicitude. From the results of the study, it is hoped that the education of nursing as well as nurses' daily activities be reviewed so as to increase the value of the agreement between the nurses' task and the patients' expectations of not being dismissed of their condition as human beings. The study also contributes to the theoretical development of Nursing, as it attempts to reveal the original meaning of one of its most relevant concepts.

Keywords: Nursing Care. Phenomenology. Intensive Therapy Unit.

RÉSUMÉ

Cette recherche, dont le sujet est la signification du concept de soins infirmiers, a été développée avec l'intention de découvrir la notion présente dans le discours des infirmiers, des auxiliaires et des patients dans le monde d'une thérapie cardiologique intensive d'un hôpital public à Fortaleza, Brésil. La présupposition était que, pour ces professionnels, le concept des soins infirmiers est rempli de modes d'être qui ne considèrent pas toujours les nécessités, les attentes et les désirs des patients. Pour atteindre le but de ce travail, une étude phénoménologique basée sur l'herméneutique compréhensive de Martin Heidegger a été effectuée. Les informations ont été recueillies au moyen d'entrevues et de l'observation du processus d'être au service des patients, dans la période d'octobre 2000 à juillet 2001. Toutes les normes éthiques recommandées pour une recherche concernant les êtres humains ont été prises en considération. Des discours, il a été compris immédiatement que le concept des soins infirmiers est pris en tant que la satisfaction des besoins circonstanciels des patients, une tâche mise en application principalement par l'exécution des procédures techniques scientifiquement basés qui sont dignes d'être appliquées tout en montrant toujours une attitude humanistique. De cette révélation, il était possible d'interpréter que les professionnels, influencés par l'historicité du métier d'infirmier et par le monde d'aujourd'hui où le soin est emprisonné à une dimension technique-scientifique, assument la rhétorique d'un discours au sujet d'un soin humanisé qui très souvent n'est pas conforme à la réalité, ce qui les distance des désirs manifestés par les patients à rapport d'être soignés avec de sollicitude authentique. On espère des résultats de l'étude que l'éducation du métier d'infirmier aussi bien que les activités quotidiennes soient passées en revue afin de valoriser la consonance entre les soins infirmiers et les attentes des patients de n'être pas dénués de leur état en tant qu'êtres humains. L'étude contribue également au développement théorique des soins, car elle essaie de révéler la signification originale d'un de ses concepts plus importants.

Mots-clés: Soins Infirmiers. Phénoménologie. Unité de Thérapie Intensive.

RESUMEN

La investigación, cuyo objeto es el sentido del concepto de cuidado de enfermería fue desarrollada con la intención de desvendar esta comprensión en el discurso de enfermeras, auxiliares de enfermería y pacientes existentes en el mundo de una terapia intensiva cardiológica de hospital público localiado en Fortaleza-Ceará-Brasil. El presupuesto era que el concepto de cuidado de enfermería para estos profesionales es permeado por modos de ser que ni siempre consideran las necesidades, expectativas y deseos de los pacientes. Para el alcance del intuio, se ha optado por la realización de un estudio fenomenológico, con fundamentación en la hermenéutica comprensiva de Martin Heidegger. Las informaciones fueron cogidas por medio de citas y observación del proceso de cuidar, en el periodo de octubre de 2000 a julio de 2001. Las diretrices éticas recomendadas para las pesquisas envolvendo seres humanos fueron consideradas. De los discursos, fue aprehendido, inmediatamente, que el concepto de cuidado de enfermería es comprendido como la satisfacción de las necesidades circunstanciales de los pacientes, mediada, principalmente, por medio de la ejecución de procedimientos técnicos, basados en la ciencia, debendo ser desempeñados con demostración de actitud humanística. De esta revelación, fue posible interpretar que los profesionales, influenciados por la historicidad de la enfermería y por el mundo cotidiano del cuidado aprisionado a la dimensión técnico-científica, asumen la retórica de discursar acerca del cuidado humanizado que, muchas vezes, no se concretiza en la realidad, alejándose del deseo manifestado por los pacientes de seren cuidados con solicitud de preocupación auténtica. Espera-se, con la comprensión aprehendida, suscitar reflexiones en la atividad cotidiana y en el ensino de enfermería, con vistas a la valorización de la comnsonancia del cuidado de enfermería a las expectativas de las personas internadas de no seren destituídas de la condición de ser humano. El estudio traz contribuciones para el desarrollo teórico de la Enfermería, en la medida en que buscó revelar el sentido originario de uno de sus conceptos más relevantes.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermería. Fenomenologia. Unidad de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RÉSUMÉ	
RESUMEN	
INTRODUÇÃO.....	13
1ª PARTE	18
1 O INTERESSE PELO TEMA CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	19
2 O OBJETO DO ESTUDO, A IMPORTÂNCIA DA SUA INVESTIGAÇÃO E OS OBJETIVOS.....	28
2ª PARTE	41
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	42
3.1 O MODELO DO ESTUDO.....	43
3.2 A OPÇÃO PELA FENOMENOLOGIA E O REFERENCIAL DE MARTIN HEIDEGGER.....	44
3.3 A BUSCA POR INFORMAÇÕES: O LOCAL E OS PARTICIPANTES.....	49
3.4 O OLHAR SOBRE AS INFORMAÇÕES.....	56
3.5 OS VALORES ÉTICO-LEGAIS DA ARTE DE PESQUISAR.....	58
3ª PARTE	61
4 O CENÁRIO, O CONTEXTO DO ESTUDO E AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA INVESTIGAÇÃO.....	62
4.1 O CENÁRIO DO ESTUDO.....	63
4.2 O CONTEXTO DO ESTUDO.....	66
4.3 AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA INVESTIGAÇÃO.....	69
4.3.1 As Enfermeiras.....	69
4.3.2 Os Auxiliares de Enfermagem.....	73
4.3.3 Os Pacientes.....	76
5 CUIDADO DE ENFERMAGEM: O FUNDAMENTO HEIDEGGERIANO PARA O CUIDADO HUMANO, AS SIGNIFICÂNCIAS E O SENTIDO DO CONCEITO.....	82
5.1 O FUNDAMENTO HEIDEGGERIANO PARA O CUIDADO HUMANO.....	83
5.2 AS SIGNIFICÂNCIAS MEDIANAS NO DISCURSO DOS ENTREVISTADOS.....	93
5.2.1 O Cuidado de Enfermagem como Complexo de Ações Voltadas para a Satisfação das Necessidades Circunstanciais dos Pacientes..	96
5.2.2 O Cuidado de Enfermagem como o Desempenho de Ações Técnicas.....	100
5.2.3 O Cuidado de Enfermagem como Antecipação para o Fazer.....	106
5.2.4 O Cuidado de Enfermagem como Método Sistematizado e Mediatizado pela Saber Científico.....	110
5.2.5 O Cuidado de Enfermagem como Demonstração de Atitude Humanística.....	114
5.3 O SENTIDO DO CONCEITO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	127
4ª PARTE	166
6 O QUE CONSIDERAR COM A INVESTIGAÇÃO.....	167
5ª PARTE	179
7 REFERÊNCIAS.....	180
ANEXOS.....	190

INTRODUÇÃO

Todo questionamento é uma procura.

Heidegger

A Enfermagem é uma profissão voltada para o cuidado da saúde dos seres humanos. Por isto, o cuidado de enfermagem é praticado nos mais diversos cenários onde se encontram profissionais de enfermagem e pessoas por eles cuidadas, o que pode ocorrer em situações nas quais se objetiva promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação da saúde ou sua reabilitação. Ressalte-se que as pessoas cuidadas se acham nos mais diversos estágios do ciclo vital, desde o nascimento até a morte.

Nestas oportunidades, enfermeiras e demais profissionais componentes da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem) cuidam das pessoas de modo que atendam às suas necessidades, o que, no mais das vezes, se dá de maneira assistemática e pelo desempenho de procedimentos técnicos.

Ao considerar que o cuidar é uma ação característica do ser humano e que a Enfermagem se apropria desta tarefa para constituir sua atividade, dizendo ser esta sua essência, torna-se necessário se desenvolverem estudos capazes de aclarar este conceito na instância da profissão com vistas a contribuir para sua prática de cuidar. Assim, compreender o conceito de cuidado de enfermagem investe-se de tal relevância, em virtude da necessidade de se alcançar a essência identificadora da própria profissão.

Em conseqüência da necessidade percebida e expressa de se conhecer o que propriamente deve ser compreendido no conceito de cuidado de enfermagem, que em geral fica encoberto na sua aparência, emergiu meu desejo de realizar a presente investigação. No intuito de viabilizá-la, e diante da diversidade de contextos em que o cuidado é praticado, optei por desenvolvê-la entre profissionais enfermeiras e auxiliares de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva da área da Cardiologia, bem como entre pacientes internados. Escolhi este ambiente de cuidado porque ali tem se dado, ao longo de dezoito anos, minha experiência profissional como enfermeira assistencial e como docente.

O estudo foi, então, produzido sob o pressuposto de que **o conceito de cuidado de enfermagem para enfermeiras e auxiliares de enfermagem que atuam em terapia intensiva cardiológica é permeado por modos de ser que nem sempre consideram as necessidades, expectativas e anseios dos pacientes ali internados.** À investigação interessava descobrir o que se mostra e o que se encobre no discurso das partes envolvidas.

Constituiu-se **objetivo** primordial **desvelar o sentido do cuidado de enfermagem na concepção de profissionais de enfermagem e pacientes, no contexto da terapia intensiva cardiológica.**

Quanto à forma de apresentação, a pesquisa está organizada como segue:

1ª Parte

O interesse pelo tema cuidado de enfermagem: Descrevo a trajetória percorrida na percepção das obscuridades que se constituem meu anseio por desvelar o conceito de cuidado de enfermagem. O interesse por esta temática nasceu no meu cotidiano de cuidar, tanto como enfermeira assistencial quanto como professora da área de Enfermagem em Saúde do Adulto, mais precisamente no ambiente da terapia intensiva cardiológica.

O objeto do estudo, a importância da sua investigação e os objetivos: Discuto acerca do cuidado como esteio da Enfermagem e sobre a necessidade e relevância de investigá-lo com a finalidade de compreendê-lo no seio da profissão.

2ª Parte

Referencial teórico e metodológico: Apresento a trajetória percorrida para o desenvolvimento da presente tese, descrevendo

detalhadamente os caminhos trilhados para desvelar o sentido do conceito do fenômeno cuidado de enfermagem.

3ª Parte

O cenário, o contexto do estudo e as pessoas envolvidas na investigação: Descrevo o cenário, Hospital, e o contexto, Unidade de Terapia Intensiva, nos quais o cuidado de enfermagem foi investigado, e apresento, brevemente, as características das pessoas participantes da construção desta tese.

Cuidado de Enfermagem: o fundamento heideggeriano para as significâncias e o sentido do conceito: Início pela apresentação da fenomenologia de Heidegger sobre o ser humano e de sua trajetória no rumo de descrever o cuidado como o existencial mais próprio de Ser. Em seguida, relato a compreensão imediata apreendida nos discursos dos participantes da investigação, para, desta apreensão, procurar compreender os modos de ser do cuidado no cotidiano da Enfermagem, tentando elaborar uma fenomenologia hermenêutica deste conceito na historicidade da profissão sob a égide da fenomenologia heideggeriana.

4ª Parte

O que considerar com a investigação: Tento considerar como o estudo pode dar contributos teórico-filosóficos ao ensino e à atividade de enfermagem.

5ª Parte

Referências: Relaciono o material literário utilizado no desenvolvimento da tese.

Anexos: Apresento alguns documentos importantes para a compreensão do relatório da investigação.

1ª PARTE

-
- 1 O INTERESSE PELO TEMA CUIDADO DE ENFERMAGEM
 - 2 O OBJETO DO ESTUDO, A IMPORTÂNCIA DA SUA INVESTIGAÇÃO E OS OBJETIVOS

1 O INTERESSE PELO TEMA CUIDADO DE ENFERMAGEM

O mundo mais próximo da presença cotidiana é o mundo circundante.

Heidegger

Minha prática profissional tem se desenvolvido especialmente entre clientes portadores de patologias cardíacas, como também na docência, ministrando disciplinas da área da Enfermagem em Saúde do Adulto. Assim, ao longo de quase duas décadas, tenho vivenciado particularmente a experiência de cuidar de pessoas cardiopatas internadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e em Unidade de Internação, do tipo enfermaria.

Meus primeiros anos de trabalho na UTI me levaram a conviver com o aparato tecnológico característico daquele setor. Desse modo, ao desempenhar os procedimentos técnicos, experimentava a sensação de que a competência profissional se resumia naquelas ações, pois os cuidados de enfermagem, apesar de eminentemente voltados para os aspectos técnico-biológicos, se mostravam eficientes e pareciam atender a todas as exigências para o cuidado que eu considerava ideal.

As atribuições da enfermeira na UTI eram receber o cliente, na maioria das vezes acometido de uma coronariopatia aguda – o infarto do miocárdio. Cabia-lhe cuidar dele, executar procedimentos como instalar cateter venoso para administração de drogas vasodilatadoras e analgésicas; verificar, invasivamente ou não, seus sinais vitais; proceder a exames laboratoriais e eletrocardiograma, e instalar monitorização cardíaca contínua, entre outros procedimentos. Assim, os aspectos do cuidado relacionados a estas atividades praticamente impediam qualquer atitude interpessoal ou sentimentos na relação com o cliente.

O fascínio por parte das enfermeiras diante do instrumental advindo da tecnologia parece ser comum, pois o poder que emana do domínio da técnica, entendida como algo preciso e previsível, parece ter feito com que a tecnologia enfeitiçasse a enfermeira (NUNES, 1999). No entanto, consoante a autora, tal poder derivado da técnica é capaz, até, de camuflar as relações com os outros profissionais de saúde, de modo que a prática e os valores morais e políticos são transformados em algo de menor relevância, mesmo que os sujeitos envolvidos nesta mudança não tomem consciência de sua ocorrência.

O que parece acontecer é que o aparente poder da técnica obscurece a possibilidade de uma análise crítica da realidade, levando à neutralidade da simples e rotineira execução de procedimentos (BARNARD, 1997).

E era assim naquele momento da minha experiência profissional, porquanto estava sempre procurando estudar as patologias, dominar a tecnologia, o manuseio de máquinas e equipamentos e as ações terapêuticas. Tenho certeza de que o mesmo ocorria com relação aos demais membros da equipe, tanto que era como se estivéssemos competindo para saber quem melhor desempenhava aquela prática vigente. Afinal, o domínio de toda aquela parafernália tecnológica nos ostentava reconhecimento profissional, tanto entre nossos pares, entre outros profissionais de saúde, quanto na sociedade.

Mesmo considerando serem estes conhecimentos e as atividades ligadas à realização de procedimentos técnicos importantes, naquele momento, eu já percebia que cuidar requeria também atitude por parte da cuidadora, que, entendido como maneira de ser com o outro, envolve interação e reciprocidade de sentimentos.

Cuidávamos dos pacientes acometidos de doenças cardíacas, mas, na realidade, não havia preocupação em refletir sobre o cuidado prestado. Almejávamos a pronta melhora clínica e a saída do paciente o mais rapidamente possível da UTI, o que significava eficiência e dever cumprido. Para tanto, parecia que o uso daquelas técnicas, com vistas à satisfação das necessidades físicas dos doentes, nos distanciava da oportunidade de considerar aquelas pessoas como seres humanos.

Desde aquela época, notava que a Enfermagem não poderia nem deveria estar restrita ao mero desempenho de técnicas. Afinal, Enfermagem é *gente que cuida de gente* (HORTA, 1979, p. 3) e, para tanto, deve se desenvolver como ação humana que requer aproximação e interação entre quem cuida e quem recebe o cuidado.

Mesmo fazendo parte daquele contexto, questionava nossa prática. Naquela situação, não conseguia distinguir os momentos em que eu deveria priorizar os aspectos técnicos ou os subjetivos. Na verdade era como se não fosse capaz de compreender aqueles instantes quase dilemáticos.

Em Barbosa (1999, p. 17), encontramos que “o cuidado de enfermagem deve incluir tanto atividades de caráter instrumental como as de caráter expressivo”. No seu entendimento, o cuidado deve superar a técnica nele contida, de modo que o desafio que se apresenta à enfermeira é identificar o instante em que deve dar maior importância e ênfase às dimensões objetivas e mensuráveis ou àquelas da instância existencial, que expressam a diversidade da sentimentalidade humana.

Isto não me parecia simples. Creio que as dificuldades acerca da atenção de enfermagem por mim pretendida às pessoas internadas na UTI me suscitaram questionamentos configurados, então, como meras intuições. No entanto, eles foram se consubstanciando com leituras, participação em discussões sobre a prática da Enfermagem, de maneira que passei a refletir mais intensamente sobre o cuidado que eu dispensava aos clientes a mim confiados.

Após alguns anos dedicados ao trabalho em UTI, transferi-me para outra unidade de internação, agora do tipo enfermaria. Tal mudança foi essencial para que, aos poucos, se solidificasse a percepção de que o cuidado de enfermagem vai além do procedimento técnico em si. Isto porque a condição clínica, que representa a situação de estabilidade hemodinâmica e o tempo mais ampliado de hospitalização, decorrente da freqüente necessidade de espera por procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, permitia maior aproximação com os doentes e sua família, considerando ser esta última elemento indissociável no decurso do tratamento e cura.

Assim, podia escutá-los e com isso lembrar-me de que ali estavam seres humanos com angústias e preocupações características da vivência do

adoecimento e da permanência em uma instituição de saúde. Esta experiência significava ocasião preciosa, de modo tal que me dava a sensação de haver conseguido avançar para além da ação instrumental no cuidado prestado. Eu estabelecia, ou pelo menos tentava estabelecer, atitude interpessoal com aqueles circundantes.

A clientela de quem eu cuidava, como exposto, era composta de portadores de doenças cardíacas, acometidos, muitas vezes, de adoecer agudo ou, em tantas outras circunstâncias, de re-internações decorrentes da cronicidade da situação.

A oportunidade de elaborar a dissertação de mestrado permitiu revelar que as especificidades das pessoas coronariopatas não comportam o cuidar em enfermagem voltado eminentemente para a dimensão técnica. As modificações no estilo de vida dos portadores de doenças coronárias alteram necessariamente seu cotidiano, de forma que, para deles cuidar, é preciso não somente vigiar seus parâmetros vitais, ligá-los a aparelhos e orientá-los acerca da necessidade de alteração no seu estilo de vida, mas também considerar seus sentimentos e emoções para a aceitação da nova condição de vida, para que assim possam assumir suas possibilidades de vir a ser. Somente desse modo torna-se possível apoiá-los e ajudá-los no convívio com a situação (SILVA, 1997).

No fluxo desses pensamentos, Kretlow (1990) reforça o argumento de que a ação de cuidar de pessoas requer da enfermeira mais do que competência técnica, pois é indiscutível ser necessário conhecer a pessoa de quem cuida, bem assim que saiba como esta pessoa encara sua enfermidade, ensejando a esta a oportunidade de expressar seus sentimentos.

Diante destas evidências, posso afirmar que as pessoas doentes do coração, assim como deve acontecer com as portadoras de outras patologias, merecem ser cuidadas para além da instância objetiva e factual. É ponto pacífico

que a enfermeira há de considerar sua subjetividade como igualmente imprescindível para confortá-las nestas condições.

No desempenho das minhas atividades docentes, do mesmo modo, ia percebendo que a realidade não era diferente, pois o ensino por muito tempo se caracterizou pela valorização dos procedimentos técnicos e das ações terapêuticas. O próprio mercado de trabalho, em resposta à política pública de saúde, contribuía para tal. Até pelo menos metade da década de 1980, imperavam os modelos de assistência secundária e terciária de saúde, em detrimento da atenção primária. Isto fazia com que a formação da profissional enfermeira priorizasse o cuidado hospitalar de média e alta complexidade, que requer maior utilização dos procedimentos técnicos.

Entretanto, deve ser ressaltado que a literatura então disponível, basicamente proveniente da tradução de textos norte-americanos, já chamava a atenção para o cuidado de enfermagem que contemplasse as condições pessoais, familiares e sociais dos clientes. Referia-se a esta instância da prática de enfermagem como *apoio psicológico* (BRUNNER; SUDDARTH, 1977; DU GAS, 1978; BELAND; PASSOS, 1979).

Deste modo, a posição de docente me parecia ainda mais delicada, e embora a bibliografia apontasse para o cuidar com caráter instrumental, associado com expressão do fazer, não atentávamos para isto. Como responsável pela formação de recursos humanos, eu me sentia insatisfeita, pois o modelo de prática profissional por mim questionado era reproduzido e, de certa forma, eu contribuía para sua continuidade, estimulando a atração do aluno pelo domínio da técnica.

Para esta reflexão, encontro apoio em Waldow (1998, p. 7), que afirma:

Nas instituições formadoras, docentes insistem no discurso holístico e pregam o cuidado humano integral, todavia escorregam em suas próprias crenças e atitudes contraditórias, enchendo as

(os) estudantes com conteúdos médicos e com o ensino de um processo de enfermagem idealizado, de difícil viabilização nas instituições de saúde.

Isto ainda faz parte do meu cotidiano, apesar do forte apelo no rumo das ações humanísticas, porquanto me vejo engajada, tanto na assistência quanto no magistério, numa prática que privilegia o fazer instrumental.

Felizmente, os cursos de graduação em Enfermagem passaram por reformulação e, hoje, diretrizes curriculares possibilitam melhorar o preparo profissional para o modelo assistencial de saúde vigente no país. Trata-se do Sistema Único de Saúde (SUS), norte das políticas públicas de atenção à saúde do povo brasileiro, que foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19/9/1990, cuja filosofia é propiciar atenção indiscriminada à população, com ênfase na atenção básica de saúde.

O SUS é um modelo de atendimento de saúde que visa proporcionar participação popular e controle social do processo saúde-doença; por isso requer maior aproximação entre profissionais de saúde e sua clientela. Com a finalidade de discutir, planejar e implementar as ações de saúde, estes atores devem interagir; é preciso que os trabalhadores conheçam as pessoas da comunidade, considerem seus anseios e necessidades.

Além disso, a possibilidade de abertura sugerida pelas diretrizes curriculares faz com que o ensino de enfermagem, especialmente em nível superior, seja adequado ao perfil socioeconômico-cultural da população, bem como favorece a busca pela formação de um modelo profissional, com princípios ético-humanos voltados para o cuidado holístico do outro.

Esta transformação no preparo dos profissionais de enfermagem é também consequência da quebra de paradigmas característicos da pós-modernidade. Assim, tal como na própria ciência positiva, a Enfermagem tendeu

a evoluir do modelo calcado nos referenciais biomédicos para os moldes humanísticos (CAPRA, 1982; KRETLOW, 1990).

Malgrado, porém, estas tentativas de mudanças, é lícito e verdadeiro afirmar que o cuidado na instância instrumental ainda permanece como prioridade na formação das enfermeiras e dos demais membros da equipe de enfermagem. É tanto que nas disciplinas de características mais técnicas, como, por exemplo, Semiotécnica em Enfermagem, os professores esperam desempenho excepcional por parte dos alunos e estes demonstram especial interesse pelo domínio de tais técnicas.

Entretanto, apesar de, no mais das vezes, o cuidado ser ensinado como a essência do trabalho da Enfermagem, no dia-a-dia da enfermeira são cobradas atividades de coordenação e supervisão que a afastam do cuidado direto da clientela, embora, ainda assim, esteja provendo condições para o atendimento ao cliente, ou seja, preparando a infra-estrutura para que ele seja cuidado. Apesar do discurso, especialmente na academia, trazer em sua essência o enfoque do cuidado holístico e humanizado, na prática, o cuidado de enfermagem acaba por se esvair no cotidiano do desempenho de tarefas rotineiras desenvolvidas por meio de procedimentos técnicos.

Corroborando este pensamento, Souza e Gutiérrez (1989, p. 7) ressaltam que "o papel da enfermeira, teoricamente mais centrado no cuidado direto ao paciente, é enfatizado durante os anos acadêmicos, e não se concretiza na realidade prática".

Ao observar, no entanto, os demais componentes da equipe de enfermagem, vejo que estes também agiam e agem, na maioria das vezes, como simples executores de tarefas. Tal fato merece consideração, uma vez que, na Enfermagem, existem trabalhadores de escolaridade e formação profissional diferenciadas. Enfermeiras estudam os fundamentos teórico-filosóficos da profissão, ditos como essenciais para a prática profissional. Técnicos e auxiliares

de enfermagem têm menor tempo de formação, destinado mais ao treinamento para a execução de procedimentos. Mesmo assim, na prática, percebe-se que as enfermeiras, apesar de receberem formação diferente, acabam agindo de maneira similar, ou seja, demonstrando supremacia da técnica no cuidado de enfermagem.

Dessa forma, meus anseios acerca da reflexão sobre o que significa o cuidado de enfermagem permaneciam, tendo em vista que toda esta problemática pode-se relacionar com a compreensão deste conceito. Portanto, em face do exposto sobre esta temática, firmou-se para mim o interesse pelo assunto, não apenas para acalmar a ansiedade, mas, principalmente, para contribuir com a profissão nas suas dimensões da prática, ensino e pesquisa.

2 O OBJETO DO ESTUDO, A IMPORTÂNCIA DA SUA INVESTIGAÇÃO E OS OBJETIVOS

O fenômeno é, porém, na maioria das vezes, profundamente mal compreendido ou insuficientemente interpretado, do ponto de vista ontológico.

Heidegger

É possível que a maneira como o cuidado de enfermagem vem sendo compreendido encontre fundamento na própria história da profissão, que, ao longo da sua trajetória, o tem destacado como execução de procedimentos técnicos meticulosamente pensados, cujos passos devem ser religiosamente seguidos. Afinal, o caminho do rigor da técnica foi o primeiro a ser trilhado na direção de tornar a Enfermagem uma prática científica (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Ainda nos dias atuais, a dimensão técnica do cuidado de enfermagem é influenciada por autoras a exemplo de Horta (1979), renomada pensadora brasileira, para quem o cuidado era entendido, sobretudo, como ação que pode implicar várias atividades ou execução de procedimentos, tais como higiene oral, observação das condições da cavidade bucal, ensino da técnica adequada de escovação, lavagem do material utilizado, entre outras. Mesmo que sua proposta teórica buscasse a assistência de enfermagem para o atendimento das nuances bio-psico-sócio-espirituais da clientela, o atendimento das necessidades vitais e biológicas mereceu maior ênfase.

No entanto, ao entender que o aspecto técnico e instrumental, por si, não tem conseguido atender às necessidades do ser humano como um todo, as enfermeiras se lançaram à propagação da importância e ao desafio de estudar o significado do conceito cuidado de enfermagem, com o intuito de verificar sua manifestação na profissão, valorizando suas dimensões existenciais, éticas, culturais, políticas e intelectuais nele envolvidas. Neste rumo, encontra-se apoio nas sugestões de Leininger (1980); Stevenson; Tripp-Reimer (1989); Collière (1999); Morrison (1989, 1991); Morse (1991); Barnun (1994); Woodward (1997); Waldow (1997, 1998); Silva (1998); Chinn; Kramer (1995); Watson (1999) e Leopardi (1999).

Entre as autoras, ressalto Leininger (1980), que chama a atenção para o fato de os estudos de enfermagem enfatizarem a identificação da natureza, a essência e o domínio da profissão no intuito de distingui-la de qualquer outro

campo acadêmico-profissional. Destaca a necessidade de estudos sobre o fenômeno cuidado de enfermagem, pois a despeito de as enfermeiras, verbalmente, dizerem que prestam cuidados e falarem sobre atividades de cuidado, o conceito de cuidado não é plenamente compreendido na profissão. Assim, a estudiosa considera o termo cuidado de enfermagem pleno de ambigüidades, e entende que seus aspectos humanístico e científico carecem ser estudados.

Nesta direção, Collière (1999) afirma que a necessidade de investigar o cuidado de enfermagem passa pela importância de clarificar sua identidade, sua razão de ser e sua significação. Para a autora, buscar o sentido original pode ser o caminho para a consolidação da Enfermagem como profissão. Entretanto, ela também lembra a complexidade deste empreendimento diante do caráter universal e multidimensional atribuído a este ato humano. Desse modo, distinguir a compreensão do cuidado na instância da profissão investe-se de expressiva relevância.

Com o fim de destacar a necessidade de estudos acerca da compreensão da natureza do cuidado, Morrison (1991) comenta que a Enfermagem é uma das profissões que envolvem o cuidado às pessoas, no entanto, a relação entre a Enfermagem e o cuidado não é plenamente apreendida. Hoje, tal lacuna ainda persiste, porquanto, como já concebia este autor, mesmo que investigações tenham revelado aspectos importantes àqueles interessados pelo conceito de cuidado de enfermagem, elas falham em comprovar o aprofundamento da compreensão requerida de uma profissão que clama ser o cuidado seu tema central; ademais, muitas vezes, os estudos são distanciados da prática profissional. Por isto, meu interesse de investigação se fundamenta na tentativa de contribuir para a compreensão necessária a este conceito, em uma instância da prática profissional de enfermagem.

Para consubstanciar a relevância de tal investida, também encontrei apoio especial em Waldow (1995, 1997 e 1998) que tem sobressaído, entre as

pesquisadoras brasileiras, no estudo desta temática. Segundo Waldow, o cuidado constitui assunto controverso, não descrito de modo claro e prático, requerendo melhor explicitação conceitual, comportamental, filosófica, ideológica e existencial.

Levando, pois, em conta o discurso da literatura, que considera o cuidado como essência para a Enfermagem, e sendo hoje a compreensão da natureza da origem e da expressão do cuidado para a profissão, segundo Leopardi (1999), um dos interesses mais sólidos das enfermeiras, o estudo deste conceito é imprescindível, tanto para a profissão como para a qualidade da assistência prestada à sua clientela.

Corroborando este pensamento, a contribuição de Leininger (1980), apesar do passar dos anos, é primordial e atual. Ela aponta pelo menos quatro justificativas principais para que se desenvolvam investigações acerca do cuidado de enfermagem, quais sejam: o constructo *cuidar* é próprio da evolução humana e sobrevive como seu modo de ser por milhões de anos; há necessidade de se explicar os papéis que a cuidadora e os que recebem o cuidado desempenham nos diversos contextos onde o cuidado é vivenciado; é importante preservar e manter o cuidado como atributo humano nas diversas culturas atuais e futuras. Ainda, porque, desde o surgimento da Enfermagem como profissão moderna, não se tem estudado, sistematicamente, o cuidado com relação ao cuidar em Enfermagem. Também para a autora, o cuidado de enfermagem é carente de esclarecimento conceitual.

No que se relaciona ao conceito de cuidado de enfermagem, outra pesquisadora, Silva (1997; 1998), dedicou-lhe especial atenção e sugere haver necessidade de mais estudos específicos do cuidado, como meio para o esclarecimento de seus significados. Também Morrison (1989 e 1991), como revelado, se preocupou com o tema, ao perceber e assinalar uma lacuna no conceito de cuidado, tanto na prática como na educação em enfermagem.

Os trabalhos empreendidos acerca desta temática têm produzido um discurso que afasta o cuidado de enfermagem do modelo biomédico e o situa rumo a uma relação humana e interpessoal com os envolvidos.

Mesmo os estudos desenvolvidos em âmbito nacional ou internacional envolvendo profissionais, quer sejam enfermeiros (CHIPMAN, 1991; CROSSETI, 1997 e 1998), quer sejam auxiliares de enfermagem (WALDOW, 2001), considerando-se ainda outros profissionais de saúde e pacientes, levam em conta a associação das atitudes humanas, como carinho, amor e afetividade, ao ato de cuidar. Esta tendência também é visualizada nas pesquisas cujos sujeitos de investigação são as pessoas cuidadas e ainda em outros que buscaram esclarecer o fenômeno na perspectiva tanto de enfermeiras quanto de pacientes (MAIA, 1998; GONZAGA; ARRUDA, 1998; WOLFF et al., 1998; SILVA et al., 2001; CARVALHO et al., 2001; BITTES JÚNIOR, 2001).

As enfermeiras investigadas por Chipman (1991) compreendem cuidado humanístico como as situações em que se esforçam para identificar e atender às necessidades tanto de pacientes quanto dos seus familiares. Já as enfermeiras abordadas por Crossetti (1997) dizem que o cuidado requer tanto atitudes instrumentais quanto expressivas. Neste sentido, há de se concordar que, considerando ser a Enfermagem caracterizada por um encontro entre pessoas que cuidam e outras que são cuidadas, não há como não existir expressão humana no cuidar.

Ao estudar a atuação de auxiliares de enfermagem, grupo pouco investigado em nosso meio, num conjunto no qual estavam incluídos enfermeiras, nutricionistas, pacientes e seus familiares, Waldow (2001) ressalta que eles se aproximam muito da compreensão de pacientes e familiares no que tange à necessidade de manterem entre si vínculo, troca de experiência e afeto, caracterizando atitude humanística no cuidar.

Os estudos que envolvem os pacientes igualmente se voltam para destacar características humanísticas no cuidado. Maia (1998), tentando verificar os elementos indispensáveis para cuidar, encontrou a dimensão ético-moral e espiritual como de forte destaque, o que foi também percebido por Carvalho et al. (2001) no que se refere à instância espiritual. Gonzaga e Arruda (1998), bem como Wolf et al. (1998), destacaram que o cuidado na Enfermagem é tanto físico quanto afetivo e emocional; já Bittes Júnior (2001) revelou que o paciente deseja estabelecer relacionamento interpessoal com o cuidador.

Na perspectiva de compreender a Enfermagem por esta via, Bettinelli (1998), ao estudar a solidariedade como opção de cuidado ao paciente internado em terapia intensiva, refere sua importância como meio de se estabelecer inter-relação entre quem cuida e quem é cuidado, numa forma de envolver, humanisticamente, a pessoa no seu próprio cuidado.

A literatura internacional, especialmente a norte-americana, também adverte para o cuidado humanístico, como pode ser observado, por exemplo, em Playle (1995), que discute as contradições e conflitos entre o humanismo e o positivismo na Enfermagem. O autor considera que a Enfermagem sofre forte influência do paradigma científico, embora lhe seja imprescindível a análise crítica do seu fazer com a finalidade de encontrar um rumo pelo qual se firme como ciência humanística.

A discussão acerca deste aspecto é apresentada, por exemplo, no estudo de Forrest (1989), para quem categorias tipo interação, comunicação, conforto e suporte são indispensáveis ao cuidado de enfermagem, tanto no ensino como na prática e na pesquisa. Outro autor, Appleton (1992), em estudo fenomenológico acerca da instância artística do cuidado, seja na percepção de enfermeiras seja na de pacientes, atenta para a necessidade da propagada relação entre quem cuida e quem recebe o cuidado, perspectiva corroborada por Darbyshire (1993). Portanto, pode ser assegurado que este discurso tem sido próprio de todos nós que fazemos a Enfermagem.

Saliente-se ainda que, atendendo ao apelo para se desenvolverem estudos sobre o cuidado de enfermagem e entendendo que este comporta várias dimensões de investigação, as teóricas em Enfermagem empreenderam esforços no intuito de explicitá-lo. Entre elas, sobressaem a própria Leininger, que se voltou para a instância antropológico-cultural do cuidado de enfermagem; Watson, que revelou o cuidado transpessoal; Paterson e Zderad, que se interessaram pelo cuidado humanístico (GEORGE et al., 2000).

Mesmo assim, a repercussão não se tem feito notar, pois as enfermeiras parecem continuar engajadas numa prática tradicional distanciada das novas tendências do cuidado. Tal realidade encontra apoio em Morse et al. (1991, p. 119), quando assinalam que, se o cuidado é realmente a essência da Enfermagem, ele precisa ser demonstrado e não simplesmente proclamado.

Depreende-se, então, existir um descompasso do discurso da literatura com relação à prática vigente. Quem presta o cuidado tem derivado seu fazer, na grande parte das vezes, simplesmente para a instância instrumental, embora isto não implique uma negação do contido na literatura. Esta realidade estaria relacionada com o discurso de profissionais de enfermagem sobre sua concepção acerca do cuidado de enfermagem? Mas, que discurso é este? Por outro lado, qual a concepção que aqueles que são cuidados por estes profissionais têm sobre este conceito? Tais obscuridades merecem ser aclaradas.

Considero que, nos últimos anos, apesar de as enfermeiras terem empreendido esforços no estudo das diversas faces do cuidado de enfermagem, nem sempre há preocupação em compreender o pensamento daquelas pessoas que, cotidianamente, se ocupam do cuidado, tais como enfermeiras, e, em especial, os auxiliares de enfermagem, cuja prática é notadamente desenvolvida muito próximo às pessoas cuidadas. Tratando-se destes últimos profissionais, também é imprescindível buscar compreender sua percepção, porquanto a Enfermagem é uma relação em que dois seres humanos estão envolvidos: cuidador e ser cuidado.

Diante destas constatações e do meu interesse em compreender o conceito de cuidado na instância da Enfermagem, enveredei pelo caminho propício a revelar o que parecia se encobrir na simples aparência do cotidiano do processo de cuidar na profissão. Eu almejava ter acesso àquilo que se encobria no que profissionais de enfermagem e as pessoas por eles cuidadas dizem sobre o cuidado de enfermagem. Assim, o objeto da investigação recaiu sobre a questão: *O que significa originalmente o conceito de cuidado de enfermagem e em que a compreensão do seu sentido pode contribuir para a prática do cuidar?*

Segundo meu pressuposto, **o conceito de cuidado de enfermagem para enfermeiras e auxiliares de enfermagem atuantes em terapia intensiva cardiológica é permeado por modos de ser que nem sempre consideram as necessidades, expectativas e anseios dos pacientes ali internados.** Dessa forma, interessava descobrir o que se mostra e o que se encobre no discurso das partes envolvidas.

A concepção de compreensão, neste estudo, tem abrigo no ensinamento de Heidegger (1993, v. 1), para quem compreender corresponde a apreender o sentido originário de algo. Por sentido originário entende-se seu fundamento, sua essência, que somente se revela quando deixa mostrar de onde, ou seja, a sua origem. Trata-se, por conseguinte, da manifestação ontológica de algo, que é apreendido por mediação, via acesso ao sentido.

Para compreender, é necessário ultrapassar o verbalizado, desvelar o que está “por trás”, indo na direção do fundante, ou seja, do que dá o fundamento e é essencial ao dito. Conforme Heidegger, a descoberta reveladora de determinado fenômeno permite chegar-se à compreensão e, assim, ao sentido naquilo em que se sustenta a compreensibilidade de alguma coisa.

Fenômeno, na concepção heideggeriana, diz respeito a uma manifestação, é aquilo que se revela, o que se mostra em si mesmo, permitindo-

se desvendar como modos de ser, circunstanciados temporal, histórica e espacialmente no mundo.

Compreender um fenômeno significa apreender algo tal como ele é. No contexto deste estudo, isto corresponde a alcançar o sentido do conceito de cuidado de enfermagem, tido como um dos mais relevantes na prática de enfermagem e que se configura na profissão como um dos fenômenos a ser plenamente desvelado. Deste modo, o que deve ser compreendido por conceito? De acordo com Abbagnano (1999, p. 164), "conceito é a *essência* das coisas, mais precisamente a sua *essência necessária* (destaques do autor), pela qual não podem ser de modo diferente daquilo que são". Ao exprimir a essência ou a natureza de uma coisa, o conceito diz o que a coisa verdadeiramente é.

Mendonça (1994, p. 15) referenda este ponto de vista quando afirma que "conceitos são construções logicamente estabelecidas de acordo com um quadro de referenciais abstratos que adquirem significado dentro do esquema de pensamento no qual são colocados". Assim, expressam "abstração formada pela generalização a partir de específicos" e têm a função de representar a realidade ou seus aspectos.

O conceito, porquanto, possui maior extensão ou domínio de aplicação, enquanto a definição é entendida como delimitação do primeiro, caracterizando-se como representações concretizadas que diminuem a extensão conceitual de algo (MOREIRA, 1998).

É importante considerar que o esclarecimento dos conceitos é essencial às ciências, pois cada uma das áreas do saber, conforme Mendonça (1994), deles se utiliza para comunicar seus conhecimentos. Diante destas considerações, deve ser lembrada a justificativa para a busca da compreensão dos conceitos na Enfermagem.

A descoberta da importância do estudo de conceitos na profissão nasceu na segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, que na tentativa de aclarar o campo da Enfermagem como distinto do da Medicina procurou descrever conceitos como enfermagem, saúde, indivíduo, sociedade e ambiente (SILVA; ARRUDA, 1993). No entanto, a importância do discernimento de conceitos que fossem capazes de dar corpo próprio à ciência da Enfermagem ganhou mais ênfase quando do movimento pela teorização da profissão, iniciado nos Estados Unidos da América na segunda metade do século XX e dimensionado nas décadas de 1970 e 1980 (RODGERS; KNALL, 1993; BARNUN, 1994; MELEIS, 1997; CHINN, 1998; POLAK, 1998; HICKMAN, 2000).

Uma destas autoras, Meleis (1997), destaca claramente a necessidade do desenvolvimento dos conceitos como estágio significativo no progresso de um campo do saber. Sugere ainda que os processos utilizados no desenvolvimento de conceitos na Enfermagem receberam atenção especial no final do século XX e estas estratégias trouxeram contribuição importante no avanço do desenvolvimento de conceitos que refletem a natureza da Enfermagem.

De acordo com Chinn e Kramer (1995), as construções teóricas devem obedecer, entre outros critérios, à possibilidade de interrelacionar seus conceitos. Neste sentido, considerando o metaparadigma ou conteúdo nuclear da Enfermagem, George (2000, p. 11) destaca, nas teorias de enfermagem, quatro conceitos principais, quais sejam: homem, saúde, ambiente e enfermagem. Para a autora,

pessoa é aquele que recebe o cuidado de enfermagem. A *saúde* representa um estado de bem-estar decidido, mutualmente, pelo cliente e pela enfermeira. O *ambiente* pode representar os arredores imediatos, a comunidade ou o universo com tudo que contém. A *enfermagem* é a ciência e a arte da disciplina.

É relevante lembrar, entretanto, que Donzelli (1997) chama a atenção para a importância de compreendermos e não apenas entendermos os conceitos que guiam a prática da Enfermagem. O entendimento de algo de modo

meramente imediato compreende simplesmente a apreensão da aparência do fenómeno, enquanto a compreensão corresponde à procura pela sua essência. Deste modo, se permanecermos apenas na aparente demonstração dos conceitos, ou seja, dos fatos em si, a Enfermagem nunca conseguirá ser a profissão almejada como a ocorrência de uma relação interpessoal de quem cuida com o receptor deste cuidado.

Conforme Donzelli (1997), é preciso compreender a essência dos conceitos para estarmos na sua direção. O cuidado, considerado como essência da Enfermagem, avalia, possui uma dimensão factual (que aparece de imediato) e uma dimensão do fenómeno (o que está velado por trás dos fatos). Assim, estudos acerca da compreensão de conceitos devem ser objeto de investigação das estudiosas na Enfermagem. Este apelo foi ouvido por Pinheiro (1999) que, procurando compreender o diagnóstico de enfermagem, mostrou o distanciamento entre este conceito e seu sentido essencial, devido à relevância científica e técnica que lhe são atribuídas.

Conhecer, portanto, o pensamento daquela filósofa consubstanciou meu anseio em revelar a concepção do cuidado de enfermagem. Porém, quando por ocasião da realização desta tese, enveredei pelo caminho de buscar tal compreensão, refleti acerca da idéia de Phillips e Pugh (1994), ao referirem a necessidade de as pesquisas de pós-graduação se dirigirem para um campo particular como forma de melhor contribuir para o saber. Acredito também na afirmação de Polit e Hungler (1995, p. 314), ao recomendarem que os objetivos das investigações em enfermagem são "revelar descrições exatas dos fenómenos e das relações entre eles, de modo a oferecer *insights* que melhorem a prática da profissão". Esta opinião é corroborada por Lobiondo-Wood e Harber (2001).

Portanto, para atingir minha meta e considerando que o cuidado de enfermagem é vivenciado nos mais diversos contextos que envolvem o binômio saúde-doença, cumpru-me neste estudo elucidar a questão no contexto da cardiologia para adultos, mais especificamente no âmbito da terapia intensiva,

ambiente principal da minha atuação profissional, porquanto foi dele que emergiu minha inquietação.

Levei também em conta o fato de que, nos últimos anos, apesar de enfermeiras terem empreendido esforços no estudo de diversas faces do cuidado, nota-se nem sempre haver preocupação em saber o que pensam seus executores, especialmente os auxiliares de enfermagem. Constitui rotina tais pesquisas não serem desenvolvidas entre as pessoas engajadas na prática cotidiana, mas, quase sempre, entre estudiosas ligadas exclusivamente à academia.

Por isso, nesta investigação, meu interesse foi ouvir tanto enfermeiras como auxiliares de enfermagem que, cotidianamente, se ocupam de cuidar de pessoas. Por considerar que a diversidade de informações seria imprescindível para melhor apreender o fenômeno, fui buscá-las também com as pessoas que recebem os cuidados de enfermagem.

Diante destas considerações, os objetivos da presente investigação foram:

Geral:

- Desvelar o *sentido* do conceito de cuidado de enfermagem a partir dos discursos de profissionais de enfermagem e de pacientes envolvidos no contexto da terapia intensiva cardiológica.

Específicos:

- Descrever as manifestações do cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica.
- Analisar os modos de cuidar revelados pelos profissionais de enfermagem.
- Conhecer os anseios dos pacientes quanto ao cuidado de enfermagem.

Pensar em atingir estes objetivos fortalecia minha esperança de que o acesso ao sentido mais próprio apreendido acerca do conceito de cuidado de enfermagem, por certo, permitiria que o ensino, a prática e a pesquisa na Enfermagem utilizassem a compreensão revelada e, assim, fosse favorecida a consolidação da Enfermagem como profissão cuja essência é o cuidar do outro.

2ª PARTE

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 O MODELO DO ESTUDO

De acordo com Creswell (1998, p. 15),

A pesquisa qualitativa é um processo de busca de compreensão baseada em distintas tradições metodológicas de investigação que exploram problemas sociais ou humanos. Nelas o pesquisador constrói um panorama complexo e holístico, analisa termos, coleta visões detalhadas de informantes e conduz o estudo em um cenário natural.

Com base nesta afirmação, posso assegurar que o presente estudo é uma investigação qualitativa, pois o foco para o qual se voltava minha atenção de investigadora dizia respeito à compreensão do conceito de cuidado de enfermagem, a partir do discurso de existentes humanos que cuidam e que recebem o cuidado.

Diante destas circunstâncias e para alcançar a meta proposta, foi necessário tomar como pista o vivido dos profissionais e pacientes, conforme a experiência relatada por eles no que se refere a cuidar e ser cuidado, respectivamente. Do mesmo modo, foi preciso considerar o contexto em que o cuidado é experienciado por estes sujeitos, seja como fornecedor, seja como consumidor do cuidado de enfermagem.

O vivido humano contém um significado potencial imediato, a ele iminente, e encobre outras apreensões, também potenciais, relacionadas a contextos menos imediatos. Deste modo, o caminho mais importante, e até insubstituível, para a compreensão é o conhecimento fenomenológico (AMATUZZI, 1996).

Morse e Field (1988) afirmam que as pesquisas qualitativas permitem a compreensão da realidade; por isto, no contexto da terapia intensiva cardiológica, onde vivem quem cuida e o ser cuidado, busquei o sentido para este cuidado na instância da Enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O procurado no questionamento do ser não é algo inteiramente desconhecido, embora seja, de início, algo completamente inapreensível.

Heidegger

3.2 A OPÇÃO PELA FENOMENOLOGIA E O REFERENCIAL DE MARTIN HEIDEGGER

Entre os modos pelos quais são desenvolvidos os estudos qualitativos, optei pela fenomenologia, considerando que a pergunta configurada como objeto desta investigação revelava-se como o que Heidegger (1993, v.1) denominou de obscuridade, ou seja, a existência de algo não pensado naquilo que foi pensado. Portanto, sua elucidação só se mostrava possível por meio da compreensão que se dá quando se chega ao sentido velado e não esclarecido no que foi suposto.

As respostas a questões desta natureza são passíveis de apreensão pela fenomenologia, entendida como método de investigação que permite a descoberta do que se mantém oculto e não se deixa mostrar imediatamente, embora, ao mesmo tempo, se deixe pertencer por essência ao que se mostra, constituindo seu sentido e fundamento (HEIDEGGER, 1993, v. 1).

A fenomenologia, compreendida como uma crítica e resistência ao método científico tradicional, nasceu como método de pesquisa pelas mãos do filósofo Edmund Husserl, um alemão que viveu entre 1859 e 1938. Husserl se propunha buscar a descoberta das essências dos fenômenos naturais ou humanos, pois entendia que pela ciência positiva jamais seria possível revelar a verdade essencial das coisas.

A verdade não corresponde prontamente à aparência de algo, ela é revelação, apreendida circunstancialmente e nunca em sua totalidade, uma vez que ela está sempre se demonstrando. Assim, se apresenta como *alétheia*, compreendida pelo desvelamento de algo, que se deixa de-monstrar de onde, ou seja, seu fundamento. Para o filósofo, ela somente é alcançada quando o homem transcende na direção da compreensão ou do sentido de um fenômeno em estudo.

Para desvelar um fenômeno faz-se necessária a compreensão transcendental, que por sua vez somente acontece quando um sujeito

cognoscente, de modo intencional, apreende um fenômeno do mundo exterior, ou seja, quando este ser se interessa pela revelação do *eidos* ou da essência do objeto de sua investigação.

Portanto, para algo se revelar ao homem, é preciso que o sujeito coloque tal objeto em suspensão e se desvincule de pré-julgamentos do mundo real, atingindo o que Husserl (1990) denomina *epoché* ou redução fenomenológica, que corresponde à apreensão da coisa nela mesma, ou o processo de explicitar o ontológico que está no ôntico. Para que isto seja possível, necessário se faz suspender quaisquer juízos de valor mundanos, colocando-os entre parênteses, permitindo sua transcendência à própria essência.

A verdade fenomenológica é, portanto, transcendental e dita por Edmund Husserl como a ciência pura que supera a lógica, pois propicia o retorno às próprias coisas, não se conformando com a simples aparência das coisas, mas buscando a essência dos fenômenos. De modo que o fenomenólogo não simplesmente analisa; a ele cabe investigar a revelação do sentido, do fundamento do objeto estudado.

A fenomenologia, porquanto, procura compreender o que se mantém velado e não se deixa mostrar diretamente, isto é, o fenômeno, no que ele tem de mais próprio e que constitui sua essência. À face do fenômeno que surge, ou seja, sua compreensão "vaga e mediana", seu significado aparente, Heidegger (1993, v. 1, p. 31) denomina fato ou ente, e o que se encobre na sua aparência é o *sentido*, o fundamento, que ele chama *ser*.

A fim de desvelar o sentido encoberto pelo aparente, de acordo com o filósofo, é necessário alcançá-lo pelo método particular da fenomenologia, mas, para tanto, deve-se passar por dois momentos de compreensão hermenêutica, que se dá em um círculo em espiral, pois compreensão é apreensão de sentido, e sentido é o que se apresenta à compreensão como conteúdo; só podemos

determinar a compreensão pelo sentido e o sentido apenas pela compreensão (CORETH, 1973).

Para compreender, procura-se, portanto, em um primeiro instante, apreender o fato entificado, revelado na simples aparência; nesta etapa, dá-se a compreensão mediana, ocasião em que a aparente possibilidade de entendimento de algo se mostra suficiente.

No contexto de cuidado em terapia intensiva cardiológica, seria como se o cuidado pudesse ser compreendido com o que aparece de imediato. Entretanto, por meio da mediação fenomenológica, se busca apreender a demonstração do que se encontra velado pela aparência imediata. Este segundo momento de mediação, procedido por intelecção posterior, pressupõe a de-construção do ente, permitindo-o revelar-se pela história circunstanciada na sua existência. Tal revelação possibilita a demonstração do que origina alguma coisa; no cuidado de enfermagem, buscar em que se fundamenta seu conceito.

Diante do ensinamento da fenomenologia, é possível considerar que todo conceito é um fato e, como tal, se mostra diretamente naquilo que aparenta. Assim, todo significado vela o seu sentido, o seu ser ou fenômeno. Deste modo, partindo-se de um conceito, pode-se desvelar seu fundamento, desde que a interpretação hermenêutica fenomenológica seja percorrida (HEIDEGGER, 1993, v. 1).

Como existencialista alemão, Martin Heidegger ensinou o caminho fenomenológico ao se preocupar e estudar alguns conceitos, entre eles, o de "Ser" (humano), o de "técnica" e o de "ciência". Quando buscou abarcar o sentido de Ser, no que se constituiu sua obra primordial – **Ser e tempo**, Heidegger (1993, v. 1 e 2) partiu do conhecimento da filosofia tradicional aristotélica, que segundo sua opinião havia caído em total esquecimento. Conforme o autor, tudo o que se havia dito sobre o Ser não tinha alcançado o que verdadeiramente ele é; por isso, era necessário proceder à de-construção de

toda a tradição dos filósofos antigos, com o intuito de apreender seu fundamento.

Para estudar o Ser, o pensador partiu de um ente especial, circunstanciado no mundo, o *Dasein* ou *Ser-aí* ou *Pre-sença*. Estes termos, embora guardem uma relação estrutural com o ser humano, significam muito mais, por evocarem o processo de constituição ontológica, tanto do homem quanto do ser humano e da própria humanidade. O *Dasein* (*Ser-aí*; *Pre-sença*) originalmente traz em si a constituição prévia de sua existência histórica no mundo. Tomando por base esse ente especial, Heidegger descreveu seus caracteres existenciais temporais e históricos que o tornam um vivente capaz de discursar, interpretar e de escolher modos de ser e de estar consigo, com os outros e com as coisas no mundo vivido; experiência que se dá durante o transcurso entre seu nascimento e morte.

Ele tentava, então, aclarar o fenômeno, chamado de privilegiado, uma vez que clamava por explicitação. Tratava-se de algo "que não se mostra diretamente e na maioria das vezes e sim se mantém velado", encoberto pelo fenômeno. E este velamento constitui-se no seu sentido e fundamento (HEIDEGGER, 1993, v. 1, p. 66). Os fenômenos desta natureza, segundo o filósofo, requerem apoio da fenomenologia como meio de elucidação.

Por isso, Donzelli (1997) aponta a hermenêutica dos conceitos, tal como desenvolveu Heidegger, como caminho para a revelação de sua essência. A hermenêutica corresponde a declarar, anunciar, interpretar e, por último, traduzir. Portanto, seu problema é a compreensão, entendida como apreensão de um sentido.

Nesta direção, a compreensão hermenêutica proposta por Martin Heidegger sobre o ser humano revelou suas características consideradas como "existenciais", entre elas, o "cuidado", entendido essencialmente como

"preocupação" – o modo mais próprio do homem nas suas relações circunstanciais no mundo.

Os estudos dos conceitos de técnica (A questão da técnica) e de ciência (Ciência e meditação), contidos em outra obra importante – **Ensaio e conferências** (HEIDEGGER, 1958), revelam que tais conceitos se desviam do sentido mais próprio do humano, o cuidado. Ao restringir o conceito de técnica a simplesmente um meio para atingir um fim, o homem perde seu sentido mais original de criação, que tem como fundamento o cuidado. Do mesmo jeito, deixando de meditar sobre o sentido próprio da ciência, ele se conforma em revelar teorias muitas vezes triviais para a realidade, sem atentar para a necessidade de interrogar incessantemente o ser de cuidado inesgotável e que merece constantemente ser interrogado.

No que diz respeito à aproximação das enfermeiras aos estudos fenomenológicos, estas profissionais têm desenvolvido investigações nesta linha de pesquisa que vêm contribuindo, sobremaneira, para a prática da Enfermagem, uma vez que a compreensão do encontro intersubjetivo ocorrido no cuidado de enfermagem constitui preocupação deste grupo (SILVA; DAMASCENO; MOREIRA, 2001).

Portanto, para superar a obscuridade representada pelo objeto da presente investigação, para ter acesso à compreensão conceitual de cuidado de enfermagem, considerado uma forma de "cuidado humano", foi necessário percorrer o caminho proposto por Martin Heidegger na de-construção dos conceitos antes referidos. Para tanto, busquei no discurso dos que prestam e recebem cuidados a compreensão. Afinal, pretendi interpretar o cuidado de enfermagem para além da aparência imediata e mediana, indo na direção do seu sentido, para, desvelando esta essência, revelá-lo como o fundamento da profissão.

3.3 A BUSCA POR INFORMAÇÕES: O LOCAL E OS PARTICIPANTES

A investigação foi desenvolvida em um hospital público, pertencente à rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Trata-se de uma unidade de saúde especializada no atendimento clínico-cirúrgico e ambulatorial de pessoas portadoras de patologias cardiovasculares e pulmonares. Neste cenário tem se dado minha prática como enfermeira assistencial e, freqüentemente também, as atividades docentes em momentos teórico-práticos e em estágios curriculares supervisionados, ou seja, é o local onde se me revelou a inquietação foco da investigação.

Para estar com os sujeitos participantes do estudo, dirigi-me ao mundo do Centro Coronariano (CECOR), que me é familiar. Confesso que retornar ao mundo onde sempre estive como profissional, convivendo cotidianamente com o cuidar de pessoas junto com aqueles mesmos colegas que agora se apresentavam para mim como informantes, no momento em que eu assumia a postura de pesquisadora, me trouxe inquietações, tais como: De que modo eu deveria me comportar? Como, especialmente, os colegas reagiriam ao serem por mim investigados?

Diante desta situação, segui, conforme os ensinamentos de Bartunek e Louis (1996), algumas recomendações. Estes autores tratam das circunstâncias nas quais o pesquisador é conhecido ou não do grupo pesquisado, discutindo as possíveis vantagens e desvantagens das diversas situações. Nos estudos qualitativos, referem os estudiosos, o pesquisador familiar aos participantes pode mais facilmente colher as informações desejadas, pois ele previamente estabeleceu relacionamento com o grupo e, por isso, já tem a proximidade necessária para tornar os encontros mais agradáveis. Ademais, o pesquisador demonstra mais habilidade para contornar possíveis tensões no processo de coleta das informações.

Em princípio, o grupo de enfermeiras, de auxiliares de enfermagem e os pacientes internados seriam meus informantes. No entanto, tal como recomenda Deslandes (1994), para pesquisadores envolvidos com investigações qualitativas, eu não estava preocupada em quantificar os informantes; deles eu pretendia obter o relato do seu vivido, como cuidadores ou como seres cuidados, com a finalidade de revelar o fenômeno da compreensão conceitual do cuidado na instância da Enfermagem.

Desta maneira, sem nenhuma preocupação quantitativa, o *corpus* de informações para o desenvolvimento desta tese se formou com a participação de 21 pessoas, das quais, sete enfermeiras, sete auxiliares de enfermagem e sete pacientes. A coleta de informações se deu com pessoas que aceitaram espontaneamente participar do estudo, se estendeu do período de outubro de 2000 a julho de 2001 e cessou no momento em que considerei que as informações me eram suficientes para a apreensão da compreensão almejada.

Confesso que este foi um dos momentos mais difíceis de vivenciar como pesquisadora, pois tal como são as características de um estudo qualitativo, encerrar a coleta de dados e perceber o fenômeno estudado como apreendido é instante repleto de subjetividade indescritível. Não existem modelos acabados, até porque, conforme enfatiza Heidegger (1993, v. 1), a compreensão é sempre apreensível e jamais apreendida.

As recomendações dos textos metodológicos de pesquisa qualitativa para composição do *corpus* de informações em estudos desta natureza são, como não poderia deixar de ser, também subjetivas. Encontramos em Alves (1991) que as informações devem ser coletadas até o momento em que não mais surgirem fatos novos; em autores como Lobiondo-Wood e Haber (2001), o recomendado é, nesta mesma direção, a denominada saturação teórica. Entretanto, conforme referência de Creswell (1998), nos estudos fenomenológicos se tem comumente a obtenção de informações de no mínimo dez pessoas.

O rigor neste aspecto da pesquisa foi perseguido e, para tanto, encontrei amparo nas palavras de Beck, Gonzáles e Leopardi (2001, p. 190), quando afirmam que "sendo a realidade complexa e ampla, nenhum pesquisador dará conta, com qualquer método, de captá-la na sua totalidade". Deste modo, entre as possibilidades do rigor qualitativo, tem-se a possibilidade de, sem prévia determinação numérica, coletar-se os dados até sentir segurança na apreensão do fenômeno. Cabe ao pesquisador fenomenológico, portanto, a responsabilidade pelo rigor da formação do *corpus* da compreensão e ele cessa, intencionalmente, a busca de fatos novos quando se sente satisfeito com a revelação do fenômeno, como procedido na presente investigação.

Com vistas a colher as informações imprescindíveis para revelar tal obscuridade, utilizei a entrevista fenomenológica, com foco na prática de prestar cuidados de enfermagem, e a observação simples. Preenchi, ainda, um formulário com dados de identificação relevantes para caracterizar os grupos de profissionais – enfermeiras e auxiliares de enfermagem – e também os pacientes (Anexos A₁, A₂ e A₃, respectivamente).

Rubin e Rubin (1995) descrevem a entrevista qualitativa como um meio de revelar informações acerca do que outras pessoas sentem e pensam de seus mundos, constituindo-se, assim, em um método extremamente versátil, uma vez que possibilita alcançar a compreensão da subjetividade humana.

Ainda sobre a entrevista como método para coletar dados qualitativos, Bogdan e Bikle (1994) asseguram que por este meio o pesquisador recolhe informações descritivas na linguagem do próprio sujeito, o que lhe favorece desenvolver intuitivamente uma idéia acerca de como tais sujeitos interpretam o fenômeno no mundo.

Assim, a opção por esta modalidade de entrevista se deu mediante a possibilidade de que por este meio eu poderia atingir o discurso de quem

vivência o cuidado de enfermagem e teria, portanto, a possibilidade de conhecer sua interpretação acerca do fenômeno.

A entrevista utilizada foi a semi-estruturada, mediada por indagações iniciais (Anexos B₁ e B₂). Para tanto, eu convidava os colegas e pacientes para participarem do estudo; os chamados foram bem recebidos e, prontamente, todos se mostraram entusiasmados em contribuir.

A modalidade pouco estruturada de entrevista qualitativa oferece a oportunidade para que o pesquisador amplie a discussão na direção do esclarecimento do fenômeno em questão, permitindo a continuidade da conversa, com o intuito de descobrir e socializar as diversas facetas do que é estudado (BOGDAN; BIKLE, 1994). Embora seja iniciada a partir de questionamentos básicos, a entrevista fenomenológica semi-estruturada propiciou uma variedade de interrogações surgidas à medida que eram recebidas as respostas dos informantes; tal facilidade foi experienciada nos meus encontros com os participantes do estudo.

A escolha por este recurso de coleta de informações me pareceu muito acertada, uma vez que, diante da abertura por ele propiciada para o diálogo entre pesquisador e pesquisado, a entrevista não se restringiu às perguntas-guias, porquanto outras formulações puderam ser dirigidas aos entrevistados, conforme cada situação, a partir dos discursos, o que foi relevante para evitar se esvaír a possibilidade de proceder a indagações ante manifestação preciosa dos sujeitos.

Merece considerar que em uma entrevista qualitativa o pesquisador não é neutro, do mesmo modo que, diante do próprio interesse pela revelação de um fenômeno subjetivo, também está emocionalmente envolvido; por isso, é comum ser estabelecido relacionamento envolvente com seus entrevistados, tornando-se extremamente importante o entrevistador demonstrar empatia,

sensibilidade, humor e segurança para com os entrevistados (RUBIN; RUBIN, 1995).

Diante destas recomendações, alguns fatores intervenientes podem advir deste encontro subjetivo, quais sejam: ansiedade do entrevistador, timidez do entrevistado, pouca fluência na expressão verbal, registro concomitante do discurso, entre outros (WEBER, 1986; CARVALHO, 1987). Por isso, procurei tornar os encontros que mantive com meus informantes instantes de cordialidade e aprendizado mútuos, o que, de certo modo, facilitou a fluidez dos repertórios dos entrevistados. Isto, porém, não foi difícil, porquanto os profissionais são pessoas do meu convívio profissional e, em muitos casos, também pessoal. Quanto aos pacientes, eles demonstraram prazer e, de certa forma, estavam felizes por alguém mostrar interesse em conversar com eles.

Tentei fazer com que as entrevistas transcorressem como conversas entre seres interessados em um fenômeno de preocupação comum e se realizassem em ambiente de conforto e privacidade, de modo que, tanto com profissionais quanto com pacientes, os encontros se deram em dependências reservadas do hospital, conforme disponibilidade e conveniência de nossos horários.

As entrevistas com enfermeiras e auxiliares de enfermagem ocorreram na sala da chefia da equipe de enfermagem, localizada no próprio CECOR; com os pacientes, utilizei ambientes de chefia nos setores de internação tipo enfermaria ou de sala de reunião. Isto porque, tendo em vista a situação clínica dos doentes internados em ambiente de terapia intensiva, escolhi conversar com eles após suas altas daquele setor, ocasião em que, em tese, estariam em melhores condições de estabilidade clínica e hemodinâmica.

Por se tratar do relato de uma experiência existencial e, como tal, apenas passível de expressão por quem a vivenciou, considerei que o fato de ter saído do ambiente de terapia intensiva não prejudicaria sua interpretação acerca

do que ali fora vivido. Os encontros com as enfermeiras duraram cerca de trinta minutos e eram inicialmente aquecidos com conversas informais sobre nossas vidas e nosso cotidiano de trabalho. Já com os pacientes as entrevistas duraram aproximadamente vinte minutos, embora em duas das situações a conversa tenha se estendido por quase duas horas, já que estes pacientes se mostraram ávidos por relatarem sua história de adoecimento. Todo o material coletado conformou registro em 26 laudas de papel.

Entretanto, lembre-se que o almejado por mim era a obtenção de discurso compreendido por Heidegger (1993, v. 1, p. 63) como *logos* que se deixa revelar propriamente retirando o que diz daquilo "que discorre de tal maneira que, em seu discurso, a comunicação discursiva se revele e, assim, torne acessível aos outros aquilo sobre que discorre". A revelação do discurso será sempre uma verdade, não meramente compreendida como adequação entre uma coisa e outra, mas sim como a maneira com que o fenômeno permite desvelar-se como *alétheia*.

Conforme nos ensina o filósofo, o discurso se põe à disposição da compreensão, constituindo-se na própria articulação da compreensibilidade; por isso, nele se acha a base de toda interpretação de sentido. No homem, o discurso se anuncia pela linguagem expressa na fala, muito embora as expressões não verbais tais como o silêncio e a própria escuta também pertençam à linguagem discursiva como suas possibilidades intrínsecas. O discurso é, portanto, o pronunciamento do Ser.

Diante deste saber, procurei, no discurso não verbal dos participantes do estudo, sua linguagem de expressão de sentimentos e comportamentos no processo de cuidar. Estas manifestações foram buscadas pela utilização da observação como estratégia de procura por informações.

Desta maneira, optei pela modalidade da observação simples, muito embora em algumas situações eu tenha me comportado como observadora

participante do cenário de estudo, isto porque, como registrado, o ambiente me era familiar. Portanto, além do olhar atento sobre o processo de cuidar, utilizei-me da observação participante tão necessária aos estudos etnográficos, adaptando-a ao meu interesse fenomenológico de compreender o conceito de cuidado de enfermagem no contexto no qual ele se dá. Vivi a experiência de observar como participante que, conforme ensinam Morse e Field (1998), trata-se da situação em que o pesquisador se insere no ambiente de pesquisa como um igual. Assim, revelei aos sujeitos do estudo o interesse da minha observação do processo de cuidar e, ao mesmo tempo, intervi em algumas situações. Não poderia ser de outra forma, pois aquele era o *lócus* da minha experiência de cuidar.

Angústias e sentimentos com este retorno como pesquisadora de um contexto que se constitui também meu mundo profissional foram igualmente vividos. Entretanto, naquele momento, para mim, observar já não significava meramente olhar. O que eu pretendia era imprimir destaque ao fenômeno cuidado de enfermagem no seu *habitat*, atentando para suas características e estudando seu discurso não verbal, expressado por atos, atividades, significados e relações das pessoas (cuidadores e seres cuidados).

Não houve, porém, preocupação em quantificar tempo de observação; o que pretendi foi registrar em um diário minhas impressões acerca das situações de cuidado observadas livremente, porque a verbalização não se explicita por si; é necessário circunstanciá-la no mundo. Assim, considerando a familiaridade que tenho com aquele contexto de cuidado, compareci em horários diversificados entre os turnos da manhã, tarde e noite e, por uma vez, em dia de final de semana.

Atentei para comportamentos em geral, momentos de passagem de plantão, realização de procedimentos, conversas entre profissionais de enfermagem e pacientes, situações críticas como o atendimento a uma parada cardíaca, entre outras. Por esta senda, estive tentando cumprir o rigor do uso da

observação como estratégia de pesquisa, de acordo com a coerente proposta de Beck, Gonzáles e Leopardi (2001). As estudiosas orientam que esta técnica de coleta de dados deve ser atenta, precisa, exata, completa, sucessiva e metódica.

Assim, a observação me permitiu a avaliação entre o dito acerca do cuidado e o expressado na ocasião do seu desempenho. Isto porque o dito pode trazer em seu âmago a mera repetição de murmúrios profissionais e não ter nenhuma representação na expressão humana de cuidar. Por isso, levando em conta minha intenção de compreender o conceito de cuidado de enfermagem, era necessário o aprofundamento da busca de informações, diante, principalmente, da dificuldade que subjaz na interpretação subjetiva que caracteriza uma investigação desta natureza.

3.4 OLHAR SOBRE AS INFORMAÇÕES

Para percorrer a senda fenomenológica, Martin Heidegger desvendou a *essência do ser e*, para tanto, partiu de um ente especial designado por *Dasein* (Ser-aí). Portanto, ele não isenta a necessidade de os procedimentos fenomenológicos utilizarem um meio para alcançar os significados e, mediante estes, a essência das coisas.

Quanto à compreensão do ser, o filósofo ensina que este possui um primado denominado ôntico, concebido imediatamente pela aparência tal como ela se mostra, fundamentado, pois, em sentenças verdadeiras, e um primado ontológico, por meio do qual, mediatizado analiticamente pela razão interpretativa, tentamos alcançar aquilo que o ser revela como algo original e fundante (Heidegger, 1993, v.1). No entanto, para que se proceda a uma analítica ontológica, é mister se partir de uma visualização prévia da existencialidade.

De posse dos discursos de enfermeiras, auxiliares de enfermagem e

pacientes sobre o cuidado de enfermagem, tentei apreender o que se mostrou diretamente (significâncias ônticas) para depois desvelar o que se encobria por trás das aparências (revelações ontológicas ou sentido). Estive, por conseguinte, percorrendo os momentos interpretativos hermenêuticos sugeridos por Martin Heidegger para a realização dos estudos fenomenológicos.

O primeiro passo constitui-se de uma pré-reflexão acerca dos modos de ser dos entes considerados, numa tentativa de perceber sua opinião previamente concebida sobre o cuidado de enfermagem, uma vez que interessa apreender inicialmente o significado de cuidado para aqueles viventes, utilizando, para tanto, suas experiências, percepções e sentimentos.

No intuito de interpretar aquela compreensão inicial eu me guiava por uma direção anteriormente pensada como interrogação, o meu objeto de investigação. Naquele momento eu já não procurava por causas explicativas; por outra via buscava a razão fundante de aquelas pessoas assumirem aquele comportamento e, assim, aqueles modos de ser com relação ao cuidado.

Utilizando-me, então, das sugestões de Leopardi (2001) para a organização de informações fenomenológicas, procedi à leitura atenta da transcrição dos discursos dos participantes do estudo e dos registros das observações a fim de familiarizar-me com o texto da experiência vivida, buscando a evidência das significações que me permitisse revelar a compreensão do conceito de cuidado de enfermagem.

Desta tentativa de compreender os discursos dos participantes do estudo emergiram modos de ser do cuidado de enfermagem apreendidos como significações que se articularam em conceitos. Com vistas a melhor situar o leitor, as significações estão apresentadas na figura 1 (diagrama que poderá ser encontrado na p. 93) para servir de campo à interpretação das informações coletadas, tal como ensina Martin Heidegger, e a partir da qual, por meio da mediatização racional sobre algo, que aqui diz respeito às concepções acerca do

conceito de cuidado de enfermagem, se procura compreender o fundamento desta coisa, revelando-a como *alétheia*, ou verdade apreendida conforme sua demonstração.

Para descrever as significações reveladas nos discursos dos participantes, optei por não apresentar trechos expressos de suas falas, a não ser em algumas situações, quando, para atribuir maior relevância ao que foi compreendido, lanço mão de pequenos textos apresentados entre aspas. A escolha, portanto, recaiu na narrativa de uma primeira interpretação do que significa seu discurso.

Por esta senda, busquei revelar a hermenêutica conceitual sobre cuidado de enfermagem, na expectativa de que os meus achados tenham servido aos interesses da maximização qualitativa da atenção nessa especialidade, e embasar novas buscas, que efetivamente afluam como contributo à causa da Ciência no que diz respeito a este ramo específico do conhecimento sobre saúde.

3.5 OS VALORES ÉTICO-LEGAIS DA ARTE DE PESQUISAR

Antes de me aproximar dos possíveis participantes do estudo no intuito de colher informações, considerando as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL-MS, 1996), que trata dos preceitos da ética na pesquisa envolvendo seres humanos, trilhei o caminho legal que precede um estudo desta natureza.

Percorri os trâmites necessários para a aprovação deste projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (COMPEPE) da Universidade Federal do Ceará e no COMPEPE do hospital onde se desenvolveu a investigação (Anexos C₁ e C₂). Esta fase da pesquisa foi trilhada com muita facilidade, especialmente no hospital, pois aquela instituição de saúde, conforme referido, constitui-se o meu mundo

como enfermeira, portanto, fiquei muito à vontade para solicitar o consentimento para a experiência de pesquisar.

Após a obtenção destas autorizações legais, comecei a buscar as informações que eu considerava necessárias ao esclarecimento do meu objeto de investigação. Tendo em vista os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, procurei respeitá-los na sua autonomia, defendendo-os de qualquer vulnerabilidade, de modo que, a cada entrevistado, esclareci sobre o objetivo da pesquisa e a importância da colaboração no seu desenvolvimento, assim como acerca da observação que seria procedida durante o processo de cuidar.

Levando em conta o bem-estar dos participantes do estudo e consciente do constrangimento que, em geral, causa a presença de um equipamento eletrônico, cada encontro foi registrado em fita cassete, mediante a anuência dos entrevistados, para que assim fosse possibilitada a transcrição integral dos discursos, assegurando a captação do conteúdo destes, até mesmo com possibilidade de apreensão da dimensão não verbal, como pausas de discurso, entonação de voz e emoções, uma vez que estas manifestações são constitutivos do discurso.

Ainda cumprindo as recomendações da Resolução 196/96, solicitei assinatura dos sujeitos da pesquisa no Termo de Consentimento Pós-Informação (Anexos D₁, D₂ e D₃), o que me garantia o direito ético-legal para utilizar as informações colhidas. Aos sujeitos foi assegurado o direito de desistir da contribuição no estudo, desde que assim achassem conveniente.

Para a apresentação das revelações apreendidas, como meio de manter o anonimato dos participantes, foram atribuídos nomes fictícios às pessoas que contribuíram com suas indispensáveis informações. Cada nome foi escolhido entre os que se iniciam pela letra "C", em alusão à primeira letra do termo "cuidado".

Por fim, em obediência ainda à citada diretriz, deverei, após cumprir a requerida defesa pública da presente tese e mesmo antes de buscar qualquer outro meio para divulgá-la, apresentar seus resultados na instituição onde se desenvolveu a investigação, como forma de colaborar com reflexões acerca da prática de cuidado propiciada por suas profissionais de enfermagem.

3ª PARTE

-
- 4 O CENÁRIO, O CONTEXTO DO ESTUDO E AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA INVESTIGAÇÃO

 - 5 CUIDADO DE ENFERMAGEM: O FUNDAMENTO HEIDEGGERIANO PARA AS SIGNIFICÂNCIAS E O SENTIDO DO CONCEITO

4 O CENÁRIO, O CONTEXTO DO ESTUDO E AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA INVESTIGAÇÃO

Embora não de forma temática, o mundo já se descobre antecipadamente em todo encontro.

Heidegger

4.1 O CENÁRIO DO ESTUDO

O Hospital de Messejana foi fundado em 1933 como uma sociedade médica cujo objetivo é servir de sanatório para abrigar pessoas em tratamento de tuberculose, doença que se caracterizava, àquela época, como o grande agravo de morbi-mortalidade. Em 1940, o hospital foi vendido para o Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC) e oito anos depois foi adquirido pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB). Em 1967, mediante a fusão dos institutos de aposentadorias, o Hospital de Messejana foi agregado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, em 1977, passou a integrar a cadeia de hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (GOMES, 1998).

Em decorrência do avanço no tratamento da tuberculose, diante da descoberta dos tuberculostáticos, que em pouco tempo tornaram desnecessário, salvo circunstâncias especiais, o internamento de pessoas para o tratamento desta doença, e, sob a gerência do INAMPS, o hospital voltou sua atenção para o tratamento clínico e cirúrgico das doenças do coração, além de dar continuidade ao atendimento dos portadores de patologias pulmonares. Em 1970, tem início o serviço de cirurgia cardíaca, com uso de circulação extracorpórea.

A partir de então, o hospital experimentou amplo progresso, alcançando na década de 1980 o *status* de ser o único do Estado do Ceará especializado no tratamento cirúrgico das doenças cardíacas e, ainda, de ser o centro de referência nesta terapêutica para os outros estados do Nordeste e do Norte do Brasil.

Em 1993, ante a extinção do INAMPS e de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o Hospital de Messejana foi entregue à administração da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e encontra-se caracterizado como uma unidade de referência para o tratamento, em terceiro nível de assistência à saúde, das doenças cardiovasculares e pulmonares.

A equipe de enfermagem do hospital contribuiu e vem contribuindo sobremaneira, por todo o decurso histórico, para seu bom funcionamento. De acordo com Guedes (1998), nos primeiros anos, o grupo foi coordenado por religiosas leigas que, além de trabalharem, moravam na instituição. Ressalte-se que elas exerciam atividades para além daquelas próprias da equipe de enfermagem; era delas também a responsabilidade pela higiene hospitalar, pelo preparo de alimentação e pelo serviço de lavanderia. Mas 1953 marca a chegada da primeira enfermeira do quadro de funcionários permanentes do hospital, profissional também pertencente à Ordem das Irmãs Capuchinhas.

É notório, entretanto, o favorecimento quantitativo e qualitativo do grupo de enfermagem decorrente do avanço tecnológico propiciado pelo serviço de cirurgia cardíaca que, para atender às especificidades do cuidado dos doentes clinicamente instáveis, provocou o surgimento de unidade de terapia intensiva e pós-operatória.

A equipe de enfermagem, conforme refere Guedes (1998), logo se destacou no sentido de alcançar a excelência científico-cultural. Em 1975, pela primeira vez foi comemorada, naquela instituição, a Semana Brasileira de Enfermagem e, em 1978, realizou-se a 1ª Jornada de Enfermagem do Hospital de Messejana, que contou com 350 participantes e teve, entre outros palestrantes, uma enfermeira do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo (considerado então o maior centro de cuidados nesta área) e uma professora da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Logo no início da década de 1980, depois de três enfermeiras do hospital realizarem o Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior e da Assistência de Enfermagem, promovido pela Universidade Federal do Ceará e ministrado pela EEAN/UFRJ, foram dados os primeiros passos para a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Esta iniciativa se reflete nos

dias atuais, pois o cuidado sistematizado vem guiando o processo de trabalho dos enfermeiros, especialmente nas unidades de terapia intensiva.

Nas décadas de 1980 e 1990, algumas enfermeiras do hospital vivenciaram a oportunidade de estagiar na Cidade de São Paulo, passando pelos dois maiores centros de atenção às doenças do tórax, principalmente cardíacas, quais sejam, o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e o Instituto do Coração (InCor). Merece ser registrado que sempre se constituiu preocupação das coordenadoras de enfermagem estimular a participação das profissionais em eventos da categoria, datando de 1980 o início destas contribuições no maior evento nacional de discussão das práticas de enfermagem: o Congresso Brasileiro de Enfermagem, anualmente promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem.

Hoje, o hospital tem cerca de 260 leitos e, destes, pelo menos trinta se destinam ao cuidado intensivo. Além da internação, a instituição possui um serviço de atendimento ambulatorial com grande fluxo de clientes por dia. Quanto à equipe de enfermagem, conta com enfermeiros e auxiliares de enfermagem que possibilitam a manutenção de uma taxa de cobertura considerada satisfatória em todas as unidades do hospital e, para reger as ações de enfermagem, a equipe dispõe de um **Manual de regimento interno e normas funcionais da Unidade de Enfermagem** (HOSPITAL DE MESSEJANA, 1999), documento que foi construído pelos enfermeiros do hospital.

Entretanto, a despeito do esforço das coordenadoras da Unidade de Enfermagem no intuito de propiciar as melhores condições de trabalho para sua equipe, o grupo vem sofrendo reflexos de alguns entraves burocráticos e administrativos pelos quais passa hoje o serviço público de saúde. A ausência de uma política pública de contratação de pessoal mediante concurso público, conforme determina a Constituição Federal, faz com que o pessoal de enfermagem tenha características heterogêneas no que se refere a vínculo empregatício, fato que também vem atingindo as outras categorias profissionais.

O grupo atual de trabalhadores do hospital inclui servidores do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e outros profissionais sem vínculo empregatício, que são remunerados com verbas próprias do hospital, de acordo com horas trabalhadas. Tal situação faz com que, na equipe de enfermagem, sejam encontradas diversas modalidades de carga horária de trabalho semanal e de remunerações salariais. Estas circunstâncias, por maior que seja o esforço da chefia da Unidade de Enfermagem e do Serviço de Educação Continuada em manter a unicidade da equipe, repercutem sobre o crescimento e a satisfação do grupo e sobre a qualidade da assistência prestada.

Isto por considerar que a heterogeneidade do grupo pode resultar em competição entre os profissionais, advinda, principalmente, dos diferentes direitos aos quais cada um vai fazer jus no ambiente de trabalho. Enquanto os servidores federais devem trabalhar trinta horas semanais, os de nível estadual têm carga horária de vinte horas por semana. Estes últimos, por disporem de um plano de cargos e carreiras, recebem vantagens financeiras decorrentes da realização de cursos de pós-graduação. No que diz respeito aos trabalhadores prestadores de serviço, falta-lhes toda e qualquer garantia trabalhista. Eles não têm benefícios como gratificação natalina ou férias remuneradas. Tantas divergências de condições de trabalho acabam por acarretar conflitos entre os profissionais, com repercussões na qualidade do cuidado que prestam.

4.2 O CONTEXTO DO ESTUDO

Para desenvolver a presente investigação, considerando as mais diversas realidades nas quais o cuidado é praticado pelos que fazem a Enfermagem, optei pelo cuidado prestado no ambiente do Centro Coronariano (CECOR) do Hospital de Messejana.

A opção por este mundo do cuidar foi feita diante do fato de ter sido este o espaço no qual minha inquietação emergiu. Portanto, foi neste contexto

que eu busquei revelar a compreensão do que, essencialmente, se constitui o conceito de cuidado de enfermagem.

Além disso, conforme recomenda Creswell (1998), nos estudos fenomenológicos, os participantes devem ter experiência similar quanto ao fenômeno explorado, podendo, pois, articular conscientemente suas experiências. Este é o caso dos que fazem o CECOR; suas vivências com o cuidar e ser cuidado permitem-lhes manifestar-se acerca deste vivido.

O CECOR é um dos setores de internação de terapia intensiva do Hospital de Messejana e se destina a atender pessoas portadoras de cardiopatias, essencialmente doentes coronarianos. Trata-se de uma unidade do tipo fechado, com possibilidade de internamento de até oito pacientes em leitos individualizados por meia parede e pelo uso de cortinas, que permitem visualização direta por parte dos profissionais de saúde.

A unidade é disposta em boxes que comportam os leitos, sendo estes dois espaços privativos, caracterizando-se pela estrutura de apartamento. Cada leito dispõe de cama tipo berço móvel, mesa de cabeceira, monitor de múltiplos canais, tomadas elétricas trifásicas, suportes para soro, tripés e uma poltrona, que tanto serve ao paciente quanto ao seu possível acompanhante. Há centralização de gás oxigênio, ar comprimido e a vácuo, com saída em cada cabeceira. A iluminação é natural, com janelas de vidro, e indireta, com luzes de cabeceira e de teto. A temperatura é artificial, com central de ar condicionado.

A estrutura física do CECOR comporta também um balcão que serve aos profissionais de saúde para fazerem seus registros e para se postarem na observação contínua aos doentes ali internados. Existe, por trás deste balcão, uma área de preparo de medicamentos. Ainda, estão disponíveis para uso dos doentes considerados semi-intensivos três banheiros e um outro, próprio para o depósito de excretas. A unidade dispõe também de expurgo, área para vestiário,

banheiros para funcionários, copa, secretaria, salas de chefias e corredor externo, onde são recebidas as visitas que se acomodam em sofás.

Para o desempenho das ações de saúde, os profissionais contam com material e equipamentos apropriados ao atendimento de pacientes graves e/ou potencialmente graves, tais como eletrocardiógrafos, desfibriladores, carros de emergência, monitores de pressão intracardíaca, balão intra-aórtico e ventiladores mecânicos artificiais.

Compõem a equipe de enfermagem quinze enfermeiras e quatorze auxiliares de enfermagem, que se revezam nos três turnos de trabalho. A taxa de cobertura de enfermeiras é de três profissionais no turno da manhã, duas à tarde e duas no serviço noturno. Ressalte-se que uma das enfermeiras do período da manhã é a responsável pela chefia técnica da unidade e seu horário de trabalho é de 7 às 16 horas. No final de semana, tanto durante o dia quanto à noite, duas enfermeiras responsabilizam-se pelo setor.

A cobertura de auxiliares de enfermagem é de três funcionários por turno. Das segundas às sextas-feiras, no horário diurno, um agente administrativo se responsabiliza pelos serviços ditos burocráticos, tais como digitação, solicitação de materiais e equipamentos, e pela organização de prontuários e formulários para registros. Um auxiliar de serviços gerais também colabora, nestes mesmos dias e horários, com a equipe de enfermagem em tarefas como condução de pacientes em cadeira de rodas ou em macas e no encaminhamento de pedidos de serviços em outros setores.

O planejamento das ações de enfermagem e sua implementação são guiados por um modelo de processo de enfermagem composto das etapas metodológicas de levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, prescrição de intervenções e evolução.

O esteio para as ações de enfermagem neste setor, assim como nos demais setores do hospital, é o **Manual de regimento interno e normas funcionais da Unidade de Enfermagem**, já referido. Tal documento tem finalidade de orientar o gerenciamento das ações e intervenções desenvolvidas pela equipe de enfermagem do hospital, visando propiciar integração setorial e desenvolvimento profissional pela busca de eficiência, resolubilidade e qualidade do serviço de enfermagem.

O manual descreve a missão, a estrutura organizacional, a competência e a composição tanto da Unidade de Enfermagem como de cada um dos setores a ela subordinados. Aborda, ainda, normas e procedimentos administrativos para admissão, transferência e alta de pacientes; passagem de plantão; solicitação de serviços; atendimento a visitas e acompanhantes e cuidados com o corpo após a morte, entre outros.

Os procedimentos técnicos desempenhados pela equipe de enfermagem, nas diversas unidades do hospital, até mesmo nos setores chamados críticos, estão, igualmente, estabelecidos no manual.

4.3 AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA INVESTIGAÇÃO

4.3.1 As Enfermeiras

Clara é enfermeira há 21 anos e tem 41 anos de idade. Tive oportunidade de conviver com Clara ainda no nosso tempo de estudante de graduação. Sempre discreta, calada, observadora, segura e muito eficiente no campo profissional.

Casada, tem três filhos. Além de boa enfermeira é mãe muito dedicada. O vínculo empregatício de Clara é com o Ministério da Saúde e sua

carga horária semanal de trabalho é de trinta horas, embora ela ainda cumpra horário na modalidade de prestação de serviço (cerca de dez horas semanais).

Procura sempre estar atualizada no contexto técnico-científico da Enfermagem e se interessa por todas as discussões relacionadas à profissão. Possui duas especializações, uma na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, outra em Administração de Serviços de Saúde.

Vem assumindo a chefia da Unidade Coronariana há alguns anos e presta cuidados de enfermagem neste setor desde sua inauguração, em 1988. Participa de eventos na área da Enfermagem em Cardiologia e de assuntos específicos da profissão, mostrando-se especialmente interessada na Classificação das Práticas de Enfermagem. Por isso, em geral, comparece a congressos e encontros nacionais, regionais e locais. Quanto à pesquisa, referem interesse e chamam a atenção seus estudos de monografia de especialização na área da Enfermagem em Cardiologia.

Clarissa tem 35 anos e é enfermeira há dez. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, veio trabalhar no setor oriunda de um serviço particular e, àquela época, se mostrava "assustada". Dizia precisar de tempo para se sentir segura para o trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Não demorou muito, Clarissa se revelou como profissional competente e segura com o trabalho no setor.

Clarissa é contratada pela Secretaria Estadual de Saúde, cumprindo carga horária de vinte horas, embora assumia mais dez horas de trabalho por semana relativas a horas extras e, pelo menos, mais dez de serviços prestados diretamente ao hospital. Participa de eventos disponibilizados, principalmente, pelo Serviço de Educação Continuada do hospital. O sorriso é a marca registrada de Clarissa, tanto no trato com os colegas quanto quando ao se dirigir aos pacientes.

Catarina tem 48 anos e é enfermeira há 22 anos, formada no Norte do país. Cearense, ela retornou à nossa capital após alguns anos de formada e está prestando cuidados neste serviço há pelo menos quinze anos.

Calada e tímida, mantém postura observadora. Está sempre disposta a ajudar os irmãos e, principalmente, seus sobrinhos-netos. É enfermeira dedicada ao cuidado atencioso aos pacientes e acumula a experiência de ter chefiado o setor por, pelo menos, quatro anos. Seu vínculo empregatício é com o Ministério da Saúde e sua carga horária semanal de trabalho é de trinta horas. Não fez curso de especialização e afirma estar “velha” para cumprir tal investida. Diz acompanhar os cursos de capacitação promovidos pelo Serviço de Educação Continuada do hospital.

Cristina é enfermeira há doze anos. Antes trabalhava como auxiliar de enfermagem, demonstrando o mesmo compromisso com que, hoje, assume suas funções. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é considerada uma das mais respeitadas profissionais de enfermagem do setor e do hospital. Tímida, diz não se sentir segura ao falar em público, fato que não é percebido e com o qual não concordam aqueles que têm oportunidade de ouvi-la quando de suas apresentações em aulas ou em eventos.

Tem 38 anos, é casada e muito dedicada aos dois filhos. Administra seu tempo entre esta maternidade e dois empregos como enfermeira, pois além deste setor (vinte horas semanais de trabalho, conforme contrato com a Secretaria Estadual de Saúde), ela é funcionária de outra unidade de saúde localizada na Região Metropolitana de Fortaleza (quarenta horas semanais, com vínculo empregatício federal).

Quanto à capacitação profissional, ela menciona os cursos da Educação Continuada e, com relação à pesquisa, se refere à realização da Monografia de Especialista.

Cláudia é enfermeira há dezoito anos e tem 42 anos de idade. Esposa e mãe dedicada, ela começou sua experiência profissional na Unidade de

Emergência do hospital. Há quatro anos presta cuidados também na Unidade Coronariana.

Cláudia, tal como suas colegas de setor, demonstra interesse pelas discussões da categoria, além de procurar participar de eventos ligados à área, quando ofertados pelo Serviço de Educação Continuada.

Diferentemente das demais enfermeiras estudadas, suas especializações se desenvolveram nas áreas de Saúde Pública e de Epidemiologia. Destas situações, Cláudia relata a realização de pesquisas, na modalidade monografia.

Célia é uma enfermeira que demonstra muita dedicação aos pacientes. Tem 42 anos e é formada há quinze. Casada, mãe de dois filhos, trabalha há dez anos, mediante vínculo empregatício com a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, na terapia intensiva coronariana onde se desenvolveu o estudo, com uma carga horária semanal de trinta horas (acrescidas horas-extras) cumprida essencialmente no período noturno. Além disso, ocupa outra jornada semanal de trabalho de mais quarenta horas, em um hospital especializado no tratamento de câncer, mais especificamente na sua Unidade de Radioterapia.

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Célia diz ter participado, recentemente, de cursos de atualização em cardiologia promovidos pelo Serviço de Educação Continuada do hospital. Quanto ao envolvimento com pesquisa, ela referiu apenas a realização da sua Monografia de Especialista.

Cecília é enfermeira, tem 39 anos, é solteira e formada há dezesseis anos. Iniciou sua carreira profissional em Unidade de Nefrologia e, em seguida, tendo se encaminhado para a cidade de São Paulo, trabalhou também na área da Enfermagem em Cardiologia. No CECOR, ela trabalha há nove anos, embora divida sua carga horária semanal entre o expediente noturno no setor e a função de perfusionista na Unidade de Centro Cirúrgico. Ela possui vínculo empregatício

estadual. Afora isso, Cecília tem outra jornada de trabalho de trinta horas em um hospital particular, onde também convive com pessoas cardiopatas.

Cecília iniciou um Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, entretanto não o concluiu por não ter elaborado a monografia. Ela diz realizar cursos de atualização em cardiologia e, principalmente, se mostra interessada por capacitações na instância da técnica da circulação extracorpórea. O único estudo de pesquisa por ela desenvolvido data do período em que trabalhava na área de Nefrologia.

4.3.2 Os Auxiliares de Enfermagem

Camila é uma auxiliar de enfermagem formada há apenas dois anos e trabalha no setor há quatro meses. Ela é casada e tem uma filha. Sem vínculo empregatício formal, trabalha como prestadora de serviços ao hospital. Sua carga horária semanal é de cerca de 36 horas e este é o seu único local de trabalho.

Quanto à continuidade de capacitação profissional, Camila afirma não ter participado de nenhum curso. Ela se diz muito satisfeita e realizada com sua formação em auxiliar de enfermagem, já que era seu sonho de infância fazer cursos na área da saúde, embora inicialmente pretendesse ser médica. Camila demonstra real satisfação com sua profissão e dispensa carinho aos pacientes.

Carmélia tem 46 anos e há 27 trabalha como auxiliar de enfermagem. Inicialmente, trabalhou em um hospital de urgência e emergência e há quase dezoito anos está no quadro profissional do CECOR.

Ela é divorciada e tem três filhas adolescentes que se constituem sua razão de viver. Além das filhas, outro grande prazer desta auxiliar de enfermagem é o futebol. Até há pelo menos três anos, Carmélia cuidava, em

domicílio, do seu pai que vivia preso ao leito em virtude de seqüelas de um Acidente Vascular Cerebral.

Sua carga horária semanal é de quarenta horas, divididas entre trinta horas relativas ao seu vínculo com o Ministério da Saúde e dez horas de prestação de serviços ao hospital. Carmélia refere grande interesse em se capacitar, e para isso participa de treinamentos providenciados pelo Serviço de Educação Continuada.

Cíntia é uma das mais alegres auxiliares de enfermagem do CECOR. Ela tem quarenta anos, casada, filhos adolescentes. Dos dezenove anos como auxiliar de enfermagem, sete são dispensados ao trabalho no CECOR.

A carga horária de trabalho desta profissional é de quarenta horas semanais, distribuídas em trinta horas de contrato com a Secretaria da Saúde do Estado e dez de prestação de serviços. Cíntia também refere participar das programações da Educação Continuada, voltadas para a capacitação dos trabalhadores de enfermagem.

Caetano tem 42 anos de idade e dezessete de formação como auxiliar de enfermagem. Ele é casado e possui quatro filhos. Do tempo como profissional, onze anos são dedicados a esta instituição hospitalar. Sua experiência anterior foi em outro hospital, desta feita, da rede particular de atenção à saúde.

Uma das maiores cargas horárias de trabalho entre os auxiliares de enfermagem pesquisados é de Caetano. Com o intuito de melhorar sua renda salarial, ele trabalha cerca de sessenta horas semanais, entre contrato estadual (trinta horas) e serviço prestado ao hospital (trinta horas).

Preocupado com sua capacitação profissional, ele, a despeito da sobrecarga de trabalho, participa dos cursos e treinamentos da Educação Continuada e está matriculado em um curso de português. Talvez até por causa do reduzido número de profissionais de enfermagem do sexo masculino e por a

eles ser dado maior destaque, é comum que os pacientes internados no CECOR mantenham especial aproximação com Caetano. Na verdade, ele contribui para tanto, pois além de seu jeito extrovertido e simpático, constitui sua prática visitar os pacientes depois que eles saem do setor.

Cléa é uma auxiliar de enfermagem de 27 anos, muito calada e responsável. Concluiu o curso há seis anos e também há seis anos trabalha no setor. Ela é casada e tem dois filhos. Não possuindo vínculo empregatício formal neste hospital, sua relação é de prestação de serviços, com carga horária semanal de trinta horas. Entretanto, possui vínculo de trabalho em outra terapia intensiva, em um hospital pertencente à rede particular de atenção à saúde.

Em virtude da sobrecarga de trabalho, que soma setenta horas por semana, acrescida de seus afazeres domésticos, Cléa se diz impossibilitada de participar de programas de capacitação profissional.

Carolina está com 25 anos, é casada e tem um filho. De comportamento tímido, embora acompanhado de muita simpatia, esta auxiliar de enfermagem presta serviços ao hospital há seis anos, período que corresponde à sua formação profissional.

A carga horária de trabalho de Carolina é de trinta horas semanais e esta é sua única atividade profissional. Por um ano, desempenhou também serviços de enfermagem em embarcação da companhia Petrobrás. Carolina demonstra profundo interesse em se manter atualizada e sua presença é sempre percebida nas oportunidades de capacitação promovidas pelo Serviço de Educação Continuada.

Caio é um auxiliar de enfermagem de 42 anos; solteiro, vem dispensando seis dos seus quinze anos de formação profissional ao CECOR. Antes, ele havia tido experiência de trabalho em unidades de clínica médica e cirúrgica de dois outros hospitais públicos de Fortaleza.

O vínculo empregatício deste auxiliar é com a Secretaria da Saúde do Estado, com trinta horas de trabalho semanal, embora ainda cumpra mais dez horas na modalidade prestação de serviços. Caio mantém ótimo relacionamento tanto com seus colegas de serviço quanto com pacientes internados e seus familiares.

Ligado ao movimento sindical, ele é muito envolvido com o programa de capacitação profissional da Educação Continuada e também completou a formação profissional para técnico de enfermagem.

4.3.3 Os Pacientes

Cleide é uma paciente de 49 anos, casada, duas filhas, com ofício de costureira, porém aposentada. Natural de Parnaíba, no Piauí, hoje ela mora na capital daquele Estado, Teresina. Aquela era a segunda internação de Cleide neste hospital, embora ela relate outras hospitalizações no Estado do Piauí. Quando do meu contato com esta paciente, sua hospitalização já durava dois meses. Ela se mostrou muito cooperativa e satisfeita por poder conversarmos e dizia saber diferenciar as enfermeiras dos auxiliares de enfermagem.

Na primeira internação de Cleide neste hospital, em agosto de 1981, recebeu o diagnóstico de Aneurisma de Aorta, sendo, então, submetida a cirurgia cardíaca para aneurismectomia e colocação de prótese valvular, na posição aórtica. Naquela internação, o problema cardíaco de relevância era o desenvolvimento de doença arterial coronariana, o que a obrigou a submeter-se a cateterismo cardíaco, com posterior angioplastia coronariana.

As demais internações de Cleide, ocorridas no Piauí, foram provocadas por desajustes na anticoagulação necessária, em virtude do uso de prótese valvar e também para que ela fosse submetida a perineoplastia, há quinze anos.

Cesarina é casada, tem 52 anos, quatro filhos e netos, sobre os quais fala muito. Ela é natural de Iguatu, interior do Ceará, e vive em Fortaleza. Sua internação se deu em decorrência de um Infarto Agudo do Miocárdio e se estendeu por 25 dias. Ela aguardava cirurgia para revascularização do miocárdio.

Além daquela internação, Cesarina esteve hospitalizada em consequência de insuficiência coronariana. Ela também sabe identificar a enfermeira e o auxiliar de enfermagem.

Clédina tem 45 anos, é casada e exerce atividade de costureira. Natural de Jaguaratama, no Ceará, ela mora em Fortaleza. É portadora de Insuficiência Aórtica e, por causa deste problema, já passou por três internações.

Daquela feita, a hospitalização já durava quinze dias, à espera de cirurgia para implante de Prótese Aórtica. Quando indagada, ela disse não saber distinguir entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

Cristiana, de 35 anos, não exerce atividade profissional remunerada e se ocupa do lar. É casada, tem três filhos e refere muita saudade deles. É natural e procedente de Sobral.

Portadora de doença reumática desde a adolescência, a doença foi acompanhada de lesão valvular mitral. Por isso, ela já passava pelo quarto período de hospitalização, o que durava trinta dias. Segundo Cristiana, não era possível distinguir quem era enfermeira ou auxiliar de enfermagem. Ela é portadora de prótese mitral há quatro anos e tem desenvolvido insuficiência cardíaca congestiva.

Cláudio tem 58 e é casado. Natural e procedente da cidade de Quixadá, na região interiorana do Ceará, ele é motorista aposentado. Seu problema cardíaco de base é a doença arterial coronariana.

Cláudio se encontrava em internação hospitalar pela segunda vez. A primeira ocorreu há quatro anos, quando de uma crise provocada por Infarto do Miocárdio, que culminou com a indicação de cirurgia de Ponte de Safena. A segunda internação, que já durava dezoito dias, se deu em decorrência de o paciente apresentar crise anginosa. Apesar das duas oportunidades de conviver com as profissionais de enfermagem, para ele não havia diferença entre enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Camilo é um mestre-de-obras orgulhoso de seu trabalho, embora demonstrasse muito constrangimento por se encontrar licenciado. A despeito da franca ajuda dos patrões, ele não parecia satisfeito com aquela situação. Entre os pacientes participantes do estudo, foi o que demonstrou mais prazer em conversar, com enfoque, porém, nas situações de vida e comentários acerca do cuidado de enfermagem.

Aos 56 anos, é casado em segundas núpcias. Tem quatro filhos maiores e uma filha de quatro anos do segundo matrimônio. Esta filha, ainda pequena, é sua razão de viver. Camilo é natural de Aracoiaba-Ceará e procedente de Fortaleza.

Foi internado por três vezes. A primeira, ao ser acometido de Infarto do Miocárdio há onze anos, após o que se sentia curado e mantinha estilo de vida não condizente com um portador de doença arterial coronariana. A segunda internação data de um ano, quando, por causa da crise de Angina, foi submetido a Revascularização do Miocárdio, em procedimento cirúrgico.

Naquela terceira internação, o que ocorrera fora uma obstrução da Ponte de Safena e o paciente aguardava realização de Angioplastia. Camilo conseguia distinguir entre enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Carmem é uma paciente de 35 anos, e, como Cristiana, portadora de Cardiopatia Reumática, só que a repercussão da doença, no seu caso, foi sobre as válvulas Mitral e Tricúspide.

Internada por quatro vezes, ela é portadora de próteses valvares nas duas posições de valvas. Aquela última internação durava doze dias. A paciente sabia quando se tratava de uma profissional enfermeira ou sua auxiliar. Ela é natural e procedente de Capistrano, no interior do Ceará; é solteira e seu ofício é o de costureira.

- O Perfil das Pessoas Envolvidas na Investigação

As enfermeiras estudadas têm idade compreendida entre 35 e 48 anos, com média de 40,7 anos. O tempo de formadas variou de oito a 22 anos, sendo a média de 14,8 anos. É interessante lembrar que os ambientes de terapia intensiva costumam comportar trabalhadores jovens, em virtude do ritmo acelerado de trabalho que caracteriza esse tipo de serviço. Mas as pessoas que ali desempenham suas funções devem ser capacitadas para a assistência crítica em saúde (MELTZER, 1996).

Do total de enfermeiras entrevistadas, quatro são casadas e três solteiras; os vínculos empregatícios abrangem o Ministério da Saúde (quatro) e a Secretaria Estadual de Saúde (três); à exceção de uma, as demais complementam sua renda salarial com plantões de prestação de serviço, o que lhes confere uma carga horária média semanal de trabalho de 44,2 horas. No entanto, duas das enfermeiras possuem outro vínculo empregatício em outro hospital público e em uma unidade hospitalar privada, respectivamente.

Estas profissionais se dizem envolvidas com a participação em cursos promovidos pelo Serviço de Educação Continuada (seis) e uma refere participar de eventos nacionais da categoria. Por fim, cinco delas possuem especialização na área Médico-Cirúrgica, uma está matriculada em curso desta natureza, uma é

especialista em Saúde Pública e em Epidemiologia e outra também acumula duas especializações, em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Administração de Serviços de Saúde.

Quanto aos auxiliares de enfermagem, a idade variou de 27 a 46 anos, com média de 31,7 anos. O tempo de formação profissional médio foi de 12,2 anos (intervalo de dois a 27 anos). Com relação ao estado civil, cinco são casados, uma é divorciada e um é solteiro. Os vínculos empregatícios são com o Ministério da Saúde (uma), Secretaria Estadual de Saúde (quatro) e apenas prestação de serviços (duas). Aqueles que possuem vínculos, também a exemplo das enfermeiras, complementam sua renda com plantões na modalidade prestação de serviços. A carga horária média é de 43,1 horas. À exceção de uma que alega falta de tempo, os demais referem participar efetivamente dos eventos promovidos pelo Serviço de Educação Continuada do hospital.

No que diz respeito aos pacientes, a idade variou entre 35 e 58 anos, com média de 39,1 anos. Deles, cinco são casados e dois solteiros. Sua procedência é o interior do Estado do Ceará (seis) e interior do Estado da Paraíba (uma). A média do número de internações é de 2,2, variando entre duas e quatro ocorrências. A internação em que ocorreu a coleta de dados durou em média 22,8 dias.

Quanto à ocupação, três são costureiras, sendo duas aposentadas, um é mestre-de-obras e está afastado do serviço; um é motorista aposentado e duas não têm profissão definida, ocupando-se das atividades domésticas. Destes pacientes, quatro sabem fazer a distinção entre a enfermeira e os auxiliares de enfermagem.

Os diagnósticos encontrados são Insuficiência Coronariana (quatro), Doença Reumática com repercussão valvular mitral ou tricúspide (dois), Aneurisma de Artéria Aorta (um) e Insuficiência Aórtica (um). Estas ocorrências mórbidas são responsáveis por cronicidade da situação de saúde e trazem para o

paciente e sua família sérias repercussões no estilo de vida, conforme relatado no estudo de Silva e Damasceno (1999), para as quais o cuidado de enfermagem deve estar voltado.

5 CUIDADO DE ENFERMAGEM:
O FUNDAMENTO HEIDEGGERIANO PARA O CUIDADO HUMANO,
AS SIGNIFICÂNCIAS E O SENTIDO DO CONCEITO

*Por mais provisória que seja, a análise exige que se assegure um
ponto de partida conveniente (...) Toda verdade é relativa...*

Heidegger

5.1 O FUNDAMENTO HEIDEGGERIANO PARA O CUIDADO HUMANO

Heidegger (1993, v. 1 e v. 2), quando estudou o conceito de Ser, buscou nos primórdios da filosofia grega de Aristóteles e Platão os ensinamentos sobre sua compreensão, pois apesar de esta questão ter se constituído objeto de estudo dos filósofos antigos, a temática fora esquecida pela filosofia. Havia sido tomado como verdade que o conceito de Ser era evidente por si mesmo, portanto, universal, prescindindo de qualquer definição. A trajetória percorrida pelo filósofo nos leva a acreditar que estudar um conceito requer nos encaminharmos ao movimento da história de sua construção.

História significa a resenha ou a narração dos fatos humanos; por outro lado, se refere ao conhecimento destes fatos ou à ciência que disciplina e dirige esse conhecimento. Acerca desta compreensão, Martin Heidegger ensina que o termo história tem duas dimensões: a historiografia, compreendida pela mera narração dos fatos que ocorreram cronologicamente no tempo, sem haver, porém, preocupação em relacioná-los com o presente; e a historicidade, que significa a razão e a oportunidade para que um fato venha à tona, permitindo compreender que ele não se dá isoladamente na história e apreender o porquê de seu acontecimento.

Deste modo, o vivido age inevitavelmente sobre o presente e sobre o futuro. Para Heidegger, compreender com base na historicidade possibilita uma vivência humana autêntica, na medida em que propicia ao homem angustiar-se por fazer escolhas para o presente e para o futuro, fundamentado nas possibilidades que já foram, como uma repetição decidida da existência ou do seu destino (ABBAGNANO, 1999).

Na sua hermenêutica acerca do conceito de Ser, Heidegger ensina que o homem de-cai, numa determinação existencial da própria pre-sença, de si mesmo para se empenhar na existência cotidiana do mundo que lhe é circundante, seguindo uma temporalidade determinada entre nascer e morrer,

na qual vive uma continuada antecipação de suas possibilidades de vir-a-ser, como um *ex-istente* pro-jetado para fora dele mesmo, de modo tal que o homem está sempre em elaboração. Assim, ele transcende continuamente de si quando se projeta na direção de um poder ser mais, por meio de sua capacidade de se sentir livre para romper e superar os próprios limites.

A constituição originária para existir concede ao homem o caráter existencial da disposição que o projeta para o seu poder ser ou para assumir seus modos de ser. Tal disposição se fundamenta na sua constituição originária para existir e, medianamente, é entendida como humor, que designa o conjunto dos seus modos de sentir-se, relacionar-se, integrando-os com seus sentimentos, emoções e afetos. No entanto, o humor para poder ser não significa meramente estados psíquicos de bom ou mau humor, mas sim a especificidade humana que o dispõe para a abertura originária de ser-no-mundo no transcurso do seu viver.

A disposição para assumir as possibilidades de estar no mundo pode levar o homem a perceber ameaças naquilo que lhe vem ao encontro na vida cotidiana. Pois, por meio da sua capacidade de compreender previamente e, portanto, de formular pré-julgamentos, o novo, em geral, lhe parece danoso e, por isso, imediatamente ele teme suas possibilidades de vir a ser. Quando age, porém, originariamente ao invés de simplesmente temer algo que se lhe apresenta, o homem lança mão da angústia ontológica para, por meio dela, escolher modos de ser no transcurso de sua existência temporal no mundo.

O tempo de sua existência não corresponde ao mero momento vivido, uma vez que se dá sob *ek-stases* (estar para fora, pro-jetado) onde se encontram e se relacionam as formas solidárias de preocupação do vigor de ter sido (passado), do instante (momento presente) e do porvir (futuro), conferindo-lhe existencialmente caráter histórico.

O tempo é a própria espera do que está por vir; é a ligação entre passado e futuro, porquanto as escolhas dos modos de ser do presente são fundadas no que foi vivido, favorecendo, enquanto isso, as possibilidades futuras. Portanto, a sucessão dos dias da existência humana confere à temporalidade o caráter de historicidade, ou seja, seu vivido é temporal e histórico e, a cada instante, pode ser retomado e transformado, de acordo com suas possibilidades de vir a ser.

A história do ser humano é a própria temporalidade e se relaciona com seu vivido e com suas potencialidades de existir que, em virtude deste caráter dinâmico, recebe ares de historicidade. Historicidade é, pois, o próprio modo de ser do homem no mundo histórico e temporal, de maneira tal que seu presente e contemporaneidade (*ek-stases* temporais do instante e do porvir) são influenciados por seu passado ou por sua história (*ek-stase* temporal do vigor de ter sido).

Isto por conceber que a existência do homem é mediada, na sua temporalidade e historicidade, por suas possibilidades de ser e experienciar o mundo cotidiano e circundante, no qual ele se destaca como o único ser dotado de compreensão e discurso. Ele é um existente especial capaz de se comportar conforme seus modos de ser e, assim, de compreender a si, aos outros e às outras coisas, vivendo sempre na direção do poder-ser.

Por via de suas *ek-stases* temporais, o homem constrói sua existência, utilizando-se da sua potencialidade de discursar e compreender, portanto, de dar sentido às coisas, na sua história. Devido a este potencial, ele é sujeito do seu mundo e lhe é possibilitada a faculdade de formular conceitos e de estabelecer relação entre eles.

Heidegger (1993, v. 1, p. 64 e 67), ao tratar da capacidade do homem compreender, diz que na compreensão subsiste, essencialmente, seu modo de ser como possibilidade de poder ser. Desta forma, por meio da sua

compreensão, o ser humano escolhe e demonstra disposição para ser e se lança para suas possibilidades de existir. Assim, quando compreende existencialmente, o homem interpreta "algo como algo", elaborando e vivendo as possibilidades pro-jetadas pela sua compreensão.

A interpretação, entretanto, não está isenta de pressuposição. E ela se funda em uma compreensão que possui posição, visão e concepção prévias. A posição prévia constitui-se no momento em que a interpretação já possui uma composição que possibilita o horizonte de articulações sobre algo; a visão prévia, na ocasião em que se consegue visualizar o conjunto de articulações; e a concepção prévia, no instante em que se apreende, compreensivamente, o conjunto de posições e visões prévias.

Por isso, quando interpreta, o homem já compreende, de maneira tal que sempre lhe é dada a possibilidade de, ao interpretar, alcançar uma compreensão qualitativamente melhor elaborada, caracterizando uma hermenêutica que jamais se fecha ou chega a um fim, mas, por outra via, se encontra continuamente em abertura para compreender, interpretar, compreender.

Para assim proceder, é preciso ter em mente que nesta abertura para compreender e interpretar em busca de apreender a compreensão o homem parte sempre de uma significância primeira que, segundo Heidegger (1993, v. 1, p. 198), "é a perspectiva em função da qual o mundo se abre como tal"; é o seu ponto de partida ou sua compreensão mediana de algo.

Esta apreensão, no entanto, pode velar o seu sentido ou fundamento, pois se encontra por certo arraigada de visão, posição e concepções adquiridas no seu mundo circundante, ou seja, impregnada de elaborações teóricas e opiniões do mundo circundante. Entretanto, somente por meio da compreensão das significâncias imediatas ou ônticas, ao homem é possibilitada a empreitada de procurar alcançar o sentido de algo, não como mero ente do mundo, mas

compreendido como o lócus em que se sustenta a compreensibilidade ontológico-existencial de alguma coisa.

Para construir os conceitos, na sua historicidade, o homem se vale da temporalidade da sua existência no cotidiano do seu mundo circundante que, no mais das vezes, é impessoal e mundano, por ser o *habitat* de situações medianas de existência, nas quais ele se vê mergulhado em um mundo onde o que vale é o modo em que todos têm comportamento semelhante, caracterizado por uma inautenticidade, comumente assumida por todos, em face do conforto de manter-se tal como todos entendem por verdadeiro. No entanto, mediante a capacidade de ser livre para fazer escolhas de modo mais próprio, ele pode angustiar-se na direção de buscar viver autenticamente sua existência, fazendo opções por modos próprios de viver sua existencialidade temporal e histórica.

Vale lembrar que o modo de ser inautêntico é o que predomina no cotidiano do ser humano, pois, agindo de acordo com o modo mediano de ser, nada lhe é cobrado, uma vez que simplesmente ele se mantém ao mesmo tempo como todos e também como ninguém. Entretanto, o viver inautêntico não imprime supremacia sobre o modo autêntico de existir; trata-se somente de uma convivência oscilante, em que, em alguns momentos, um existencial supera o outro nas escolhas humanas da vida cotidiana. Apenas a inautenticidade, por ser o modo mediano e comum de existir, é mais cômoda aos existentes no mundo, por não lhes trazer a necessidade de assumir posições ou escolhas próprias no mundo.

Diante desta facilidade mundana de existir de maneira inautêntica, o homem embarca em uma discursividade que nem sempre tem relação coerente com suas possibilidades de existência; trata-se da de-cadência no modo de ser do falatório. Arrastado por uma curiosidade incontrolada e irracional, ele simplesmente tagarela em torno de algo que entende como verdade absoluta,

afastando-se da possibilidade de procurar maneiras autênticas e próprias de compreender a vivência da própria existência.

Pelo constituinte mundano da curiosidade ou tendência ontológica para viver próprio da cotidianidade, o ser humano não procura transformação ou diferenciação; nas mudanças incessantes por novidade, o que ele busca é preservar e manter estático aquilo que ele já conhece. Por isso, o curioso transforma seu discurso em um falatório, no qual meramente propaga informações, recebidas de outrem e nem sempre próprias, passando-as adiante, fazendo com que este comportamento se torne a única possibilidade de ser ou de vir a ser.

O certo, porém, é que mesmo diante da medianidade cotidiana, para existir, o homem está sempre em relação consigo, com os outros e com as coisas em um mundo circundante de inter-relação. No seu mundo, ele é chamado constantemente a fazer opções entre os modos de viver autêntico, no qual se angustia ontologicamente por escolher modos de ser e de viver, e inautêntico, quando vive cotidianamente um mundo de superficialidade de viver na medianidade de todos e de ninguém.

Para tanto, ele se ocupa, cotidianamente, com suas coisas no mundo existencial, demonstrando seu caráter mais próprio que é o cuidado. Com o intuito de assegurá-lo como tal, Heidegger afirma que na existência humana o cuidado se acha, *a priori*, "antes" de toda "atitude" e "situação" vivida. Isto significa dizer que o ser humano se encontra cuidando em toda atitude e situação de fato, de maneira tal que o cuidado não se objetiva fora do homem; ele é o próprio viver experiencial do homem (HEIDEGGER, 1993, v. 1, 258).

O termo cuidado provém do latim e significa cura. No estudo acerca da existência humana, Heidegger toma tais termos como sinônimos, na medida em que, naquela língua, cura é compreendida como atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação que se tem por uma pessoa considerada importante

ou por algo de estimação. Assim, sem cuidado o homem perde sua atitude de ser humano.

Ao significar o mesmo que cura, cuidado deriva de *cogitare, cogitatus* e de suas modificações *coyedar, coidar, cuidar*, dizendo respeito a cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar não somente um ato, compreendido como uma ação mecânica, mas sim uma atitude, como maneira de ser e de manifestar desvelo e preocupação.

De acordo com o pensamento do filósofo, o cuidado existencial do homem se dispersa em dois modos de ser: a ocupação e a preocupação. Assim, o homem se ocupa do estabelecimento de sua relação com as coisas e com os objetos do cotidiano e se preocupa nas relações com as outras pessoas, que estão co-presentes com elas no mundo. No entanto, em virtude da sua tendência pelo comportamento inautêntico, ele muitas vezes coisifica o outro quando com ele meramente lhe demonstra ocupação, desconsiderando-o como um igual na relação de cuidar.

À preocupação com o outro, Heidegger denomina de solicitude, que pode se manifestar em dois modos de ser: a solicitude inautêntica e a solicitude autêntica. A primeira diz respeito às situações de cuidado como mera ocupação quando um humano tolhe as possibilidades de ser de um outro, impedindo-lhe escolher a direção do seu viver; enquanto isso, a segunda corresponde às situações de cuidado em que o comportamento do cuidador é de atenção à manutenção do respeito ao outro, propiciando-lhe condições para buscar suas potencialidades de existir. Nesta concepção, Boff (1999, 2000) afirma que o ser humano cuida de alguém quando a importância desta pessoa lhe é cara e se enche de cuidado com tudo o que tem sentido e valor para ele.

Cuidado, pensado autenticamente como existencial essencial do ser humano, corresponde a zelo, desvelo, atenção, bom trato e solicitude, constituindo-se um fundante por meio do qual a pessoa sai de si para se centrar

na preocupação com o outro. Heidegger, para explicar o cuidado como o caráter existencial mais próprio do ser humano, tomou como exemplo a fábula de Higino (HEIDEGGER, 1993, v. 1, p. 263). Ali, encontra-se narrada uma discussão gerada em torno da escolha do nome de uma criatura esculpida de barro por Cuidado e a quem Júpiter soprou espírito. Por suas participações na criação, todos queriam o direito de lhe dar o nome. Terra porque forneceu a matéria, Cuidado por ter dado a forma e Júpiter porque soprou o espírito, animando aquele ser.

Diante do impasse, chamaram Saturno para decidir, que procedeu de tal modo que todos se sentiram contemplados. Prometeu a Júpiter o espírito da criatura após a sua morte; a Terra, seu corpo quando daquela ocorrência; e a Cuidado, a responsabilidade dos "cuidados" com a criatura durante sua existência no mundo. Saturno escolheu o termo Homem para dar nome à obra e a ela concedeu o dom do cuidado.

Depreende-se, então, que o homem vive existencialmente o cotidiano de cuidar, o que pode ser demonstrado como mera solicitude inautêntica em que simplesmente o ser humano se relaciona consigo, com os outros e com os seres dados em seu mundo, sem levar em conta a importância desta relação. Por outro lado, o cuidado pode se apresentar como uma solicitude fundada na sua consciência de preocupação, na qual sua ocupação é precedida de atenção e consideração com o que ele faz, seja para si ou para o outro, alcançando, assim, sua essência. A pessoa que presta cuidado, interpreta Boff (2000, p. 14), "sentese afetada e afetivamente ligada ao outro".

Segundo o pensamento filosófico de Heidegger (1993, v. 1 e 2), portanto, o cuidado é o caráter existencial mais próprio do ser humano. Com esta assertiva concorda Collière (1999), quando logo no prólogo do seu livro lembra que o ato de cuidar é indispensável ao homem e à própria humanidade, uma vez que, como sua característica própria, é inerente à sua sobrevivência.

Do cuidado humano então foi que surgiram as ocupações e as profissões de cuidado, entre elas a Enfermagem. Neste sentido, concebo, tal como os autores, que o cuidado de enfermagem se funda na tendência existencial do homem por se manter sempre a cuidado de si, dos outros e das coisas. Logo, é do cuidado humano que se deriva o cuidado de enfermagem; apenas nesta concepção ele se fundamenta em um saber especial e profissionalmente sistematizado.

Ao entender, por conseguinte, que a prática do cuidado é própria do ser humano, pode-se afirmar que sua origem é coincidente com o surgimento da humanidade, embora se tenha diversificado mediante mutações tecnológicas, socioeconômicas e culturais, em diferentes atividades, sejam estas profissionais ou caracterizadas como simples ocupação. Consoante Collière (1999), e com isso todos concordam, foi do cuidado próprio do humano que – da mesma forma como com outras profissões de saúde – se originou o cuidado de enfermagem.

O cuidado, sem dúvida, é o foco aglutinador quando se trata das descrições da atividade enfermagem, e é em torno deste conceito que a profissão vem construindo seus referenciais teórico-filosóficos e distinguindo sua identidade profissional das demais práticas em saúde. Para esta consolidação, no entanto, é cada vez mais necessário que se busque a compreensão do seu sentido no seio da profissão.

Portanto, considerando que, como seres humanos, as enfermeiras, os auxiliares de enfermagem e os pacientes do contexto no qual se desenvolveu esta investigação são dotados de discurso e, por meio destes, expressam modos de ser correspondentes ao seu modo de compreender, fenomenologicamente, o sentido atribuído ao conceito de cuidado de enfermagem, neste estudo, tomei suas revelações como o ponto de partida para buscar sua compreensão. Embora, muitas vezes, a linguagem seja imprópria porque ela, assim como o homem, tem

a tendência natural para de-cair na medianidade mundana, ela é o único recurso de que o homem se vale para formular conceitos.

Com vistas a este efeito, seguindo como base o caminho percorrido por Heidegger para retomar, filosoficamente, a empreitada de compreender o Ser, utilizei tanto a formulação acerca do conceito de cuidado de enfermagem de pessoas que praticam profissionalmente o cuidar quanto daquelas que são receptoras do cuidado como ponto de partida para alcançar sua compreensão. Entretanto, sem perder de vista o fato de que a concepção sobre este conceito sofre influência marcante da historiografia e, conseqüentemente, da historicidade da Enfermagem.

Por isso, na tentativa de interpretar a compreensão do conceito de cuidado de enfermagem, na presente investigação, parti de uma compreensão vaga e mediana de significâncias demonstradas no discurso dos participantes para este conceito, considerando que nestas se impregnam teorias construídas historicamente sobre o que é cuidar na instância da Enfermagem.

Em seguida tentei, via interpretação mediada por uma compreensão histórica da concepção deste conceito na Enfermagem e pela fenomenologia heideggeriana, alcançar em que se funda o sentido atribuído ao cuidado de enfermagem, ou seja, tomando como base a historicidade da Enfermagem, revelar o que motiva essas pessoas escolherem esses modos de ser e de compreender o conceito.

Foi, então, necessário empreender uma de-construção do conceito de cuidado, considerando não somente sua cronologia, a historiografia, mas também o movimento da Enfermagem através dos anos, na perspectiva de formação de um corpo próprio de saber: a historicidade. Mesmo levando em conta o contexto singular da terapia intensiva cardiológica, lócus escolhido como contexto da investigação, tal influência está e estará sempre presente na profissão, uma vez que a marca como um todo.

Tratou-se de um movimento similar ao que Heidegger procedeu no estudo do conceito de Ser, quando, partindo de um ente especial, o *Dasein* ou Ser-aí-no-mundo, o filósofo analisou toda a filosofia a este respeito e descreveu seus existenciais mais próprios ou seu modo de ser na direção do poder ser. Afinal, o caminho percorrido pelo pensador explicita que para se atingir o sentido ontológico de algo ou o que funda uma compreensão é necessário que se tome, primeiro, sua significância imediata, ôntica e mediana. Dali se parte para buscar seu fundamento.

5.2 AS SIGNIFICÂNCIAS MEDIANAS NO DISCURSO DOS ENTREVISTADOS

Dos discursos dos sujeitos que participaram da presente investigação, emergiram modos de compreensão acerca do cuidado de enfermagem que, por certo, são influenciadores da maneira de cuidar praticada pelos profissionais. Tais modos foram revelados imediatamente no primeiro momento de compreensão hermenêutica, ou seja, no modo ôntico heideggeriano, onde a mente apreende a simples aparência de algo tal como ele se apresenta, tomando-a como verdade.

Naquele instante inicial, esta visão direta era o que importava; além do mais, a primeira compreensão era indispensável para que, *a posteriori*, utilizando a mediatização, fosse buscado o sentido ontológico-filosófico do que ali se revelara essencialmente como *alétheia*, que para Heidegger (1993, v. 1, p. 63) não significa razão ou motivo, mas, sim, um novo modo de revelação; diz respeito a "retirar de seu velamento o ente sobre que se discorre no discurso (...), descobrir". Assim, as significâncias, reveladas de pronto, foram articuladas com a intenção de formular conceitos para o cuidado de enfermagem a partir dos discursos dos sujeitos do estudo. Tais conceitos são apresentados a seguir e, neles, as significâncias estão destacadas em negrito.

Quando chamadas a discursar, as enfermeiras expressaram que o cuidado de enfermagem é um complexo de ações que visa o **suprimento de necessidades circunstanciais** das vastas **manifestações humanas** dos pacientes que, no ambiente de terapia intensiva cardiológica, se dá, na grande parte das vezes, pelo **modo científico e sistematizado de agir** à beira do leito, e, para dispensá-lo, é requerida do cuidador **visão antecipada** proveniente do seu **saber técnico-científico** e **atitude humanística na relação interpessoal** vivida com o paciente.

Dos auxiliares de enfermagem, apreendeu-se que o cuidado de enfermagem é o **suprimento de conforto físico e emocional**, realizado mediante **procedimentos técnicos** desenvolvidos de **vários modos**, em consonância com cada situação, sendo tais ações facilitadas pela **proximidade, familiaridade e interação** decorridas do longo tempo que estes profissionais passam junto dos pacientes. Para cuidar, segundo os auxiliares de enfermagem, é preciso ter **visão antecipada, atitude e demonstração empática de atenção, préstimos, compreensão, carinho e amor**, que se manifestam quando **se gosta da profissão e se busca satisfazer o paciente**.

Já os pacientes hospitalizados em terapia intensiva cardiológica, ao discursarem sobre o conceito focal desta investigação, revelaram que compreendem o cuidado de enfermagem como o **pronto atendimento de suas necessidades** durante a hospitalização, seja por meio da execução de **procedimentos técnicos**, seja pela **demonstração de atitudes responsáveis de atenção, paciência, compreensão, educação, amizade, carinho e amor**, e que para tanto há necessidade de estes profissionais **permanecerem junto** deles, serem **carismáticos e vocacionados para a tarefa de, empaticamente, cuidar de pessoas nestas circunstâncias**.

Como meio de facilitar a compreensão do que se revelou como cuidado de enfermagem para enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pacientes, apresento na seqüência um diagrama com as significâncias apreendidas nos seus conceitos.

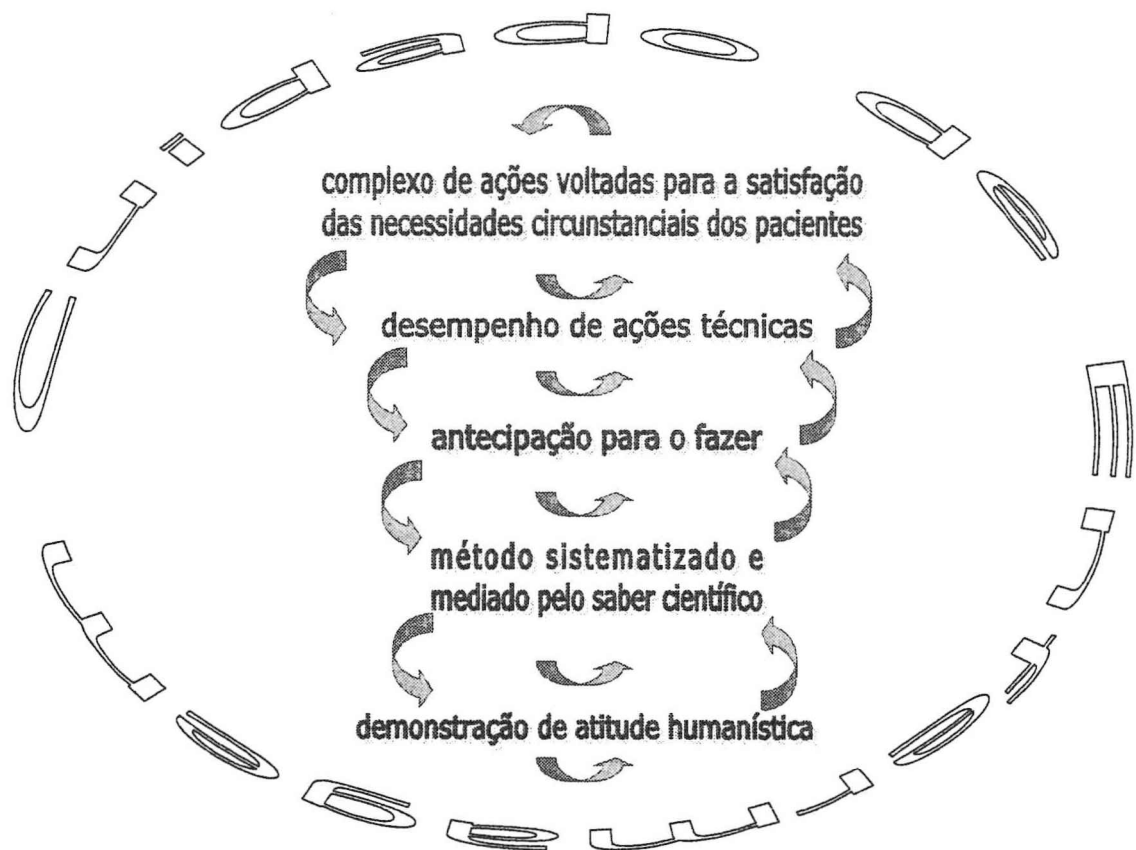


Figura 1: Diagrama das Significações apreendidas para o Cuidado de Enfermagem

Estas revelações representam a compreensão vaga e mediana do conceito de cuidado de enfermagem. Isso porque dizem respeito a um primeiro olhar sobre suas manifestações e, como tal, correspondem ao primeiro passo em busca do acesso que permita a apreensão do sentido do conceito de cuidado de enfermagem.

Trata-se do passo inicial na tentativa de aclarar o avesso destas revelações, com vistas à possibilidade de apreender o que funda o sentido originário da compreensão. Portanto, para viabilizar o intuito de alcançar o sentido do conceito de cuidado de enfermagem, as significâncias reveladas serão descritas na seqüência, como um primeiro momento de compreensão, para o qual utilizo a interpretação das falas e das expressões que constituem o discurso dos participantes do estudo.

5.2.1 O Cuidado de Enfermagem como um Complexo de Ações Voltadas para a Satisfação das Necessidades Circunstanciais dos Pacientes

Enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pacientes participantes do estudo, ao discursarem acerca do cuidado de enfermagem, demonstram compreendê-lo como a satisfação das necessidades circunstancialmente apresentadas pelos doentes durante seu período de internação na unidade de terapia intensiva cardiológica. No entanto, considerando serem as pessoas estudadas existentes no mundo circundante, neste caso especial do mundo do cuidado, era esperado que sua compreensão se apresentasse de maneira diferenciada, conforme seus modos de ser.

Para as enfermeiras, o cuidado de enfermagem é compreendido como a "atenção que a equipe de enfermagem dispensa ao paciente" de acordo com cada circunstância vivida pelos pacientes. Trata-se de uma "atenção globalizada" da equipe com objetivo de "satisfazer todas as necessidades" do ser humano cuidado. Elas ressaltam que todas as dimensões da pessoa cuidada merecem consideração, por isso, suas necessidades devem ser satisfeitas de maneira tal que, para cuidar, a enfermeira deve avaliar o paciente na sua dimensão física, sem, no entanto, deixar de "considerar as demais manifestações", incluindo-se a psicológica e a espiritual.

Portanto, estas profissionais atribuem complexidade à atividade de cuidar na instância da Enfermagem, na medida em que dizem necessitar estar atentas às diversas manifestações apresentadas pelos pacientes. Esta característica igualmente se revela em virtude da demanda da prestação de procedimentos técnicos sofisticados inerentes às indicações diagnósticas e terapêuticas para os pacientes ali internados.

Ao se posicionarem assim, revela-se que para as enfermeiras o cuidado de enfermagem significa um complexo de ações circunstanciadas que são desenvolvidas para e com o paciente. Quando dizem "ações circunstanciadas", em regra elas estão se referindo às situações que podem vir a acontecer com o paciente, tanto de forma esperada quando inesperada.

Em uma unidade de terapia intensiva, especialmente do tipo cardiológico, estes eventos são próprios do curso clínico das doenças cardíacas e dizem respeito à ocorrência de dor torácica, distúrbios respiratórios e hemodinâmicos, alterações eletrocardiográficas, desmaios, e até parada cardiorrespiratória, entre outras sintomatologias pertinentes às patologias cardíacas (GOLDMAN; BRAUNWALD, 2000).

Os auxiliares de enfermagem, ao compreenderem o cuidado de enfermagem como o suprimento das necessidades particulares dos pacientes, se aproximam, em muito, do modo de ser das enfermeiras, muito embora, mesmo atentando para o atendimento das necessidades inerentes à dimensão física dos pacientes, eles demonstrem maior ênfase ao destacar a importância de atender igualmente aos seus desejos relativos à instância emocional. Para eles, o cuidado de enfermagem é o atendimento daquilo que o paciente circunstancialmente precisa; e é abrangente, na medida em que requer atenção a todos os aspectos do paciente, ou seja, de suas necessidades físicas, sociais e emocionais.

Nos discursos dos auxiliares de enfermagem, ficou explicitada a compreensão de que, durante a internação em terapia intensiva, o paciente se

encontra totalmente dependente da equipe de enfermagem. Por isso, cabe ao profissional dedicar-se ao atendimento de suas necessidades. O cuidado é "tudo" que se faz pelo paciente, incluindo desde a higiene até o acolhimento diante de manifestações emocionais, tais como o desejo de ser ouvido em suas angústias e apreensões relacionadas à internação. Deste modo, o cuidado de enfermagem "é estar presente em todas as horas com o paciente, quando ele precisar (...) é tanto os procedimentos em si, como o diálogo que você tem com ele".

O cuidado de enfermagem é, pois, no relato destes profissionais, "toda a atenção que você dá ao paciente, a tudo que ele diz e refere sentir (...) são todos os procedimentos, dos mais simples aos mais difíceis". Eles classificam atos rotineiros – como pentear cabelo, passar batom – importantes para o bem-estar das pacientes femininas, e relatam complexidade, tal como as enfermeiras, nas técnicas diagnósticas e terapêuticas mais sofisticadas e invasivas, que, em comum, são procedidas em terapia intensiva.

Para os auxiliares de enfermagem, a abrangência do que significa cuidado é tamanha que eles reclamam a necessidade de serem considerados todos os desejos do paciente, de modo tão amplo que o simples fato de "coçar" uma região em que o paciente não tem condições de alcançar pode ser um cuidado tão essencial para o paciente quanto o desempenho de uma técnica sofisticada e complexa.

A atenção dispensada aos pacientes com vistas a atender a esta demanda de cuidados tem enfoque biológico e, certamente, é mediada pela utilização dos instrumentos tecnológicos; entretanto, não pode deixar de ser dito que tanto enfermeiras quanto auxiliares de enfermagem referem a preocupação em atender às necessidades bio-psico-sócio-espirituais dos pacientes. E ainda que este discurso é muito mais veemente para os profissionais de nível técnico.

Os pacientes, por seu lado, compreendem o cuidado de enfermagem como a atenção que "o povo da enfermagem" demonstra para com eles, na

medida em que, sempre que precisam de algo, um profissional se encontra ao redor para atendê-los, suprimindo suas necessidades tanto físico-biológicas quanto psico-emocionais. Eles reivindicam serem acolhidos – portanto, cuidados – por pessoas que, independente de serem profissionais de nível superior, de fato, desejem lhes ajudar.

Ao enfatizarem este aspecto, eles afastam seu discurso do interesse pelo cuidado físico, por exemplo, quando dizem que mais importante que um curativo “é a forma como ele é feito”. Mediante esta manifestação, eles aproximam sua compreensão do modo de ser dos auxiliares de enfermagem.

Da observação realizada no cotidiano do cuidado praticado pelos profissionais de enfermagem, constatou-se que embora seja ele regido por um planejamento sistematizado, o que prevalece para sua viabilização são as situações emanadas do curso clínico exibido pelos pacientes ali internados. As necessidades demonstradas pelos doentes, em regra de ordem biológica, são o foco da atenção dos profissionais e constituem, por isso, o motivo de os fazerem permanecer próximos dos pacientes.

As enfermeiras da terapia intensiva cardiológica, depois de cada cerimônia de passagem de plantão, se ocupam do desempenho dos procedimentos denominados de complexos, por se caracterizarem, essencialmente, pelo caráter invasivo. A passagem de plantão ocorre à maneira de uma procissão à beira dos leitos, na qual a equipe, coordenada por enfermeiras, descreve para o grupo que vai assumir o período de trabalho todos os detalhes com relação à identidade de cada paciente, sua evolução clínica, assim como quaisquer outras manifestações, tanto físicas quanto emocionais, apresentadas pelos pacientes, além dos resultados dos cuidados prestados.

Após este ritual, os componentes da equipe de plantão passam a desempenhar a chamada “rotina de trabalho”. As enfermeiras iniciam a leitura de relatórios e dos registros nos prontuários dos pacientes para, em seguida,

avaliarem cada paciente, com vistas a prescrever cuidados ou ajustar, se preciso, o plano assistencial.

A partir de então, elas contatam outros profissionais, especialmente médicos, nutricionistas e fisioterapeutas, com a finalidade de discutirem a indicação de condutas ao paciente, relacionadas a repouso, atividade física, terapêutica medicamentosa, entre outros. Daí despendem seu período de trabalho com as atividades mais complexas, geralmente, ligadas à instância instrumental, necessárias para concretizar o cuidado do paciente.

Por sua vez, os auxiliares de enfermagem, também após cumprirem o ritual da passagem do plantão, voltam sua atenção para a realização de atividades relacionadas, essencialmente, à higiene e alimentação dos pacientes e para a administração de medicamentos.

Diante desta tendência das atividades dos profissionais de enfermagem afixarem-se na instância biológica, a despeito das demais manifestações humanas, o cuidado de enfermagem é compreendido ainda como o desempenho de procedimentos técnicos, conforme descrito na significância a seguir.

5.2.2 O Cuidado de Enfermagem como o Desempenho de Ações Técnicas

Objetivando suprir as necessidades apresentadas pelos pacientes, as enfermeiras e os auxiliares de enfermagem aprisionam sua atividade profissional ao desempenho dos procedimentos técnicos, como se esta prática fosse o meio ideal de se aproximar dos pacientes. Estes, por outra via, não demonstram compreender a execução de técnicas como a prioridade na satisfação de suas necessidades, pois evocam a atenção e o carinho como elementos indissociáveis ao cuidado na instância da Enfermagem.

Ao ressaltar a relevância da dimensão técnica no cuidar, as enfermeiras consideram o cuidado em terapia intensiva complexo em virtude dos vários procedimentos técnicos, indispensáveis nestes ambientes, embora também percebam a complexidade do cuidar diante da diversidade de manifestações da pessoa humana.

Segundo seus discursos, "de cada pessoa podem ser esperadas respostas diferenciadas para situações similares", de modo tal que estes padrões distintos de expressão podem acontecer até com uma mesma pessoa, afinal, cada experiência é única e vivida a seu tempo e a seu modo. Uma enfermeira comenta que "um curativo é um curativo, mas, dependendo da pessoa, você faz totalmente diferente". Portanto, lidar com a diversidade de comportamentos das pessoas também confere complexidade ao cuidado de enfermagem.

No entanto, a relevância que as enfermeiras impõem à complexidade do cuidado de enfermagem emana, essencialmente, da necessidade de executar procedimentos técnicos, em especial, os mais sofisticados, conforme explicita uma entrevistada citando as situações em que se responsabilizam pela contínua monitorização invasiva da pressão arterial.

É possível que a constante necessidade de os pacientes internados em unidades de terapia intensiva serem submetidos a procedimentos clínico-cirúrgicos, quer sejam diagnósticos, quer sejam terapêuticos, contribua para as enfermeiras se envolverem com o manuseio de materiais e equipamentos de um modo tal que, em algumas situações, estes passam a merecer mais atenção que os próprios doentes internados.

A exemplo das enfermeiras, o discurso dos auxiliares de enfermagem também é ancorado na dimensão técnica do seu fazer. No entanto, eles demonstram maior destaque que aquelas profissionais no que diz respeito à necessidade de manifestar expressão na sua prática de cuidar. Acabam, porém, utilizando o tempo dispensado para realizar tais procedimentos como meio de se

aproximar dos pacientes. Deste modo, as ocasiões em que os auxiliares estão desenvolvendo os procedimentos técnicos são, segundo sua opinião, oportunidades de diálogo.

Entretanto, ao discorrer acerca da dimensão técnica do cuidado, um dos auxiliares de enfermagem enfatiza a responsabilidade dos profissionais de enfermagem e, de forma particular, do auxiliar de enfermagem, para a obediência às medidas de segurança concernentes ao desempenho de procedimentos que garantam ao paciente conforto físico e segurança no que diz respeito aos riscos de injúrias físicas e de infecções.

Por outro lado, ouvidos os pacientes deste estudo, revelou-se que para eles as atividades ritualizadas dos procedimentos técnicos ganham pouquíssima importância. Eles demonstram compreender o cuidado muito mais como expressividade humana, tais como educação, atenção, carinho, afeto e amor, do que como atos mecânicos do desempenho das técnicas em si. Esta compreensão ganha muita ênfase no seu discurso. Eles consideram que os momentos em que a equipe de enfermagem se encontra desenvolvendo os procedimentos técnicos são ocasiões de grande valia, não tanto pelo ato em si, mas principalmente porque nestas ocasiões as enfermeiras “vão lhes fornecendo orientações e ensinamentos”.

Além do mais, nestas situações, os pacientes se sentem ouvidos pelas profissionais. “Isso tudo” eles consideram como cuidado que as enfermeiras têm com os pacientes. A expressão demonstrada pelos cuidadores no cuidado de enfermagem também é importante para os profissionais, muito embora pareça ganhar menor destaque diante da relevância que a técnica impõe ao seu cotidiano de cuidar. Aos profissionais foi ensinado que o primordial é manter a vida; para isso, quase sempre, o uso da técnica é indispensável.

Percebi, porém, que para viabilizar o atendimento das necessidades de cunho biológico apresentadas pelos pacientes o cuidado de enfermagem é

mediado pela execução de procedimentos técnicos. No ambiente de terapia intensiva cardiológica, as profissionais de enfermagem vivem o cotidiano de cuidar de pessoas que requerem administração de drogas endovenosas sofisticadas ligadas a monitores invasivos e não invasivos dos sinais vitais, a próteses respiratórias mecânicas, a marcapassos cardíacos artificiais e a outros artefatos, tais como o balão intra-aórtico. Estes dispositivos, por serem responsáveis pela propulsão da musculatura cardíaca ou pela manutenção de um padrão respiratório compatível com a vida, adquirem relevância quanto à observação de seu funcionamento, uma vez que são asseguradores da vida do paciente.

Assim, o atendimento das necessidades biológicas, que por essência gira em torno do caráter instrumental de avançado padrão tecnológico, passa a ser a prioridade entre os profissionais de enfermagem. Parte deste domínio, por certo, se deve às condições clínicas enfrentadas pela pessoa internada em terapia intensiva, neste caso, do tipo cardiológico. É mister que lhe seja assegurada – ou pelo menos que se tente assegurar – a manutenção de suas funções vitais; no entanto, suas manifestações existenciais não podem ser desconsideradas.

Parece que a contínua necessidade de atuar diante destas circunstâncias e em proximidade destes artefatos tecnológicos faz com que o discurso dos profissionais de enfermagem permaneça preso à dimensão instrumental do cuidado, de modo tal que quando eles tratam do cuidado não conseguem desvencilhá-lo do seu caráter instrumental. No que diz respeito à terapia intensiva cardiológica em questão, esta situação é uma realidade.

Na verdade, o que percebi é que o cuidado relacionado aos aspectos físico-biológicos, relativos à preservação da vida, dispensado em uma unidade intensiva é, geralmente, viabilizado pela utilização de instrumentos elétricos, eletrônicos e computadorizados que, em virtude do seu papel de monitorizar ou

manter as funções vitais, impõem tamanha relevância à observação contínua do seu funcionamento que seu manuseio pode, por assim dizer, suplantar o interesse dos profissionais pelos pacientes. Muitas vezes, o comum é que a atenção dos profissionais se volte para os aparelhos em detrimento da pessoa que os utiliza.

Inegavelmente a diversidade de artefatos diagnósticos e terapêuticos é bem-vinda no âmbito da saúde, pois tem possibilitado o prolongamento da vida, proporcionando mais autonomia aos profissionais de saúde envolvidos com a assistência de pacientes clinicamente graves.

No entanto, também contribuem para que o cuidado de enfermagem dispensado em ambiente de terapia intensiva sofra influência destas características técnicas e instrumentais próprias deste setor. Assim, torna-se comum os profissionais de enfermagem somente se aproximarem dos pacientes quando vão realizar algum procedimento técnico.

É, pois, raro esta proximidade ocorrer espontaneamente, como, por exemplo, para conversar ou para afagar o paciente, embora o discurso de enfermeiras e auxiliares de enfermagem nem sempre retrate esta realidade. Os profissionais são enfáticos quanto à necessidade de atribuir expressão ao cuidado de enfermagem, no entanto, no seu cotidiano de cuidar, de-caem em mera falácia e não cumprem o discurso revelado.

É como se a técnica, emanada da tecnologia fascinante daquele ambiente, fosse o meio de excelência para sua aproximação do paciente. Fica demonstrado, então, que os procedimentos técnicos são os meios pelos quais os profissionais de enfermagem se aproximam dos doentes internados. É naquelas ocasiões que se travam conversas, orientações e, com isso, o estabelecimento de inter-relação e familiaridade entre profissionais e pacientes.

Isto ocorre até mesmo em decorrência das permanentes solicitações dirigidas aos profissionais, as quais lhes cabe atender. Por exemplo, outra demanda do trabalho cotidiano das enfermeiras é colaborar com a equipe médica na realização de procedimentos oriundos da evolução clínica dos pacientes, em geral de alta complexidade, tais como atendimento às situações de parada cardiorrespiratória, implante de marcapassos artificiais provisórios, punções e dissecação de veias profundas ou de artérias, entubação endotraqueal, instalação de próteses ventilatórias, de monitorização invasiva de pressões intracardíacas e instalação de balão intra-aórtico.

Nestas situações, compete-lhes providenciar material e equipamentos que viabilizam os procedimentos. Assim, mesmo a despeito de sua boa vontade, estas atividades as mantêm ocupadas com um cotidiano instrumental que nem sempre favorece se aproximar da pessoa cuidada.

Quanto aos auxiliares de enfermagem, além de participarem destas situações circunstanciais, cumprem seu trabalho, essencialmente, em práticas como higiene, alimentação e administração de medicamentos que, por se constituírem demanda continuada, lhes consomem grande parte do turno de trabalho, implicando maior contato com os pacientes internados. No entanto, mediante estas circunstâncias, no geral, também os auxiliares de enfermagem associam o cuidado de enfermagem ao seu dia-a-dia de realizar os procedimentos técnicos.

Deste modo, os profissionais de enfermagem são chamados continuamente a se envolverem com uma prática de cuidados regidos por instrumentos e materiais relacionados à instância técnica e biológica. Por isso, eles se vêem diante da necessidade de compreender o cuidado de enfermagem como uma verdadeira antecipação ou preparo para o cuidar propriamente dito, tal como será relatado na significância apresentada a seguir.

5.2.3 O Cuidado de Enfermagem como Antecipação para o Fazer

Diante da demanda de necessidades físico-biológicas, que pode acontecer a qualquer instante, o profissional de enfermagem propaga precisar desenvolver uma antevisão das possíveis situações com vistas a cuidar prontamente, mediante ações tecnicamente perfeitas e eficazes, para garantir a manutenção da vida dos pacientes. Afinal, o objetivo maior da terapia intensiva é evitar a morte de pessoas portadoras de patologias graves, ou potencialmente graves, embora com chances de reabilitação física.

As enfermeiras discursam em torno da necessidade de se anteciparem no preparo de condições para o atendimento das diversas situações clínicas apresentadas pelos pacientes. Este preparo para o cuidado-ação ou intervenção propriamente dito já consiste em um cuidado de enfermagem manifestado por ações que dependem da habilidade da enfermeira em lidar com as diversas situações.

Assim, o cuidado de enfermagem, circunstanciado pela manifestação das necessidades biológicas apresentadas pelo paciente, requer uma antecipação para preparar o ambiente e o material do cuidado, diante da possibilidade iminente de intercorrências próprias dos setores de cuidados intensivos. Esta compreensão ficou bastante explicitada, de forma tal que foi proclamado que “a enfermeira deve estar sempre pronta para agir”, em consonância com o que vai acontecendo e com o que pode acontecer.

É notório ser a evolução clínica das pessoas internadas em terapia intensiva instável, especialmente quando se trata de doentes cardíacos. Qualquer manifestação de dor, alteração eletrocardiográfica ou no padrão respiratório pode indicar iminência de complicações que, em regra, se acompanham de gravidade. Por isso, o discurso das enfermeiras na perspectiva de previamente “cuidar”, de se prevenir para agir nestas circunstâncias foi tão eloquente. O cuidado de

enfermagem foi, pois, concebido como “qualquer coisa que você faça com o paciente, ou, mesmo, pense que vai fazer por ele”.

O planejamento da organização do ambiente, equipamentos e materiais para a realização de um procedimento de enfermagem é concebido pelas enfermeiras como um “cuidado indireto” por elas dispensado aos pacientes. Na verdade, agindo assim, elas estão administrando o processo de cuidar quando proporcionam as condições para o desempenho das ditas ações diretas (procedimentos técnicos) que, imediatamente, irão beneficiar o paciente. Para uma das entrevistadas, esta compreensão adveio da oportunidade de conhecer melhor as questões relacionadas à gerência de serviços de saúde e de enfermagem, durante a realização de uma pós-graduação *lato sensu*.

No sentido da propagação antecipação para cuidar, foi relatado também que, ao iniciar sua jornada de trabalho, além de antever possíveis situações advindas da evolução clínica dos pacientes, a enfermeira “deve estar com seu espírito de cuidadora, disposta para cuidar e ajudar”. É indispensável estar motivada, pois isto a fará sentir-se bem e colaborar para fazer alguém estar bem. Tal motivação diz respeito à disposição de manter-se próxima do paciente na relação interpessoal que é própria do cuidar, sendo, portanto, necessário se prepararem, do ponto de vista emocional, para o encontro com seus pacientes.

É comum ainda as enfermeiras tomarem para si as ditas atividades administrativas, que algumas coisas lhes são impostas e, por isso, se dividirem entre estas práticas e a permanência junto dos doentes. Este comportamento evidencia-se quando elas assumem cargos gerenciais, temporária ou definitivamente, uma vez que, nestas circunstâncias, recebem cobranças administrativas para assumir tal postura.

A despeito, porém, de a prática profissional das enfermeiras do CECOR ser essencialmente desempenhada junto dos pacientes e da preferência que elas demonstram por estar em contato com eles, é comum receberem chamados,

especialmente a responsável pela gerência do setor, para interferir em resoluções de problemas, atender ligações telefônicas, por exemplo, ou, ainda, decidir sobre disponibilidade de vaga, entre outros que, às vezes, lhes dificultam permanecer junto dos leitos dos pacientes. Ressalte-se, no entanto, que elas resistem a estas situações.

A exemplo das enfermeiras, os auxiliares de enfermagem se referem à necessidade de se antecipar ou se preparar para o cuidado, quando consideram que estar com ambiente e equipamentos montados, testados e aptos para pronto uso é um cuidado indispensável na instância da Enfermagem em terapia intensiva. Para tanto, se valem do fato de permanecerem próximos aos leitos dos pacientes em virtude da contínua exigência de procederem a técnicas de enfermagem consideradas rotineiras. Segundo sua opinião, esta permanência favorece a atitude de antevisão e identificação precoce de intercorrências clínicas, requerendo-se para isto comportamento observador.

Assim, a antecipação para fazer, enfatizada também pelos auxiliares de enfermagem, se dirige para a dimensão instrumental do cuidado, muito embora, mesmo diante da importância atribuída a esta dimensão, eles se reportem ao fato de que somente a realização de tarefas não basta. Cuidar envolve a segurança e a atenção com o paciente, conforme será descrito posteriormente.

De acordo com o discurso de ambas as categorias profissionais investigadas, o cuidado de enfermagem inclui sua visão antecipada das necessidades reais ou potenciais do paciente. Antevendo possíveis ocorrências, especialmente aquelas de ordem biológica, e antecipando-se por meio do preparo do ambiente, do material e dos equipamentos que possibilitam sua ação, eles estão cuidando do bem-estar dos pacientes. Tais condições referem-se a possíveis ocorrências de arritmia cardíaca, parada cardiorrespiratória e outras situações similares.

Para tanto, devem os profissionais tentar individualizar o cuidado, ou seja, considerando a subjetividade de cada pessoa cuidada, eles devem agir com antevisão do que possa vir a acontecer com o paciente e que demande situações concretas de cuidar. Esta postura seria um verdadeiro preparo para o cuidado, mediante o qual o profissional se antecipa na resolução de problemas principalmente clínicos, possíveis de serem apresentados pelas pessoas em situações críticas de saúde internadas em terapia intensiva. Desta preparação para o cuidado tratam as teóricas Paterson e Zderad (1988).

O risco de alterações no curso clínico dos pacientes internados naquele setor impõe às enfermeiras e aos auxiliares de enfermagem terem visão antecipada das coisas, de maneira tal que devem deixar "tudo", ou seja, todo o material utilizado nas situações de emergência dentro da terapia intensiva, por exemplo, tubos endotraqueais e laringoscópio, montado e perto, pois, se for preciso, a ação ocorrerá conforme as condições planejadas.

Sabe-se, no entanto, que muitas situações de cunho essencialmente existencial podem também ser manifestadas pelos pacientes. É comum o paciente se mostrar ansioso diante da situação de adoecimento que, no caso de algumas doenças cardíacas, como na insuficiência coronária, acontece normalmente de modo abrupto. Ele pode manifestar tristeza, solidão e depressão em face da separação da família e do confinamento em um setor hospitalar normalmente de características muito especiais, como a iluminação artificial e a climatização do ambiente, além da presença de equipamentos hospitalares que lhe são totalmente estranhos; e o medo, tanto do curso clínico da doença quanto especialmente da morte.

Entretanto, no discurso dos profissionais de enfermagem não se percebe preocupação em antecipação de cuidados capazes de amenizar estas manifestações. Pois, mesmo considerando que esses comportamentos são de cunho essencialmente subjetivo e passível das mais diferentes expressões, se a

possibilidade de sua ocorrência fosse prevista, os pacientes teriam mais oportunidade de revelar seus medos, angústias e percepções e, assim, receber esclarecimentos e apoio no que tange a essas questões, portanto, sentir-se-iam apoiados e confortados no enfrentamento das diversas situações.

De qualquer modo, esta compreensão dos profissionais de enfermagem acerca do preparo para o cuidado é outro meio pelo qual aprisionam o cuidado de enfermagem à instância técnica. Embora falem de subjetividade, quando tratam desta antecipação para cuidar, a estão relacionando, exclusivamente, às necessidades biológicas dos pacientes, até porque, no seu discurso, fica claro que as manifestações de cunho emocional apresentadas pelos pacientes são completamente inesperadas em virtude do seu caráter subjetivo.

De fato, observando o dia-a-dia da prática de cuidar, percebe-se que os profissionais de enfermagem estão sempre tentando antever as possíveis intercorrências no curso clínico dos pacientes que lhes demande "cuidado". Eles, por exemplo, freqüentemente se ocupam, diante da gravidade dos pacientes, de aproximar carrinhos contendo material e equipamentos de atendimento à parada cardíaca. Atitudes como esta são capazes de salvar vidas e constituem, sem dúvida, um cuidado imprescindível. Para avaliar as diversas situações com vistas à intervenção antecipada, os profissionais se valem do seu saber científico, conforme será relatado na próxima significância atribuída ao cuidado.

5.2.4 O Cuidado de Enfermagem como Método Sistematizado e Mediado pelo Saber Científico

Para o desempenho das técnicas próprias do ambiente de terapia intensiva cardiológica, cada grupo de profissionais de enfermagem, a seu modo, alude também à necessidade de lançar mão dos preceitos científicos como o caminho para subsidiar sua prática profissional. Por meio do saber científico da instância biológica, eles antecipam necessidades de preparo de condições para o

atendimento de situações clínicas, sempre transformando os ensinamentos da ciência cartesiana em tecnologia para o cuidado.

As enfermeiras referem a necessidade de tomar como base o pensamento lógico do modelo científico que vem sendo entendido como o esteio pelo qual se confere atitude científica à arte de cuidar na enfermagem. Neste sentido, elas dizem utilizar o processo sistematizado de cuidar para colaborar no planejamento e na execução dos procedimentos, em regra, instrumentalizados tecnicamente. A utilização do saber científico é circunstancial e, de acordo com cada situação, requer da enfermeira a aplicação do seu saber.

Nesta mesma linha de pensamento, uma enfermeira entrevistada refere que os cuidados científicos são utilizados no cotidiano de trabalho com o paciente e que sobre "cada situação você aplica o que você sabe do seu conhecimento como enfermeira". Daí, ela utiliza seu saber segundo o que lhe é requerido e possível, conforme as manifestações apresentadas pelo paciente. É por meio da sistematização do cuidado de enfermagem que estas profissionais dizem utilizar o saber adquirido no seu processo de formação acadêmica e em cursos de Educação Continuada para conferir cunho científico ao planejamento e execução dos cuidados. Elas utilizam seu saber advindo especialmente das ciências biomédicas para viabilizar os cuidados de enfermagem.

Deste modo, quando as enfermeiras ora estudadas discursam acerca do "pensar que vai fazer algo que satisfaça às necessidades dos pacientes" significa que elas dizem tratar de planejar sistematicamente o cuidado, a partir do que sabem acerca da Enfermagem e do paciente, com vistas a identificar os fenômenos sobre os quais vão intervir.

Diante, porém, da complexidade e dinamicidade do cuidado intensivo e das manifestações humanas, tanto físico-biológicas quanto existenciais, muitas vezes, a profissional planeja um cuidado, mas a demanda de necessidades motivadas, principalmente, por intercorrências, pode se apresentar de forma

completamente diferente. Por tudo isto, ela deve estar pronta para agir nas mais diversas situações.

Mesmo assim, sob o olhar das enfermeiras estudadas, o uso de um modelo sistematizado de cuidar facilita a observação e colabora para que elas se mantenham atentas à identificação de fenômenos referentes aos mais diversos aspectos humanos do paciente, de modo que, muitas vezes, segundo suas opiniões, um diagnóstico de enfermagem, de ordem essencialmente biológica, percebido em um paciente, pode ter causas ou fatores determinantes em aspectos psicológicos ou sociais. Por exemplo, a identificação de um diagnóstico permite intervir mais amplamente, uma vez que este recurso possibilita a visão da totalidade da pessoa cuidada.

Além disso, a implementação do processo sistematizado de enfermagem, segundo as enfermeiras, viabiliza o estabelecimento de interação pessoal com o paciente, pois esta atitude favorece maior conhecimento acerca das dimensões humanas da pessoa cuidada; isto, por certo, propicia a identificação dos fenômenos sobre os quais ela vai agir, embora algumas vezes os restrinja à nomenclatura previamente estabelecida.

A diversidade de ações envolvidas no cuidado, revelada nos discursos dos participantes desta investigação, está voltada mais especificamente para a menção das enfermeiras quanto à sistematização planejada do cuidar e à necessidade de associar o cuidado, como procedimentos, aos referenciais da ciência.

Talvez por isso as enfermeiras refiram a importância da técnica e do saber científico, que denominam "bagagem de conhecimento", no processo de cuidar, embora lembrem sua utilização em consonância com a pessoa que recebe o cuidado, ou seja, consideram que é mister compreender e levar em conta os desejos e as necessidades da pessoa cuidada. É notável, na sua concepção sobre

o conceito de cuidado de enfermagem, ressaltarem a adaptação do processo de cuidar aos aspectos científicos da Enfermagem.

Os auxiliares de enfermagem, por sua vez, de alguma forma também se preocupam com o aspecto científico, quando dizem, conforme seu nível de conhecimento, que se mantêm atentos quanto à observação de possíveis alterações clínicas, comunicando-se, então, com a enfermeira ou o médico de plantão a fim de serem providenciados os devidos cuidados. Eles assim agem para identificar e informar imediatamente qualquer intercorrência clínica que possa vir a acontecer com o paciente, antecipando-se também no preparo de condições para os procedimentos técnico-interventivos.

Tive a oportunidade de presenciar situações em que tanto enfermeiras quanto auxiliares de enfermagem, diante da ocorrência de alterações clínicas ou hemodinâmicas de um paciente, ou ainda diante da iminência de uma situação desta ordem, antecipavam-se na adequação do ambiente para o atendimento a uma parada cardiorrespiratória. Logo, por exemplo, o denominado "carrinho de urgência" era posto o mais próximo possível do paciente a fim de não serem surpreendidos com situações inesperadas. Por certo, estas atitudes são próprias de quem convive com a ciência particularmente quanto à fisiopatologia das doenças cardíacas, e cada um dos grupos profissionais, em seu nível, demonstrou conhecê-la.

No setor de trabalho onde se deu o presente estudo, o planejamento sistematizado do cuidado, conforme descrito, é prática cotidiana das enfermeiras e os auxiliares se envolvem no cumprimento das intervenções prescritas. É certo que avaliar, escolher os diagnósticos de enfermagem e prescrever ações capazes de alterá-los constitui uma prática que requer das enfermeiras domínio do conteúdo de saber científico e, talvez em decorrência das características críticas em que se encontram os doentes ali internados, elas acabam por manter sua

preocupação voltada para a instância biológica que, necessariamente, está ligada ao cuidado técnico e instrumental.

Entretanto, merece registro o fato de nem sempre a proposta de planejamento dos cuidados ser minuciosamente estudada, pois a dinamicidade do setor, muitas vezes, faz com que as enfermeiras procedam à avaliação não muito aprofundada das necessidades dos pacientes internados. Como elas estão sempre à disposição para atender às intercorrências clínicas dos doentes, o levantamento de dados que subsidia a prescrição de cuidados, por vezes, é interrompido ou executado muito rapidamente. Além do mais, o modelo pré-estruturado, que contém registro dos diagnósticos de enfermagem mais relacionados à instância biológica, pode reduzir a percepção da enfermeira em identificar aqueles referentes às manifestações existenciais e, principalmente, em antecipar-se pensar acerca de sua possível ocorrência.

No entanto, o fato de os profissionais de enfermagem não atentarem para antever as ocorrências de cunho existencial dos seus pacientes não os impede de discursarem em torno da sua preocupação com a denominada dimensão humanística de cuidar, conforme descrição a seguir.

5.2.5 O Cuidado de Enfermagem como Demonstração de Atitude Humanística

Os profissionais de enfermagem afirmam veementemente que cuidar é atender a todas as necessidades humanas, tanto físicas quanto bio-psico-sócio-espirituais. Discursam sobre isto, porém o ato de se aproximarem do paciente, que possibilita o estabelecimento de uma relação interpessoal de ajuda e apoio, somente ocorre quando mediado por procedimento técnico. Entretanto, no discurso dos pacientes, a expressividade do cuidado de enfermagem é o que lhes importa.

Ao se posicionarem sobre o cuidado, as enfermeiras o destacam como "tudo" que a equipe faz pelos pacientes e este "tudo" corresponde, por assim dizer, ao próprio cotidiano de estar-junto das pessoas de quem se cuida. Foi revelado que, no momento em que a enfermeira começa sua jornada de trabalho, se aproxima dos pacientes e os cumprimenta, já dá início ao processo de cuidar. Assim, elas dirigem seu discurso para a compreensão do cuidado de enfermagem globalizado e subsidiado por atitudes humanísticas na relação interpessoal com o paciente.

O cuidado é, pois, tanto o procedimento quanto à forma como é desenvolvido. Afinal, ele é prestado a seres humanos, munidos de reações que se manifestam das mais diversas formas possíveis. Isto quer dizer que o cuidado de enfermagem se distingue em vários modos, conforme a interação estabelecida entre a profissional e o paciente, tornando-se uma prática complexa porque se estende às mais diferentes nuances de atividades; desde a realização de procedimentos técnicos até a atitude de educação. Deste modo, o cuidado de enfermagem, como registrado, é traduzido também por um simples cumprimento, "bom dia!", ou ainda pela demonstração de interesse por parte da enfermeira em saber como o paciente está se sentindo.

O cuidado, na instância da Enfermagem, não se destina meramente a dispensar ações ou realizar procedimentos sobre o outro, porquanto, desta maneira, o ato de cuidar não se finaliza, não se completa. O cuidado é uma troca que se estabelece no encontro entre quem cuida e quem é cuidado. Por meio da escuta, falada ou não, estabelecida neste encontro é que as enfermeiras podem buscar propiciar-lhe cuidados, abrangendo suas diversas manifestações de sentimentos.

No contexto do discurso da humanização, as enfermeiras lembram a necessidade da participação da família no processo de cuidar, considerando que, quando propiciam a aproximação entre o paciente de terapia intensiva e seus

entes queridos, estão lhes prestando cuidados. Isto porque, diante da presença da família, os doentes costumam apresentar melhora do quadro clínico e demonstram bem-estar psicológico e emocional.

Considerando o aspecto humanístico no cuidar e atentando para a família no contexto de cuidar, as enfermeiras dizem que, em algumas circunstâncias, optam por cuidar do acompanhante, mesmo antes de atender às necessidades do paciente, isto por compreenderem a importância do familiar encontrar-se fortalecido para ajudar o paciente a enfrentar aquela situação. Desta forma, elas compreendem que estão cuidando, embora indiretamente, do paciente, pois quando oferecem conforto e afeto também aos acompanhantes, estão tratando do bem-estar do paciente.

A dimensão espiritual foi outro aspecto destacado pelas enfermeiras no processo de cuidar na enfermagem, apesar de não se sentirem suficientemente preparadas para a avaliação de tal nuance. Mesmo assim, ao tentarem colaborar com a satisfação das necessidades espirituais da sua clientela, estão prestando cuidados de enfermagem. Para isso, no ambiente de terapia intensiva, elas tentam estimular os pacientes a se manifestarem a respeito de sua religiosidade, além de facilitar, por exemplo, a entrada de religiosos no setor a fim de lhes prestar atendimento.

Assim, posicionando-se sobre a necessidade de atribuir expressividade de atitude humanizada ao cuidado, ao serem chamadas a discursar sobre o cuidado de enfermagem, sua retórica gira em torno de que este conceito significa as ocasiões em que os profissionais de enfermagem conseguem dar "toda a assistência", ou seja, quando não meramente executam intervenções técnicas, mas principalmente lhes dispensam atenção e carinho. Entretanto, vale salientar que a humanização do cuidar não se resume nestas atitudes.

Talvez, por isso, as enfermeiras lembrem que lhes é requerida demonstração de uma "certa empatia" para com os pacientes; com isso elas

querem dizer que devem se colocar no lugar do outro, pois esta atitude facilita a aproximação e a confiança por parte do paciente, propiciando-lhe expressão de desejo e vontade.

A empatia, segundo as enfermeiras, é uma atitude essencial ao seu comportamento profissional e confere humanização à prática de cuidar. Para que esta profissional cuide de modo humanístico, é necessário compreender a posição do paciente e tentar imaginar o que sentiriam se estivessem no seu lugar. O cuidado é concebido para além do desempenho de procedimentos técnicos, significa oferta de conforto e de carinho. De acordo com uma depoente, “cuidamos quando damos para os pacientes esperança de vida e ajudamos quando lhe dizemos que, com sua força, ele pode ultrapassar essas coisas, o adoecimento e, da situação, tirar o aprendizado”.

Logo, é provável que o modo de ser no cuidado de enfermagem para as enfermeiras estudadas esteja relacionado à importância de interagir com o paciente, a partir da sua capacidade de compreender empaticamente seus sentimentos e necessidades, tal como foi lembrado pelas profissionais. Isto por considerar a “troca na relação” entre quem cuida e quem é cuidado, de modo que os dois se alimentem mutuamente com a relação de ajuda própria das situações de cuidado.

Os auxiliares de enfermagem discursaram de forma semelhante às enfermeiras, dizendo que o cuidado de enfermagem é desempenhado por meio de diversos modos de cuidar, traduzidos pela individualização das situações de cuidado. Para eles, cada paciente tem desejos e manifestações, tanto físicas quanto emocionais singulares, e cada um deve ser tratado também de forma muito própria.

Chamando a atenção para a necessidade de considerar a particularidade de cada situação, estes profissionais referem que é preciso explicar, orientar e deixar claro para os pacientes cada procedimento realizado.

Este cuidado diz respeito tanto ao comportamento ético diante da exposição de um paciente por ocasião de um banho no leito, quanto à explanação das justificativas de cada etapa da administração de um medicamento ou de uma punção venosa. Foi lembrado que “às vezes, a gente está fazendo de uma maneira, achando que é a certa, quando na verdade o paciente não está se sentindo bem e gostaria que fosse feito de outra maneira que, às vezes, a gente até desconhece”. Afinal, conforme relata um auxiliar, cada organismo se manifesta de modo diferente.

Ressalte-se ainda o que outro auxiliar afirma, no que concerne à sua aproximação com os pacientes, ao lembrar que algumas dessas pessoas podem entender tamanha aproximação do profissional como uma verdadeira invasão de privacidade. No entanto, na sua concepção, trata-se de um direito do profissional, uma vez que todo cuidado praticado, mesmo quando envolve a exposição do seu corpo, tem o intuito de levar o doente a sentir conforto físico.

Por fim, tal como as enfermeiras, o auxiliar de enfermagem se ressentido pelo fato de que, na grande parte das vezes, a atenção às necessidades emocionais, manifestações tão comuns em pacientes internados em condições intensivas cardiológicas, são quase sempre relegadas. Entretanto, uma destas profissionais, que viveu a experiência de ser internada em ambiente de terapia intensiva, chama a atenção para a priorização do cuidado emocional a estes pacientes. Isto porque ela passou, após ter se tornado uma paciente, a conceber o carinho e o conforto recebidos como meios essenciais para a facilitação do enfrentamento da situação de adoecer.

Por sua vez, os pacientes, ao discursarem acerca do cuidado de enfermagem, explicitam muito claramente sua ansiedade por encontrar pessoas que, no ambiente de terapia intensiva, lhes demonstrem atitudes humanas no processo de cuidar. Por isso, o cuidado de enfermagem, mesmo quando

mediatizado por atos técnicos, deve ser consubstanciado por comportamentos como educação, atenção, carinho e amor.

Para tanto, eles consideram indispensável que o profissional de enfermagem demonstre empatia, prestimosidade e compreensão, além de ser imprescindível valorizar suas queixas. Sob sua percepção, o cuidado só se viabiliza quando os trabalhadores de enfermagem assumem postura empática e são vocacionados para a profissão e satisfeitos com seu ofício.

Reforçando essa idéia, uma paciente remete-se à responsabilidade continuada inerente à equipe de enfermagem, pelo fato de serem os profissionais que permanecem junto dos pacientes por todo o período de internação; isto faz com que estes últimos se sintam amparados pelos primeiros. Em virtude desta proximidade, os pacientes consideram ser necessário que as profissionais de enfermagem sejam vocacionadas para esta atividade, pois carinho é o que o paciente mais precisa nestas situações. Este discurso dos pacientes apresenta consonância com o dos auxiliares de enfermagem.

Na ótica de uma das pacientes, internada pela quarta vez, os cuidados de enfermagem são as situações em que as enfermeiras (ela não faz diferenciação entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem) "são boas". De acordo com a paciente, isto acontece quando as profissionais, por exemplo, lhe oferecem medicamentos e verificam sua pressão arterial.

Segundo ressalta, estas ações devem ser sempre acompanhadas de atenção e simpatia, pois quando uma pessoa está doente e em situação de internação hospitalar, o que mais deseja é ser tratada com educação. Por isso, ela diz haver necessidade de que as profissionais de enfermagem demonstrem interesse em tratá-los bem, orientando acerca de tudo, até mesmo as etapas dos procedimentos técnicos que lhes são aplicadas.

Os cuidados de enfermagem são, portanto, para os pacientes, as situações em que “elas são educadas (...) quando elas dão o medicamento prestando atenção na pessoa, sem ficar de costas...”. Como três dos pacientes não discriminam se “elas” são enfermeiras ou auxiliares de enfermagem e este que ora discursa é um deles, é possível que esta consideração seja relacionada a ambas, pois, conforme o **Manual de regimento interno e normas funcionais da Unidade de Enfermagem** (HOSPITAL DE MESSEJANA, 1999), não há rigidez neste sentido, muito embora as atividades classificadas como simples, tais como a administração de medicamentos por via oral, o banho no leito e a alimentação, sejam efetuadas, quase que exclusivamente, pelos auxiliares de enfermagem.

É importante a relevância atribuída por uma das pacientes ao encontro que ocorre entre quem cuida e quem é cuidado, no processo de cuidar na Enfermagem. A presteza no atendimento, a resolubilidade do trabalho da equipe de enfermagem sempre que ela requisita e, principalmente, o modo gentil e educado como isto acontece, são cuidados de enfermagem.

Por isso, os pacientes reiteram, a todo instante, o cuidado de enfermagem como o bom atendimento e a demonstração de atenção que as enfermeiras têm com eles, mesmo nas situações em que, diante dos fatores estressantes da condição de confinamento hospitalar, apresentam postura não tão educada para com os profissionais. Com este discurso eles mostram compreender que na relação interpessoal estabelecida no cuidar, tanto a cuidadora quanto o ser cuidado precisam estar dispostos para o encontro. Os profissionais também merecem ser considerados como seres humanos pelos pacientes.

Foi concebido, ainda, como relevante o fato de os profissionais considerarem e valorizarem as queixas de sua clientela por ocasião da prática de cuidar; é importante que a enfermeira acredite no paciente e valorize suas

queixas. De acordo com um deles, "esta atenção que a enfermeira dá é tudo que o paciente espera".

Convém chamar a atenção até para os rótulos que muitas vezes os profissionais de saúde, incluindo os de enfermagem, atribuem aos seus clientes. Por exemplo: se um paciente começa a requerer mais atenção profissional, ele passa a ser denominado "poliqueixoso" e, muitas vezes, mesmo se procedentes, suas queixas podem não ser consideradas.

A atenção de que fala esta paciente diz respeito ao modo como a enfermeira e o auxiliar de enfermagem procedem junto dela, até mesmo orientando-a acerca dos procedimentos realizados, visto que muitas vezes o paciente sequer sabe o que estão a lhe fazer. Ressalte-se que a despeito de os profissionais de enfermagem se esforçarem por se identificar para os pacientes, apenas quatro deles dizem distinguir as enfermeiras dos auxiliares de enfermagem.

As enfermeiras são diferenciadas como doutoras, chefes e por outras denominações similares, enquanto as auxiliares de enfermagem recebem, em geral, a denominação de "meninas", mesmo que do grupo façam parte pessoas do sexo masculino. Isto pode decorrer da familiaridade que, como revelado, se estabelece entre os auxiliares e os pacientes.

Um dos pacientes entrevistados enfatiza as questões das sentimentalidades humanas tais como paciência, compreensão, amizade, carinho e amor como atributos necessários ao ato de cuidar, que se confunde, enfim, com o cuidado de enfermagem. Ele refere que, na Unidade Coronariana, as enfermeiras e os auxiliares de enfermagem foram muito bons para ele, "não só com remédios, mas com as palavras delas, as conversas que elas tinham", que tanto ajudaram na sua recuperação. Mas a exigência de atributos desta natureza para o cuidado de enfermagem é mencionada nos relatos de todos os pacientes que participaram deste estudo.

Ao discursar nesta direção, outra paciente chama a atenção para o modo como os procedimentos técnicos são desempenhados pelas diversas profissionais, as quais ela classifica como "chatas" ou "legais". As primeiras "fazem as coisas mais maquinalmente, sem nem olhar para a gente"; as outras "cuidam bem devagarzinho, cuidam bem". Ela advoga que o cuidado deve ser procedido de acordo com esta segunda maneira, que ela denomina de cuidado "com educação".

Assim, os participantes do estudo apontam a necessidade de consubstanciar a execução de procedimentos técnicos com atitudes próprias do caráter humanístico. Este comportamento é muito mais veemente no discurso dos pacientes do que no dos profissionais de enfermagem. Entretanto, entre os profissionais, são os auxiliares de enfermagem que mais enfatizam a importância da relação interpessoal entre aquele que cuida e a pessoa cuidada.

Este depoimento pode ser constatado pela observação do processo de cuidar. Por exemplo, na ocasião em que um paciente aguardava chamado do Centro Cirúrgico para ser operado em circunstâncias emergenciais e foi muito bem acolhido tanto por enfermeiras quanto pelos auxiliares de enfermagem. Cada um agia no intuito de permanecer junto dele, orientando-o quanto ao procedimento, dando-lhe conforto, e, por fim, atenderam ao seu pedido de apenas ser encaminhado para a sala de cirurgia após a chegada de um dos seus filhos.

Uma das enfermeiras entrevistadas foi também o grande apoio para um paciente internado por insuficiência coronariana, com indicação para ser submetido a cirurgia para revascularização do miocárdio e que havia resolvido pedir alta hospitalar, assumindo toda a responsabilidade por aquele ato.

Enquanto todos, especialmente a equipe médica, o censuravam, não concordando com sua escolha, a enfermeira, por certo transpondo-se para aquela situação e compreendendo a reação do paciente, tratou de ensinar-lhe

modos de buscar novo estilo de vida, que lhe permitisse manter-se sem sintomas clínicos, tais como guardar repouso e abster-se de alimentos salgados e gordurosos. Conhecendo os hábitos de leitura do paciente, ela sugeriu que ele aproveitasse esta atividade para permanecer sentado ou deitado, em posição que lhe propiciasse conforto.

Para estas atitudes contribui o bom relacionamento estabelecido entre os profissionais de saúde do CECOR, que pode ser apreciado na observação do processo de cuidar, cujas repercussões se estendem na relação com as pessoas cuidadas. Isto se reveste de grande relevância, pois, para cuidar, neste caso particular nos ambientes de terapia intensiva cardiológica, torna-se imprescindível que, em todas as ações dispensadas, sejam demonstradas atitudes de atenção, prestimosidade, compreensão, carinho e amor.

Observando o processo de cuidar, posso afirmar que os profissionais, indistintamente enfermeiras e auxiliares de enfermagem, se mostram preocupados em abordar os pacientes com educação e cordialidade, em geral os cumprimentam e, freqüentemente, esclarecem cada ação praticada. Posso dizer que este comportamento constitui rotina daquele setor, conforme presenciei como pesquisadora observadora no CECOR.

No contexto desta investigação, enfermeiras e auxiliares de enfermagem atuam mediante boa taxa de cobertura de profissionais por média de pacientes internados. A estes profissionais são propiciadas oportunidades de discussão das relações interpessoais em serviços de saúde.

Um ponto que confere certa fragilidade nestas condições de trabalho é a diversidade de vínculos empregatícios, de carga horária e de remuneração salarial. A instabilidade dos profissionais que atuam mediante prestação de serviços pode influenciar, sobremaneira, a qualidade do cuidado prestado. Afinal, como todo ser social, o profissional de enfermagem precisa ter condições de desempenhar seu compromisso social de trabalho.

Mesmo assim, acompanhei circunstâncias de cuidado de enfermagem que se aproximam da concepção referida pelas enfermeiras, na medida em que elas compreendem o cuidado tanto como o desempenho de procedimentos técnicos quanto como os modos ou atitudes demonstradas em cada ato de cuidar. Observei situações de atenção a pacientes e seus familiares que constataam este comportamento.

Na verdade, é comum, entre as profissionais participantes deste estudo, a proximidade dos familiares dos pacientes internados. Uma situação observada, e mencionada no discurso de uma das enfermeiras entrevistadas, em que a esposa do paciente chorava, inconformada com a situação do seu marido, chamou minha atenção, no sentido de compreender os diversos modos de cuidar, os quais ela referia no seu discurso acerca da concepção conceitual de cuidado. Ao se encaminhar para verificar os sinais vitais do paciente e administrar-lhe um medicamento, percebeu a aflição daquela acompanhante, suspendeu a tarefa para, segurando a mão daquela mulher, afastá-la dali.

Em seguida, sentando-se com ela no corredor de espera do setor, confortou-a, com palavras e afeto, para, somente após sentir que a mulher estava fortalecida, conduzi-la de volta para junto do paciente. A citada enfermeira, quando entrevistada, comentou a situação vivenciada, explicando entender que, agindo desta forma, ela esteve, por conseguinte, cuidando do paciente, pois era necessário que a acompanhante se sentisse bem para ajudar seu esposo naquele momento de dor e sofrimento.

Por atitudes como esta, as enfermeiras demonstram, no cotidiano, se interessarem por todas as expressões de desejos não somente dos pacientes, mas também de seus acompanhantes. De maneira tal que aqueles problemas que não podem ser resolvidos por meio do seu processo de trabalho são atendidos via encaminhamento para nutricionistas, fisioterapeutas, médicos e psicólogos. Com estes profissionais, elas discutem os meios de satisfazer às

necessidades percebidas, ao mesmo tempo que tentam dar continuidade à comunicação com paciente, familiar e colegas da área da saúde, acompanhando a resolução da circunstância identificada.

No entanto, a despeito do discurso dos profissionais de enfermagem em torno do cuidado humanístico, em alguns momentos são identificadas situações capazes de demonstrar que o dito cuidado humanizado é meramente propagado e nem sempre vivido. Alguns comportamentos observados distanciam o discurso da prática no que concerne à propagada humanização do cuidado por parte destes profissionais quando dizem compreender seu conceito para além do fazer técnico.

Tal como referido, o comum é que os profissionais de enfermagem se aproximem dos pacientes quando vão realizar algum procedimento técnico. Na situação particular desta terapia intensiva cardiológica, as enfermeiras evidenciam solidariedade e interesse por todos os problemas apresentados pelos pacientes, no entanto, elas acabam por priorizar aqueles da instância instrumental e, no mais das vezes, é por este meio que elas identificam as manifestações existenciais de sua clientela.

Entretanto, nem sempre estas atitudes ditas relevantes ocorrem na prática. É, em geral, quando da realização de um banho, de um curativo, de uma medicação ou mesmo da viabilização de uma das etapas do processo sistematizado que os profissionais de enfermagem se aproximam dos pacientes e, nessas ocasiões, lhes transmitem apoio, segurança e conforto. Manifestações que também se estendem aos seus familiares e acompanhantes.

Mas estes vínculos não se aprofundam a ponto de facilitar as relações terapêuticas entre profissionais e pacientes, pois apenas os auxiliares de enfermagem, em virtude da necessidade de realizarem as atividades de características continuadas junto dos pacientes, se fazem perceber como próximos e íntimos deles.

Em uma situação de higienização no leito, duas auxiliares de enfermagem se aproximaram cordialmente da paciente, cumprimentando-a com expressões de "bom dia", explicando a necessidade do banho, bem como dos passos a serem seguidos, mesmo que esta já tivesse sido submetida àquele procedimento. Ademais, após darem início ao banho, passaram a conversar entre si, esquecendo a atenção que, inicialmente, demonstravam para com a doente.

Este tipo de postura foi presenciado em outras situações observadas no processo de cuidar. A paciente, por sua vez, mantinha-se passiva, embora eu percebesse certo constrangimento na sua expressão facial e um cuidado muito especial em puxar os lençóis sempre que necessário para que seu corpo não ficasse exposto.

São comuns, porém, momentos em que a equipe de enfermagem e até outros profissionais, ao realizarem procedimentos à beira do leito, mantêm-se alheios às suas respostas, ficando a conversar sobre os mais diversos assuntos, até mesmo jocosos. Entretanto, este comportamento pode estar relacionado à tentativa de reduzir o estresse que caracteriza a assistência clínica de saúde.

Diante desta afirmativa, deve ser considerado o descompasso entre o dito e o expressado, pois, como relatado, presenciei situações que demonstram que nem sempre o paciente é o centro do cuidado. O comportamento verificado na prática do auxiliar de enfermagem se confronta com seu discurso. Ele se diz consciente de que o doente deseja e exige sua presença, fato que lhe permite considerar que sua companhia, proximidade e atenção dispensadas ao doente são cuidados de enfermagem. Todavia, em algumas situações, ele o ignora como ser merecedor de atenção e carinho.

O distanciamento entre a retórica e o real no discurso dos profissionais no que diz respeito à manutenção continuada da expressividade humana no

cuidado de enfermagem deve ser considerado, pois esta sensibilidade na relação interpessoal é tudo que o paciente espera do cuidador.

Estas foram as revelações imediatas apreendidas por meio dos discursos dos profissionais que participaram do estudo, assim como pela observação do processo de cuidar. Tais manifestações devem ser apreendidas como seus modos de ser e de compreender o cuidado de enfermagem como profissional e como paciente; modos estes que foram construídos e circunstanciados em mundos próprios e distintos de existentes humanos.

Como dito, o desvelamento destas significâncias era o ponto de partida para se enveredar pela trajetória que levasse à compreensão do sentido do cuidado de enfermagem e é este o percurso que passo a trilhar, na seqüência do estudo.

5.3 O SENTIDO DO CONCEITO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

As significâncias apreendidas diretamente no discurso dos participantes e na observação do processo de cuidar levam a compreender, medianamente, os modos de ser pelos quais eles concebem o cuidado de enfermagem. No entanto, neste estudo eu tinha, como revelado, a pretensão de buscar o sentido ou o fundamento para essas significâncias, portanto, não desejava meramente alcançar uma síntese; por outra via, lograva atingir uma análise compreensiva do conceito.

O interesse era apreender o avesso de tais significados, ou seja, desvelar o que se encobria no discurso propagado no cotidiano das pessoas envolvidas com o cuidado de enfermagem e que leva à dimensão deste fenômeno ou ao seu fundamento. A hermenêutica, conforme Heidegger (1993, v. 1, p. 68-69), é um movimento pelo qual a compreensão fornece base para a interpretação que nela se funda, no sentido da elaboração de uma "analítica da

existencialidade da existência”, que busca na historicidade a condição ôntica de possibilidade da história factual. Era isto o que se desejava alcançar com o estudo do conceito de cuidado de enfermagem.

Para percorrer esta senda, procedi a uma de-construção dos conceitos apreendidos com vistas a re-construir, compreensivamente, os modos de ser que fundam a compreensão dos participantes do estudo acerca dos conceitos. Neste intuito, eu sabia ser imprescindível ir aos discursos de quem vivencia o cuidado, seja como seu fornecedor ou receptor. Afinal, as pessoas elaboram os conceitos sob inspiração de seu cotidiano e fundamentadas em sua compreensão acerca das coisas do mundo (DONZELLI, 1997).

Todos os que participaram da presente investigação, tanto os profissionais de enfermagem como os pacientes, são seres humanos que vivem possibilidades de vir a ser e, conforme revelado por Martin Heidegger, eles são seres de cuidado com eles mesmos, com os outros e com todas as coisas do mundo.

Os profissionais de enfermagem, tal como os demais existentes, vivem um cotidiano temporal e histórico de relações consigo, com seus pares, com outros profissionais de saúde, com pacientes e seus visitantes e acompanhantes. Convivem ainda com pessoas de outros setores que estabelecem intercâmbio com seu setor de trabalho, tais como a administração da instituição hospitalar, outras unidades de internação, serviços de nutrição, farmácia, laboratório, lavanderia, manutenção e reparos, entre outros.

Além disso, seu dia-a-dia é permeado pelo convívio com a parafernália tecnológica própria do ambiente de terapia intensiva. Sua relação mais próxima se estabelece, porém, ou pelo menos deveria se estabelecer, com os pacientes, razão do seu foco de trabalho que é o cuidado. Foi neste mundo de relações que se construiu o discurso destes profissionais acerca do cuidado.

Por sua vez, o paciente que necessita da internação programada, ou, em muitas outras vezes, abrupta, é arrancado, por assim dizer, do mundo onde lhe circunda a família e a sociedade e é lançado no meio hospitalar que, a princípio, lhe é completamente estranho. Contudo, quando este ser de-cai no novo *habitat*, passa a dele fazer parte, ali existindo e vivenciando a potencialidade de se recuperar ou de alcançar sua possibilidade mais própria: a morte.

É neste mundo onde lhe rodeia o temor do fim da sua existência, considerando que o homem, em geral, tem dificuldade em aceitar a morte como uma certeza de todos aqueles que existem, que o paciente elabora seu modo de ser e de compreender o cuidado de enfermagem que lhe prestam. Deste modo, ele mostra compreender o cuidado como prestação e demonstração de carinho, uma vez que ele se sente muito frágil e, por isso, necessita de suporte.

Além do mais, o paciente internado em terapia intensiva cardiológica vive a *ex-stase* temporal do vigor de ter sido saudável, de ter um cotidiano familiar, social e laboral que lhe permitia fazer escolhas de vida. No entanto, ele agora habita um novo mundo, onde a incerteza do instante e do porvir é real, e no qual ele passa a conviver com os profissionais de saúde e também com todo o instrumental que viabiliza seu trabalho. Ademais, na maioria das vezes, ele é distanciado dos seus familiares e mesmo quando mantém proximidade com aquelas outras pessoas, isto não mais acontece em seu ambiente de convívio natural.

As relações interpessoais ocorridas neste mundo do cuidado são circunstanciadas de acordo com os profissionais designados a comparecer para o trabalho, conforme suas escalas de serviço, e pelos pacientes que, também eventualmente, estão presentes segundo sua necessidade de internação.

Heidegger (1993, v. 1) denomina a factualidade natural do encontro de seres no mundo de facticidade, ensinando que, nestas situações, o destino é

compreendido como a direção que o homem, ao escolher seus modos de ser e de viver suas possibilidades de existir, dá à sua vida. Deste modo, a facticidade liga o ser de alguém ao ser de outro alguém que lhe vem ao encontro no seu mundo. No caso particular deste estudo, os profissionais de saúde, que vivem o cotidiano do cuidar, se encontram com outros seres, os pacientes, que, por necessitarem dos seus préstimos de cuidado, passam também a fazer parte daquele mesmo mundo. Assim, os profissionais se destinam ou se direcionam ao cuidado, enquanto os pacientes, a serem acolhidos por seus cuidadores.

Na facticidade cotidiana, os seres humanos se dispersam em diversos modos de ser-em, não meramente espacial, mas por outra via, relacional. Tal dispersão ou mesmo fragmentação em modos de vivenciar as relações é a razão para que o homem opte por uma de-cadência do viver inautêntico da mera solicitude da ocupação consigo, com os outros e com as coisas do mundo, ou pela procura ontológica pela solicitude preocupada, quando se angustia por escolher experiencialmente vivenciar suas possibilidades próprias de existir.

A compreensão vaga e mediana do discurso dos profissionais de enfermagem que participaram deste estudo revelou seu modo de ser e de compreender o conceito de cuidado de enfermagem como um complexo de ações, previamente planejadas e voltadas para a satisfação das necessidades circunstanciais dos pacientes, desempenhadas comumente por meio de procedimentos técnicos, que encontram base no saber técnico-científico, em especial da instância biomédica.

Entretanto, eles ressaltam que o cuidado deve ser pensado também para além do caráter instrumental, na medida em que a pessoa cuidada deve ser considerada no processo de cuidar, muito embora, na maioria das vezes, esta percepção seja sobrepujada pela relevância atribuída ao seu caráter instrumental. Já os pacientes, ao se afastarem da importância do caráter instrumental do cuidado, se aproximam, com mais fervor, da compreensão do

cuidado como o caráter essencial do ser humano no seu mundo circunstancial. Apoiando sua percepção, que talvez se aguçe em virtude da circunstância de adoecimento, Crema (1998, p. 43) lembra que “o ser humano é corpo e alma (...) não somos qualquer corpo, nós somos um corpo animado, com ânima, alma. Portanto, cuidar do outro não é só cuidar do seu corpo; é cuidar, também, da sua alma”.

Porém, mesmo diante desta afirmação, depreende-se que na relação factual consigo, com os outros e com as coisas do mundo do cuidado na terapia intensiva cardiológica, os profissionais de enfermagem assumem modos de ser que oscilam entre a inautenticidade e a autenticidade no que diz respeito à compreensão que eles têm acerca do cuidado de enfermagem.

Tanto para enfermeiros quanto para auxiliares de enfermagem, o predomínio na sua concepção deste conceito é de um modo de ser do cuidado de enfermagem cotidiano caracterizado como ocupação mediana e praticado em um mundo próprio e circundante instrumentalizado pela técnica e não mediatizado pela razão. Eles demonstram que se ocupam em um cotidiano de cuidar onde impera a prática instrumental, por meio da qual se aproximam dos seus pacientes, ocasiões em que estabelecem inter-relação com eles.

Ao assumirem esta postura, os profissionais aprisionam-se ao modo de ser da solicitude inautêntica no qual excluem o paciente do processo de cuidar, uma vez que ele é, freqüentemente, menos considerado do que a parafernália tecnológica no que tange à importância atribuída à sua ocupação com o cuidado. Ao paciente deixa-se de oferecer condições de participar do seu cuidado e, assim, de buscar vivenciar escolhas próprias de experienciar a situação de adoecimento e de confinamento no ambiente da terapia intensiva cardiológica.

A demonstração de solicitude autêntica e de interesse por parte dos profissionais, além de propiciar o estabelecimento de relação interpessoal profunda entre cuidador e ser cuidado envolvidos nas situações de cuidado,

proporciona ao paciente a oportunidade de expressar seus sentimentos e necessidades de apoio e consideração, que muitas vezes permanecem sem clareza em decorrência da superficialidade de sua relação com enfermeiras e com auxiliares de enfermagem.

Tanto é que nos instantes em que a aproximação destes com os pacientes acontece, se vislumbra a ocorrência de uma preocupação disposta de solicitude autêntica na relação de cuidado com o outro, na medida em que, especialmente os auxiliares de enfermagem, explicitam familiaridade com os pacientes a ponto de merecerem suas confidências. Isto porque são estes profissionais que mais tempo despendem junto dos pacientes. Estes, por sua vez, também se sentem próximos dos profissionais porque os sentem perto de si e clamam por sua atenção e carinho.

No entanto, na grande parte das vezes, tal proximidade somente é viabilizada pela necessidade da realização de algum procedimento técnico com o doente. Deste modo, o discurso dos profissionais assume o modo de ser inautêntico da mera ocupação com o caráter instrumental do cuidado, conformada por uma antevisão que antecipa o que possa vir a acontecer, quase sempre consubstanciada na ciência positiva acerca das necessidades biológicas dos pacientes internados na terapia intensiva cardiológica.

A antevisão demonstrada por enfermeiras e auxiliares de enfermagem decorre da capacidade interpretativa que, como seres humanos, estes profissionais possuem. Por certo, esta compreensão se funda no que eles têm, conforme nos ensinou o filósofo Heidegger, de posição, visão e concepção prévias que, por sua vez, vêm sendo elaboradas desde seu processo de formação na área da Enfermagem até o momento atual de vivenciar o cotidiano de cuidar naquele tipo de unidade de internação.

Contudo, tomando como base seus discursos, pode-se afirmar que eles demonstram oscilar entre este modo de ser e a preocupação autêntica, quando

dizem procurar considerar as pessoas cuidadas, envolvendo-as na relação de cuidar, proporcionando-lhes condições de escolhas para buscar alcançar seus modos próprios de ser. Os profissionais que se comportam deste modo demonstram solicitude ao assumirem atitude de cuidado essencialmente humano, pois para que a pessoa cuide autenticamente de alguém ou de algo ela precisa ligar-se afetivamente a este outro ser.

Entretanto, no mais das vezes, eles fracassam na disposição originária de projetar seu poder ser como solicitude autêntica para com o ser cuidado e se dispersam deste intuito, quando prendem sua compreensão de cuidado à ocupação mediana da rotina do desempenho dos procedimentos técnicos inerentes ao cuidado puramente biológico dos seres cuidados, ou ainda simplesmente de-caem na falação de propagar a necessidade de conferir ciência ao cuidado, mesmo afirmando que isto não significa perder de vista seu caráter humanístico.

Assim, quando os profissionais de enfermagem proclamam a importância da humanização do processo de cuidar, relacionando-a às situações em que eles levam em conta “todas as necessidades” das pessoas cuidadas, estendendo ainda esta postura aos seus familiares e acompanhantes, nem sempre isto se revela. Isto porque, na medida em que eles utilizam os procedimentos para mediar sua aproximação dos pacientes, a retórica do cuidado humanístico de-cai em um falatório, nem sempre materializado, mesmo que os profissionais vivam este existencial como se fora um modo próprio de ser no cuidado de enfermagem.

No discurso dos profissionais de enfermagem, sua prática é holística e voltada, com características humanísticas, para atender a “todas” as necessidades dos pacientes; no entanto, no dia-a-dia, isto não passa de uma falácia dos que fazem a categoria profissional. Deste modo, o doente nem sempre é considerado no processo de cuidar e, na grande parte das vezes, ele é

tomado como mero objeto receptor de procedimentos técnicos, pois o dito sobre a preocupação em considerar a expressividade do cuidar nem sempre é observado no cotidiano do processo de cuidar.

Embora afirmem que têm o cuidado de orientar as pessoas atendidas sobre todos os procedimentos e com elas travar relação interpessoal muito estreita, algumas vezes, os profissionais se afastam deste propósito e excluem o paciente do contexto de cuidar, tal como foi descrito em algumas observações procedidas na prática de cuidar. Mesmo assim, alardeia-se entre os profissionais a importância de o cuidado de enfermagem transcender a prática técnica e buscar alcançar o caráter mais próprio da relação interpessoal, na qual deveria ser levado em conta o caráter artístico e criativo da prática de enfermagem.

Isto por considerar que o criativo e poético desta profissão é inerente ao encontro interpessoal entre quem cuida e quem é cuidado e ainda que, diante da sua distinção humana, também comporta atitude ética e estética no desempenho de suas atividades. Atitude ética não meramente justificada por atentar para uma moral socialmente correta, mas sim pela via da busca do estabelecimento de uma atitude de respeito às potencialidades existenciais do outro. E estética, na perspectiva de pensar em demonstrar um estilo próprio de fazer e da procura pelo belo, artístico e criativo que pode advir da vivência das relações estabelecidas entre as pessoas que experienciam o cuidado.

A dimensão artística é pensada não como oposição à ciência, mas por outra via como parte dela, assim como de toda experiência humana. Pois, conforme alerta Chinn (1994), a arte na Enfermagem confunde-se com a ação da experiência de cada momento vivido no cuidar que, dado à singularidade subjetiva de sua expressão advinda da relação interpessoal entre cuidador e pessoa cuidada, é compreendida como uma estética de conduta e atitude assumidas no momento de cuidar.

Entretanto, embora se propague no seio da categoria os aspectos de expressividade humana no cuidar, isto não transcende para o real, de-caindo no falatório em que medianamente todos tagarelam ao seu redor. Merece ser considerado que os profissionais de enfermagem demonstram curiosidade acerca da questão humanística do processo de cuidar quando, assumindo esta postura, participam de discussões e eventos com o intuito aparente de meramente repetir e passar adiante a fala a respeito da importância de imprimir humanização ao cuidado de enfermagem.

É bom salientar que o discurso da humanização do cuidado na instância da saúde ultrapassa o campo da Enfermagem, de modo tal que outros profissionais também alardeiam esta problemática. O livro de Orlando (2001) denominado **UTI: muito além da técnica** se propõe fornecer "dicas" (frisos do autor) para o dia-a-dia da humanização e da arte do intensivismo. Trata-se de uma coletânea de textos produzidos a muitas mãos, com participação de médicos, enfermeiras, outros profissionais de saúde e de outras áreas de conhecimento.

Numa linguagem coloquial, o citado livro apresenta as diversas questões estruturais e existenciais, com focalização nas últimas, que podem e devem sofrer reflexão por parte dos profissionais de saúde. No entanto, ao mesmo tempo pode ser tomado como forma de mais uma vez a retórica do cuidado humanizado na saúde não conseguir atingir a instância da realidade, permanecendo ali o aprisionamento no modo de ser do falatório.

Isto porque, tal como alerta Heidegger (1993, v. 1, p. 228), pela de-cadência do discurso humano no modo de ser do falatório, "as coisas são assim como são porque delas se fala assim", de modo tal que ao repetir e passar adiante uma fala construída medianamente, potencializa-se sua falta de solidez e todos se mantêm sem propriamente alcançar seu fundamento.

Pela compreensão mediana de algo o homem pensa que tudo já se explicitou; é necessário, porém, distinguir-se o que foi haurido e construído originalmente e o que significa simples repetição. Assim, na compreensão do conceito de cuidado de enfermagem, é preciso que não meramente se propague a intenção de atribuir caráter humano de relação ética com o outro, mas que se busque revelá-lo como tal.

O cotidiano do homem, segundo Heidegger (1993, v. 1, p. 180-181) já anunciou, é comumente vivido na impessoalidade em que todos são e verdadeiramente ninguém é. Agindo assim, no mundo que o filósofo denomina de um modo de ser em que "todo mundo é outro e ninguém é si próprio", ao homem é permitido viver sem, necessariamente, escolher viver propriamente suas possibilidades de ser.

No caso especial deste estudo, os profissionais de enfermagem se mantêm praticando um cuidado mediado por solicitude inautêntica em que, nem sempre, as escolhas do outro são consideradas no modo de cuidar. Eles se mantêm no falatório mediano do cuidado humanístico e apenas se ocupam, despendendo seu tempo mundano por meio da execução de procedimentos técnicos. Ainda, o que fazem por técnica aprisiona-se meramente ao instrumental do fazer, perdendo também a oportunidade de tomá-la originalmente como possibilidade de cuidar tendo como fundamento a solicitude autêntica.

Por outra via, eles demonstram tentar avançar para a concepção do cuidado autêntico na medida em que, algumas vezes, elegem as relações interpessoais como meio de levar em conta a subjetividade dos pacientes atendidos, tomando-os como seres de possibilidades e não meramente coisificando-os como simples receptores passivos dos cuidados prestados. Este comportamento, por certo, funda-se na historiografia que enseja a historicidade da profissão, bem como em suas existências.

Ao nos voltarmos para o discurso dos pacientes, percebemos que de forma especial eles dirigem sua expectativa para o conceito de cuidado de enfermagem consubstanciado pela maneira mais própria na solicitude autêntica do cuidado humano, quando valorizam as sentimentalidades pertinentes às relações interpessoais no processo de cuidar. Os pacientes que participaram do estudo deixam claro ser a atitude humanística tudo que esperam quando são cuidados pelos profissionais de enfermagem.

Mesmo se referindo ao cuidado instrumental, eles valorizam a expressão verbal e não verbal demonstrada pelos profissionais quando estão próximos a eles. É importante destacar que durante a internação hospitalar no ambiente de terapia intensiva e de adoecimento do coração o paciente vive na sua temporalidade o vigor de ter sido saudável e o temor diante das ameaças que podem lhe ser apresentadas, seja em face do confinamento hospitalar, seja diante das possibilidades de alterações no seu curso clínico, das possíveis intervenções diagnósticas e terapêuticas ou da morte.

Nestes casos o temor, como "modo da disposição" para ser, conforme ensina Heidegger (1993, v. 1, p. 195-197), pode variar em momentos de pavor, caracterizado por ameaça de algo que já lhe é familiar; horror, que diz respeito ao temor de algo desconhecido; e terror, que se conota por uma associação das duas situações anteriores. Nos pacientes cardiopatas, integrantes da clientela da terapia intensiva cardiológica que serviu de contexto para o presente estudo, estes sentimentos podem ocorrer.

Eles têm pavor da recidiva de dor precordial, por exemplo, por se tratar de manifestação clínica de difícil enfrentamento. O horror da morte, em geral, se apresenta, apesar de ser esta uma possibilidade inerente ao ser humano, e, como dito, sua possibilidade mais certa. Os pacientes ainda podem desenvolver terror de intervenções diagnósticas ou terapêuticas, quando diante

de uma situação nova que pode lhe trazer lembranças de alguma outra experiência vivida.

De todas estas situações advém a manifestação de sentimentos e, nestas circunstâncias, o que ele espera de quem o rodeia é demonstração de atenção, carinho, afeto, solicitude e preocupação. O paciente clama, então, pela pre-sença originária de alguém que demonstre disposição originária e própria para ajudá-lo a enfrentar aquela situação de adoecimento e de dor.

O clamor para Heidegger (1993, v. 2, p. 64) é o "grito da consciência" buscando vivenciar seu poder-ser. Na condição de doente internado em terapia intensiva cardiológica, o paciente necessita de alguém que o ajude a alcançar seu poder ser e parece que ele vê no profissional de enfermagem, que se mantém muito tempo ao seu lado, uma pre-sença de ajuda e de compreensão.

Deste modo, se procurarmos compreender as revelações dos participantes do estudo, apreendemos que mesmo havendo, por parte dos profissionais, empenho no intuito de prestar cuidado autêntico aos pacientes, quando eles revelam preocupação com o outro de forma que lhe propicie condições de liberdade para fazer escolhas de existir, acabam de-caindo no modo de compreensão do cuidado de enfermagem de solicitude inautêntica, na medida em que se aprisionam na técnica e na ciência como meio de propiciar cuidados.

Enquanto isso, os pacientes, distanciando-se destas sistematizações próprias de quem se aproxima dos modelos teórico-científicos, comportam-se simplesmente como seres humanos, requerendo dos profissionais manifestações de cuidado, no qual estão envoltas a preocupação e a demonstração de solicitude originária de todos os humanos.

Diante da compreensão desvendada por meio dos discursos obtidos no presente estudo, há de ser lembrado que tanto o comportamento de profissionais quanto o de pacientes não correspondem apenas ao mundo da atualidade. Eles

provêm, por certo, da própria história da Enfermagem, tendo em vista que, quando se aprecia a dinâmica histórica da profissão, pode-se perceber a trajetória percorrida no rumo de se caracterizar como uma arte e uma ciência do cuidado. Pois, como ensinou Martin Heidegger, um conceito se constrói historicamente no tempo e, o de cuidado de enfermagem, por ser tão relevante e central na profissão, guarda, certamente, em si a influência de sua historicidade.

O cotidiano das pessoas, particularmente daquelas envolvidas como cuidadores ou como seres cuidados na instância da Enfermagem, é temporal; portanto, ali estão envolvidos o vivido e o experienciado por si e por outrem, neste caso, no cuidado desempenhado na unidade de terapia intensiva cardiológica.

Como revelado por Martin Heidegger, o vigor de ter sido está presente nas escolhas pelos modos de ser atual e futuro. Assim, as *ek-stases* temporais da história da profissão, bem como o dia-a-dia de uma terapia intensiva cardiológica circunstanciam o mundo próprio dos profissionais e pacientes que vivem naquele setor, impregnando seus modos de ser, de compreender e de elaborar conceitos no mundo.

Neste estudo, que almejava por compreender o conceito de cuidado de enfermagem, eu não tinha interesse em atribuir juízo de valor no que diz respeito a julgar como certo ou errado o comportamento discursivo das pessoas entrevistadas. O que eu pretendia, com apoio do pensamento de Heidegger (1993, v. 1, p. 291), era desvendar uma verdade a este respeito. Verdade, convém reafirmar, não correspondente à mera adequação de algo a uma outra coisa, mas, por outra via, significando essencialmente revelação e desvelamento – *alétheia*, por meio da qual o ente é retirado do seu velamento.

Deste modo, nesta situação especial, o interesse era pela busca do que provoca tal conduta, pois muito embora não se tratasse meramente de de-

cadência na causalidade objetiva da relação causa e efeito, o que importava era encontrar o fundamento último do conceito de cuidado de enfermagem.

Diante desta compreensão, pretendi analisar o movimento motivador e ensejador dos fatos históricos da Enfermagem que influenciam o modo de ser no que diz respeito ao desempenho do cuidado de enfermagem, entendendo tratar-se de uma profissão que tem como fio condutor o "cuidado" de outros seres. Afinal, se eles demonstram modos de ser e de compreender o conceito conforme foi revelado pelas significâncias apreendidas, há de se procurar compreender como surgiu este comportamento.

Distinguem-se, no transcurso histórico da Enfermagem, fases diferenciadas de sua identidade profissional na busca de contribuir para a saúde das outras pessoas, quais sejam, os períodos em que se voltou, historicamente, para a missão humanitária, a missão técnica e a missão científica (LOPES, 1994).

O surgimento da Enfermagem se deu como uma missão humanitária de apoio moral de conforto às pessoas em sofrimento, que em muito se aproximava do cuidado próprio do ser humano, embora com características de uma ocupação doméstica e pobremente profissionalizada. Esta caracterização para a prática de enfermagem prolongou-se até, pelo menos, meados do século XX, mesmo a despeito da contribuição de Florence Nightingale, no final do século XIX, no rumo de propiciar à Enfermagem características de uma profissão técnico-científica.

Entretanto, esta distinção de ocupação voluntária ainda hoje se reflete na profissão, a ponto de no senso comum prevalecer o entendimento de que os profissionais de saúde, e os de enfermagem em particular, devem ser pessoas abnegadas e vocacionadas para a caridade.

Neste estudo, o discurso, tanto de profissionais quanto de pacientes, se volta para a defesa da vocação como constitutivo condicional para o cuidado

de enfermagem. Isto porque o transcurso histórico é parte do mundo circundante destas pessoas, mesmo que se trate, em grande parte, de mero falatório.

A passagem deste modelo pouco profissional da Enfermagem para sua identificação como profissão se deu com Florence, enfermeira inglesa, nobre, que viveu de 1820 a 1910 e lutou para caracterizar a Enfermagem como uma profissão detentora de ações técnico-científicas, padrões normativos e regimentais. Tratava-se do modelo denominado de Enfermagem moderna, que se consolidou na Inglaterra e, posteriormente, difundiu-se por todo o mundo.

A Enfermagem que Nightingale se propôs desenvolver e propagar era revolucionária para aquela época, uma vez que, apesar de fundamentada em conceitos rígidos de moral, também avançava para o caráter ambientalista e tentava abarcar aspectos humanísticos, delineada tomando como base suas observações sistematizadas e registros extraídos de sua experiência prática (GEOVANINI, 1995).

O expressivo avanço obtido por Florence Nightingale e que a torna reconhecida como o maior expoente da Enfermagem científica foi ter conseguido transformar uma atividade de característica doméstica e pouco reconhecida em uma profissão científica moderna e legitimada por um saber identificado como um dos ramos da saúde humana. Beck et al. (1998) afirmam – com eles concordo – que foi a partir desta eminente enfermeira que se atribuiu novo significado para o cuidado, agora institucionalizado.

Ela foi a primeira enfermeira a teorizar sobre a Enfermagem e, mesmo considerando os aspectos sócio-político-econômicos nos quais viveu, seu pensamento já se voltava para um modelo conceitual que preconizava a necessidade de se oferecer condições para que a natureza agisse sobre o paciente e lhe promovesse a cura (NIGHTINGALE, 1998).

As escolas do modelo nightingaleano, posteriormente criadas e difundidas, fortaleceram, no entanto, a divisão entre o saber e o fazer da Enfermagem, com a formação de *ladies*, mulheres pertencentes às classes sociais mais abastadas e que desempenhariam funções intelectuais e de mando, e as *nurses*, mulheres de classes sociais menos favorecidas que seriam responsáveis por atividades de cuidado propriamente dito.

A Enfermagem nightingaleana chegou ao Brasil no início do século XX e, até hoje, influencia o saber e a prática de enfermagem no país. No que diz respeito à estratificação do trabalho dos profissionais de enfermagem, isto ainda é realidade. A Enfermagem é praticada por profissionais de grau universitário e por outros de qualificação técnica, não somente caracterizando estratificação do saber, mas também promovendo uma divisão social do trabalho em enfermagem, conforme analisaram Almeida e Rocha (1986) e Melo (1986).

Foi por aquela via que se deu início ao movimento histórico do ensino da Enfermagem no Brasil com a criação da primeira Escola de Enfermagem, nascida sob os auspícios da Saúde Pública, no entanto, tratava-se de uma apropriação do modelo norte-americano de enfermagem, fundamentado no princípio nightingaleano. Este fato fez surgir certa contradição, pois se objetivava formar enfermeiros voltados para o trabalho na área da Saúde Pública mas a prática de estágios ocorria em ambientes hospitalares (GERMANO, 1985).

De acordo com esta autora, o mercado de trabalho no Brasil provocou uma inversão no interesse pela área da Saúde Pública de tal modo que em 1950 quase 50% dos enfermeiros trabalhavam em ambientes hospitalares. Esta transformação por certo era determinada pelo avanço tecnológico e científico em saúde, com surgimento de unidades de terapia intensiva e de especialidades biomédicas que imperavam desde então.

Tal trajetória consolidou-se e foi plenamente coroada com o Movimento de Reforma Universitária, que fortaleceu o ensino médico e de

enfermagem calcado no modelo curativo de atenção à saúde, estimulado pelo capitalismo desmedido da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. O que circundava o mundo dos enfermeiros àquela época era o interesse para que eles dominassem as técnicas avançadas em saúde (GERMANO, 1985) e isto, com certeza, influenciou e ainda vem influenciando as concepções de cuidado de enfermagem, conforme demonstrado no discurso dos profissionais envolvidos nesta investigação. Este modelo de formação em enfermagem, baseado no Parecer do Conselho Federal de Educação nº 163/1972, perdurou, direcionando o ensino de enfermagem até, pelo menos, o final da década de 1980.

O momento era de forte desenvolvimento técnico-científico, o que repercutia diretamente no setor saúde. Este movimento também influenciava a Enfermagem, contribuindo para que seu desempenho enfatizasse a importância do rigor de procedimentos técnicos que, na grande parte das vezes, se dava e ainda se dá mediante ordem da equipe médica.

Este período demonstrou estreita aproximação ao modelo cartesiano da ciência biomédica que por longo tempo foi hegemônico nas políticas públicas de atenção à saúde, de modo tal que, apoiadas pelo avanço tecnológico e científico ocorrido essencialmente após a década de 1950, se voltavam para a prática de saúde institucionalizada em hospitais.

No entanto, ao discutir a relevância que o emaranhado tecnológico adquire nos ambientes hospitalares, principalmente de terapia intensiva, Nunes (1999) assegura que o interesse dos profissionais pela supremacia da tecnologia nestes setores é um comportamento comum, porquanto o aparato instrumental dá ao profissional a impressão de poder, autonomia, além de lhe conceder *status* diante da dominação de tamanha tecnologia.

Concordo com a assertiva da estudiosa, pois costuma-se atribuir mais destaque ao profissional que trabalha em setores especializados, como se ele

detivesse o privilégio de ser uma pessoa mais capacitada que outros pares lotados em setores menos complexos. Por algum tempo, quando do início de minha atividade profissional, eu sentia, tal como relatado, certo orgulho e vaidade por trabalhar em ambiente de tamanha complexidade de atendimento.

Porém hoje, apoiada na afirmativa de Benner (1984), concebo a impossibilidade de separar, no cuidado de enfermagem, a nuance instrumental da artística, pois esta prática na Enfermagem não pode ser controlada ou imposta, mas apenas compreendida e facilitada. Arte que é entendida por Herrera e Afanador (1997) como a capacidade de encontrar significado nas situações de enfermagem, estabelecer vínculo com o outro, manter educação e ética no desempenho das diversas ações, permitir fluência de sentimentos e expressão, valorizando a criatividade do cuidar.

O aparato tecnológico e científico, no entanto, característico do modelo biomédico ainda hoje impera, fazendo parte da mundaneidade do cuidado cotidiano dos profissionais de enfermagem. Cuidar, especialmente com eficiência, significava alcançar o melhor desempenho técnico. No auge da hegemonia biomédica, segundo Carvalho (1998), a Enfermagem priorizava o cuidado alicerçado por técnicas, por meio de tarefas e procedimentos. Este comportamento é manifestado pelos profissionais de enfermagem que participaram deste estudo como um modo de ser e de compreender o cuidado.

Pela aproximação ao modelo biomédico, as enfermeiras passaram a buscar o caráter científico do cuidado. Para tanto, houve uma procura por fundamentação em princípios de outras ciências que subsidiassem a prática do cuidado técnico de enfermagem. Neste sentido, Waldow (1998, p. 54) afirma que "a idolatria pela técnica tornou a enfermagem bastante eficiente, porém menos humana (...) Assim, atividades relativas ao tratamento e à cura deixaram o cuidado humano menos visível".

Esta dominação da técnica sobre as práticas de enfermagem pode também sofrer influências nos próprios preceitos legais do exercício profissional, pois reza a legislação que os procedimentos técnicos de alta complexidade são desempenhados, exclusivamente, por esta profissional (COFEN, 2002).

Lembre-se ainda que sua formação profissional, voltada para um aprofundamento teórico das ciências biomédicas, lhe confere habilidade para desempenhar com mais presteza e segurança tais procedimentos, que dizem respeito às técnicas invasivas, uma vez que são procedidas pela introdução de tubos, cateteres e drenos nos orifícios naturais do corpo, ou por via de punções venosas ou arteriais.

Mas o uso da tecnologia em saúde demanda reflexão no que tange ao uso ético e à relevância demasiada atribuída aos instrumentos em detrimento da pessoa hospitalizada. Por isso, Barbosa (1999) alerta que é necessária mediação por parte de quem pratica o cuidado, no intuito de considerar a pessoa cuidada em primeiro lugar.

Em estudo de Nietzsche (2000, p. 120) encontra-se que

... a enfermagem, no decorrer dos anos, foi considerada como uma profissão meramente técnica e subordinada ao conhecimento médico. Essa imagem tecnicizada tornou a enfermagem frágil, pois o enfermeiro não valoriza funções que lhe são específicas: o cuidado do ser humano, a administração do espaço assistencial, a educação em saúde (...) a técnica, utilizada como o recurso para o desenvolvimento desse cuidado, aparece como origem e potencialidade de valorização.

Isto se reveste de marcante significado, pois na verdade o emaranhado tecnológico do ambiente de terapia intensiva e as técnicas necessárias para sua implementação adquirem grande valor por parte dos profissionais de enfermagem, de modo tal que o contato com o paciente passa a ocupar espaço menos relevante. Parece que eles de-caem na solicitude

inautêntica na "tarefagem", descrita por Leopardi (1994) como a situação na qual o fazer de enfermagem é pouco refletido e não atenta para procurar conhecer a satisfação da pessoa cuidada.

Ao assumirem, porém, este modo de se comportar, por certo, os profissionais estão tentando contribuir para a saúde das pessoas de quem cuidam. No ambiente de terapia intensiva, aqui no caso do tipo cardiológico, o que mais lhes interessa é a preservação da vida e, na maioria das vezes, para atingir esta meta a tecnologia deve estar à disposição.

Portanto, merece considerar o pensamento de Santoro (2000), segundo o qual, mesmo sendo o tecnicismo uma realidade necessária em nossos dias, o cuidado de enfermagem, até quando mediado por procedimentos advindos desta tecnologia, deve ser guiado pela subjetividade característica do encontro interpessoal que ocorre no processo de cuidar. Como relata Barbosa (1999, p. 17), é necessário que mesmo diante da importância do uso de instrumentos para cuidar em terapia intensiva, mantenha-se a atenção para a valorização das expressões humanas de pacientes e seus familiares.

Por isso, comungo com as autoras, pois fazer Enfermagem significa a demonstração de disposição para cuidar de outras pessoas por meio da valorização das sentimentalidades humanas, sendo necessária a sinalização de atitude ética, não compreendida meramente como concordância moral, mas sim como compromisso de respeito ao paciente envolvido na relação interpessoal do cuidado; assim como de atitude estética, percebida como o sentimento de valorização desta relação com vistas a harmonizar o pensar e o fazer no cuidado de enfermagem.

Heidegger (1958, p. 9-10), ao estudar o conceito de técnica, declara que, especialmente com a técnica moderna ou industrial, o homem desvencilhou-se de procurar sua essência, distanciando-se, por conseguinte, do seu existencial próprio que é o cuidado. Esquecendo que a técnica deve ser um utensílio que o

auxilie a praticar o cuidado como solicitude autêntica, o homem se conforma apenas em ter a técnica como instrumento para alcançar um fim, acomodando-se com a eficiência comum em sua utilização. No entanto, toda técnica limita a essência de algo, apesar de toda essência ser sempre interminável e infinita.

Quando os profissionais de enfermagem se prendem à mera ocupação mediana de executar instrumentalmente procedimentos técnicos, tais como de higiene, alimentação, preparo e administração de medicamentos ou ainda do preparo e monitorização do instrumental tecnológico próprio das unidades de terapia intensiva cardiológica, eles se fixam apenas na aparência das coisas, no caso, no cuidado caracterizado como solicitude inautêntica, distanciando-se, portanto, da sua essência. Afinal, o filósofo ensina que "a correta determinação instrumental da técnica não nos mostra ainda a sua essência".

Na verdade, era preciso procurar a essência da técnica naquilo que ela faz aparecer como produção, como *poiesis*, buscando fazer vir à luz aquilo que está encoberto no desocultamento do que é produzido. A essência da técnica diz respeito ao fazer acontecer ou ocasionar como produção que requer intenção artística, visando a criação do novo e revelando aquilo que a coisa já tem. Ela deveria ser um *instrumentum* para o cuidado e nunca o cuidado em si; este deveria ser sempre a demonstração de solicitude autêntica, mesmo que, algumas vezes, mediado pelo uso da técnica.

Trata-se, por conseguinte, da concepção do cuidado de enfermagem pensado como um comportamento artístico de busca por uma produção que lhe confira identidade científica, embora sem perder de vista os critérios éticos de relacionar-se com o ser cuidado como um igual, assumindo atitude estética no sentido do belo que harmoniza e dar prazer na relação interpessoal, demonstrando-lhe disposição para ajudá-lo a enfrentar aquela situação, conduzindo-o na procura por novas estratégias de vir a ser.

O estudo de Silva e Damasceno (1999) acerca da existência cardiopata mostrou que estas pessoas experienciam a oscilação entre aceitar os modos de viver mesmo diante da ocorrência daquela patologia e sua não aceitação. Deste modo, a elas deve ser dada a possibilidade de viver suas possibilidades de vir a ser, e, para isso, os profissionais de saúde têm o dever de orientá-las e apoiá-las nestas escolhas. Somente com este comportamento, neste caso particular, as enfermeiras estão lhes proporcionado o cuidado que eles tanto necessitam e almejam.

Assim, no contexto da terapia intensiva cardiológica onde estão internadas pessoas portadoras de doenças cardíacas, para que os profissionais alcancem, ou pelo menos busquem a essência da técnica naquilo que caracteriza seu fazer, é necessário que tomem o cuidado do outro como preocupação caracterizada como solicitude autêntica para com os pacientes, por meio da qual é considerada sua condição de ser humano e sujeito do seu processo saúde-doença.

A técnica, que viabiliza a execução de procedimentos necessários ao cuidar, deveria ser compreendida como um momento artístico e de criação que auxilia o que é fundamental, o cuidado. Ela nunca deveria ser tomada como o essencial, nela fechando o fim e, assim, o cuidado. Agindo desta maneira, o profissional de saúde estará simplesmente tomando o paciente como uma coisa receptora do seu fazer.

Afinal, os pacientes estudados, mesmo quando se reportam ao fato de se sentirem assistidos quando as "enfermeiras" os higienizam ou lhes administram medicamentos, são veementes ao afirmar que o que importa nestas situações é o "modo" como são tratados. Eles se voltam, essencialmente, para a escolha pela maneira da solicitude autêntica preocupada, ética, estética e artística do cuidado. Por certo eles se preocupam com o caráter instrumental e

desejam que os profissionais apóiem suas atividades com o saber científico; no entanto, jamais perdem de vista as sentimentalidades da subjetividade humana.

Outros estudos como o de Silva et al. (2001), que investigaram o conceito de cuidado de enfermagem entre enfermeiras e pacientes de clínica médica, referendam o desejo do paciente de ser tratado com afeto e carinho pelos profissionais de enfermagem. Nesta mesma direção, Carvalho (2002) encontrou, em tese que buscava o significado de cuidado para pacientes paraplégicos, que o que eles esperam da enfermeira são atitudes humanísticas de apoio e solidariedade naquele instante de perda físico-emocional, em decorrência da paraplegia.

Ciente desta compreensão, a técnica deveria ser tomada, no fazer do homem, como o meio pelo qual ele atinge um fim; pois, percebida como um modo ou a maneira de fazer, ela é um mero instrumento e, onde impera o instrumental, a causalidade, objetivamente pensada, é soberana. E, se a causalidade é o ponto de partida, o que é a causa? Isto deve ser esclarecido, até porque há de ser buscado o culpado, o provocador da técnica, que muitas vezes, neste estudo, é confundido com o cuidado de enfermagem. A de-cadência nesta compreensão distancia a busca pelo encontro do seu fundamento na instância da Enfermagem, para ali também encontrar o que possa dar seu fundamento artístico, ético e estético, além do científico.

Heidegger (1958, p.12), para explicar a causalidade, toma como ponto de partida o conceito aristotélico de causa, que significa cair ou ocasionar de um determinado modo. Ele lembra que Aristóteles, como os outros filósofos gregos de então, diferenciavam quatro causas: a material, a formal, a final e a eficiente. Tais causas agem em comum, sem privilégio de nenhuma sobre a outra, de maneira tal que os quatro modos ou quatro causas de comprometimento ocasionam a coisa.

A causa material corresponde à própria constituição material de algo; a formal advém do modo como isto se apresenta; a causa final corresponde ao seu sentido e a eficiente é a ação ou o fazer de algo. Em um procedimento de enfermagem, como, por exemplo, na realização de um curativo, a causa material constitui-se naquilo que eu preciso para realizá-lo; a causa formal diz respeito a como o procedimento é feito, o seu *eidos*, ou essência; e a causa final é a satisfação da necessidade de cicatrização da pele do paciente. De certa forma, as causas formal e final se associam e as duas determinam a causa material, ou seja, os meios pelos quais a produção se viabiliza. Por último, a causa eficiente, que é a própria realização da intervenção realizada.

Convém lembrar que a causa eficiente na técnica moderna ou industrial é a criação desafiadora. Por isso, se diferencia da técnica artesanal, que se caracteriza pela própria fabricação. No que diz respeito à técnica moderna, ela é também tomada por Heidegger (1958, p.10) como meio para um fim, portanto, tem concepção também instrumental. A diferença é que a técnica manual é produção, *poiesis* do homem, enquanto a técnica moderna, mediada pelo uso de máquinas, é um desafio, sempre retirado de algo, trazendo também em si *poiesis*.

Afinal, a ação de produzir já é *poiesis* e significa trazer da instância do ocultamento para o desocultamento, por conseguinte, trata-se do fazer criativo. (HEIDEGGER, 1958, p.15-16) Assim, a técnica só acontece quando se essencializa no âmbito do desabrigo e do desocultamento, ou seja, na *alétheia* ou verdade revelada.

No ambiente da terapia intensiva cardiológica, a técnica moderna se traduz pela mediação da parafernália tecnológica da presença dos equipamentos eletrônicos e computadorizados que compõem o instrumental de cuidado. Mas, ao fascinarem os profissionais de saúde por sua precisão de funcionamento, eles os distanciam ainda mais da busca pela essência produtiva, poética e artística da

prática manual. No entanto, a técnica deveria ser tomada como uma colaboradora criação para viabilizar o cuidar autêntico e não como sua essência, pois o cuidado é existencial humano de disposição para a preocupação com solicitude e consideração com o outro envolvido na relação de cuidar.

Contudo, o aparato tecnológico fascina os profissionais de saúde, e as enfermeiras em particular, de forma tal que, segundo acertadamente afirma Nunes (1999), domina-os com a sensação de soberania que contribui para seu distanciamento do cuidado autêntico da preocupação heideggeriana. A técnica, tal como ensina o filósofo, passa a ser meramente um meio para o fim que é o cuidado. E este, o cuidado, deveria ser a essência que realmente importa na relação pessoal entre enfermeira e paciente.

No que diz respeito à técnica moderna, seu desafio é o próprio fabricar; enquanto isso a técnica artesanal corresponde a uma ação para a qual é necessário motivação. A Enfermagem, neste caso especial da terapia intensiva cardiológica, mesmo lançando mão da técnica moderna pela sua aproximação aos equipamentos de sofisticada tecnologia usados naquele setor, mantém sua prática muito mais aproximada da técnica artesanal característica dos procedimentos próprios dos rituais de enfermagem.

Por isso, uma vez que ela propicia aproximação dos pacientes, seria mais adequado que os profissionais de enfermagem procurassem desempenhá-la de modo criativo e consubstanciado de motivação para compreendê-la como uma estratégia de praticar solicitude autêntica com as pessoas cuidadas. Tratar-se-ia de uma disposição autêntica para cuidar, fundada, quem sabe, na vocação pela profissão e na satisfação com a atividade profissional, das quais tratam os profissionais e os pacientes participantes deste estudo.

Como relatado, esta compreensão, por certo, está arraigada em constituintes históricos, muito embora não lhe atribuam fundamento, por se tratar de um tabu que se apresenta como simples falatório no âmbito da

profissão e, principalmente, no seio da sociedade. Para dar sentido à prática de enfermagem, a motivação que estimula a criação deveria ser intrínseca à ação humana de cuidar como disposição autêntica de ser e de estar com o outro.

O que parece estar provocando a técnica, se voltarmos ao discurso especialmente dos executores de cuidado participantes do estudo, é a necessidade de atender às manifestações biológicas que circunstancialmente se apresentam no transcurso da evolução clínica dos pacientes internados em terapia intensiva cardiológica. Eles, porém, deveriam lembrar, incessantemente, que, mesmo no instrumental, é preciso avançar para além da mera prática de realizar procedimentos técnicos.

Em face desta compreensão urge refletir se, existencialmente, os profissionais assumem o modo de ser do temor diante de uma possível ameaça de perda da característica científica de sua prática cotidiana, diante do afastamento da técnica como algo de demasiada relevância para o cuidado de enfermagem. Pois, se considerarmos que no modelo ainda hegemônico da biomedicina o cuidado instrumental e científico de enfermagem é aquilo desejado e aceito como eficiente para o tratamento e cura do paciente, qual a "justificativa" para mudá-lo? Assim, ante este risco, os profissionais de enfermagem se mantêm aprisionados no fazer instrumental, demonstrando temer a perda da identidade de profissão científica e o *status* de trabalhador detentor de competência técnica e científica, socialmente reconhecida.

Parece que eles temem por não tomar a técnica como fundamental, porquanto ela, apoiada na ciência, concede precisão ao fazer profissional, além de fornecer-lhe solidez profissional em virtude da visão mediana e inautêntica de todas as outras pessoas que os rodeiam, principalmente os demais profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares.

Por certo, não afasto a imperiosa relevância do atendimento das necessidades de cunho biológico, estrutural e instrumental dos pacientes,

especialmente neste caso de pessoas submetidas à terapia intensiva cardiológica. Todavia, se o paciente é a pessoa mais importante no processo de cuidar, a atenção profissional deve estar voltada para ele e não para as coisas do mundo. Afinal, percebi, por meio de seus discursos, o desejo e ânsia pelo cuidado humanístico apoiado na demonstração de afeto e consideração.

Os profissionais de enfermagem poderiam e deveriam atender ao apelo de livrar-se do aprisionamento da instância instrumental e aventurar-se na busca pela essência da técnica e, assim, do cuidado de enfermagem. Este salto, porém, na direção da autenticidade não é uma decisão fácil. A técnica na enfermagem é uma utilidade indispensável e, por isso, enfermeiras e auxiliares de enfermagem têm sido instados a adotá-la.

Acrescente-se que as enfermeiras e os auxiliares de enfermagem discursam em torno da dificuldade em lidar com as questões existenciais, principalmente aquelas de cunho emocional apresentadas pelos pacientes. Este fenômeno pode dizer respeito aos modelos de formação profissionais aos quais foram submetidos ou conforma-se também a uma manifestação de temor diante da possibilidade de conviver e se envolver com as manifestações de caráter humanístico dos pacientes internados.

O certo é que embora o discurso seja de atenção integral, global e holística do paciente atendido, as próprias instituições de saúde permanecem requerendo dos profissionais, especialmente da enfermeira, excelência na sua postura técnica com base no saber científico, contrariando todo o discurso divulgado na academia e no cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem na direção de atribuir relevância ao cuidado humanístico.

A retórica no ensino é da prática de cuidado humanístico para a qual a aproximação do profissional com relação ao paciente é o que mais interessa, entretanto, dele exige-se, na grande parte das vezes, postura eminentemente técnica e, quando não, também voltada para a instância meramente gerencial e

administrativa do processo de cuidar. Esta situação favorece seu aprisionamento à dimensão técnica, de modo que os profissionais de enfermagem passam a cultivá-la em demasia, tomando parte do seu requerer e de-caindo na condição mediana e impessoal do cuidado como solicitude inautêntica, agindo tal como todos e ao mesmo tempo como ninguém.

Por isso e mediante a necessidade constante de envolver-se com os procedimentos técnicos, particularmente nos ambientes de terapia intensiva, a técnica como ocupação vem sendo tomada como essência. No entanto, ao assumir este comportamento, os profissionais têm deixado ocultas as aspirações humanas dos pacientes. Portanto, é necessário, no caso deste estudo, que os profissionais de enfermagem procurem ouvir o apelo da liberdade e busquem a essência da técnica, a qual eles utilizam para cuidar, deixando-se conduzir pelo caminho que pode levar ao atendimento do apelo de algo, que aqui parece dizer respeito ao cuidado humanístico.

Assim, tal como mostra a história da profissão, estes profissionais se mantêm adaptados às situações e acomodados em apenas obedecer ao que lhes é determinado, ou seja, à repetição da execução de procedimentos técnicos, afastando-se da perspectiva de alcançar aquilo que essencialmente significa a técnica no seu fazer. A técnica quando não tomada fundamentalmente como um meio de expressão do existencial mais próprio do humano que é o cuidado perde-se no mero fazer. Enquanto permanecerem condicionados a este aprisionamento, os profissionais de enfermagem não conseguirão retirar da área do ocultamento a essência do que verdadeiramente se constitui o conceito de cuidado de enfermagem.

Como seres inautênticos por natureza, aprendemos a ficar presos a títulos, ou seja, a rótulos propagados como verdades absolutas e nos esquecemos de atentar para o fato de que a verdade é sempre relativa e sempre

nos surpreende com novas faces ou com desvelamentos do que constitucionalmente algo é.

O importante seria considerar que onde fins são perseguidos, tal como ocorre no cuidado de enfermagem, que tem como propósito o atendimento de "todas" as necessidades circunstanciais dos pacientes, os meios são procurados. Estes meios não podem ser somente os procedimentos técnicos que têm mantido o cuidado e, assim, a Enfermagem aprisionada à ciência natural. Quando prendemos a Enfermagem à ciência pura, estamos prendendo sua essência constitucional de relação interpessoal entre seres que cuidam (profissionais de enfermagem) e que são cuidados (pacientes).

A essência da técnica manual e da técnica moderna é um desafio provocado pelo homem, que nem sempre se preocupa com sua essência. A enfermeira e o auxiliar de enfermagem, como seres humanos, são continuamente requeridos para executar procedimentos e, na medida em que cultivam esta técnica, eles tomam parte deste requerer. Assim, para se livrarem do aprisionamento da técnica, eles devem ouvir a invocação, o apelo de não incomodar, buscando a direção do cuidado humanístico.

Ao agir deste modo eles estariam atendendo à sua vocação de homem, que se angustia por assumir uma postura de preocupação com solicitude autêntica no cuidado. No entanto, perdidos na mundaneidade mediana da dominação da técnica, tida como mero meio para se alcançar um fim, os profissionais de enfermagem permanecem privilegiando a dimensão instrumental de sua prática de enfermagem, acompanhando o avanço tecnológico que vem se expandindo.

Para cumprir a tarefa de cuidar ancorados no âmbito técnico do seu fazer, os profissionais de enfermagem e as enfermeiras em especial vêm tentando assegurar esta prática pela via de atribuir-lhe rigor científico, embora tenha se delineado simultaneamente, ao longo de todo esse tempo, uma

tendência para também valorizar as dimensões artística, ética e estética deste fazer. Mesmo assim este discurso permanece de-caindo em uma realidade que, inevitavelmente, privilegia o desempenho de procedimentos técnicos com base no rigor da ciência.

Assim, o domínio da missão técnica propriamente dita da Enfermagem, que provoca reflexos tão profundos no mundo da atualidade, particularmente no Brasil, vem perdurando apesar de ter sido um pouco obscurecido por ocasião da denominada reforma sanitária, que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980. O SUS, no qual se propaga que a saúde é um processo em que estão envolvidos, além da mera ausência de doenças, qualidade, estilo e condições de vida tanto do ponto de vista pessoal quanto ambiental e cultural, parece apontar para um modelo de saúde em que as manifestações humanas sejam consideradas.

No entanto, como registrado, as instituições de saúde continuam valorizando aqueles profissionais que demonstram interesse no modelo cartesiano em detrimento de outros que voltam sua atenção para a instância contemplativa, filosófica e humanística do seu processo de trabalho. É tanto que a valorização e o estímulo à produção de pesquisas, freqüentemente, recaem nos estudos estruturados sob a égide de metodologias lógicas e quantitativas muito mais do que naqueles que procuram compreender fenômenos humanos.

Mesmo assim, não pode ser negado ter havido uma quebra do paradigma cartesiano nesta passagem entre o século XX e o XXI, fenômeno tão bem analisado por Capra (1982). A Enfermagem vem acompanhando esse movimento e vem se dirigindo para profundas discussões acerca da necessidade de se encontrar novas estratégias para o ensino de enfermagem, de forma que o aproxime deste referencial e do modo de cuidar no qual a pessoa humana seja considerada.

Após passar por uma série de discussões nacionais, empreendimento coordenado pela Associação Brasileira de Enfermagem, conforme descrito por Vale (2000), a Enfermagem brasileira hoje dispõe de um documento que estabelece as Diretrizes Curriculares para o Ensino de Enfermagem (MEC, 2001), as quais abrem possibilidades dos cursos de graduação terem como perfil de egressos o enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo, embora munido de competência técnico-científica, ética cidadã e política para cuidar da saúde da população, considerando as demandas geográficas e político-sociais de cada região.

Em defesa da necessidade da valorização da condição humana nos meios educacionais, Morin (2000, p. 15) comenta que

O ser humano é a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Esta unidade complexa da natureza humana é totalmente desintegrada na educação por meio das disciplinas, tendo-se tornado impossível aprender o que significa ser humano. É preciso restaurá-la, de modo que cada um (...) tome conhecimento e consciência, ao mesmo tempo, de sua identidade complexa e de sua identidade comum a todos os outros humanos.

A preocupação em atentar para a formação de enfermeiros com competência para atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana e suas dimensões e expressões (MEC, <http://www.abmes.org.br/abmes.htm>), certamente repercutirá influenciando o alcance do cuidado humanístico e circunstanciado da clientela, não somente na instância físico-biológica, mas também na sua dimensão existencial. Contudo, enquanto não revelarmos o sentido do que se encobre como cuidado humanístico, teremos dificuldade de alcançar tal intento.

Estas diretrizes, por certo, se refletem naquelas que regem a formação dos demais profissionais de nível técnico em enfermagem, pois o ensino neste nível acompanha o modelo de formação do enfermeiro, embora para este último o destaque nos modelos curriculares e, hoje, nas diretrizes para o seu ensino

seja o da teorização do seu fazer, com base no modelo sistematizado da ciência (MEC, <http://www.abmes.org.br/abmes.htm>). Por isso, é importante que seus componentes aprendam a enfrentar o inesperado e a incerteza, pois segundo Morin (2000, p. 16), "é preciso aprender a navegar em um oceano de incertezas em meio a arquipélagos de certeza".

Dito tudo isso, é mister registrar que a trajetória histórica da profissão permite avaliar também que a Enfermagem sempre demonstrou preocupação com a condição humana e, apesar desta de-cadência na dimensão técnica, nunca perdeu de vista esta discussão. É tanto que na busca da construção do seu corpo próprio de conhecimentos voltado inicialmente para a identificação de princípios científicos, para o planejamento da assistência de enfermagem, o respaldo nos princípios das ciências naturais e psicológicas, em seu método científico e, posteriormente, para a formulação de teorias, ela vem buscando fundamentar o cuidado profissional, como originariamente pertencente à instância humanística.

Em atendimento a este apelo que tem sido freqüente, principalmente no meio acadêmico da Enfermagem, em especial desde as últimas três décadas do século anterior, a Enfermagem vem empreendendo esforços para, ao construir o seu próprio saber, passar a assumir uma missão científica, embora com discurso de cumprir princípios éticos, estéticos e artísticos, em um movimento de retorno à missão humanística que impulsionou a profissão, desta feita, porém, com conotação de identidade profissional.

Com vista a desempenhar sua missão científica de possuir um campo próprio de saber, as enfermeiras se lançaram ao desafio de elaborar teorias próprias, movimento que se consolidou nas últimas décadas do século XX. Para atribuir ares de ciência às suas construções teóricas, as estudiosas, em geral, as associam ao processo sistematizado de cuidar, que conforme Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) deve percorrer as etapas da investigação científica de

identificar problemas, imaginar hipóteses resolutivas, testá-las e avaliar sua comprovação.

A Enfermagem científica deve ser planejada por meio de etapas correlatas ao método científico, quais sejam, avaliação ou levantamento de dados, diagnósticos de fenômenos sobre os quais vai agir, planejamento e execução de ações que visam atender à solução dos fenômenos identificados e avaliação dos resultados.

Porém, este raciocínio apresenta descompasso com o discurso humanístico do cuidado, considerando que as pessoas cuidadas são existências humanas, portanto, apresentam manifestações, tanto biológicas quanto existenciais, diferenciadas e circunstanciais. Assim, o modelo científico sistematizado por protocolos e nomenclaturas dificilmente daria conta de descrever as diversas possibilidades de apreensão dos fenômenos humanos.

Esta concepção encontra apoio em comentários de Waldow (2000), quando discutindo acerca do cuidado humanizado em curso proferido para um grupo de enfermeiras cearenses refletia sobre a dificuldade de atribuímos às manifestações humanas os rótulos preestabelecidos contidos nas taxonomias dos fenômenos ou diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2000; ICN, <http://icn.ch./icnpupdate.htm>). Ora, a Enfermagem, com suas características de ciência humana na qual são consideradas as relações pessoais entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, é lócus de reações humanas não passíveis de padronizações, tal como se apresentam nestes modelos, ou em outros similares, de classificação das práticas de enfermagem.

Por outro lado, é forte a tendência entre os estudiosos de enfermagem no sentido de entender a necessidade do planejamento sistemático e científico do cuidado. Consoante Lunard Filho (1997), o cuidado faz parte das necessidades humanas de sobrevivência e, embora não seja próprio ou privativo de

profissionais de enfermagem, para ser dito como próprio da profissão deve ser sistematizado e planejado.

Acredito na necessidade de o cuidado ser pensado e planejado pelas enfermeiras com vistas ao alcance da melhor condição de saúde de quem é cuidado. Para isso, elas na certa precisam pensar cientificamente o cuidado. O risco é seguir incondicionalmente a trilha do real e nele buscar a segurança do método que tem prioridade decidida. Deste modo, o que não pode acontecer é a enfermeira e os outros profissionais da enfermagem enclausurarem o cuidado exaustivamente à execução de procedimentos técnicos e aos modelos classificatórios do cuidar.

Neles, com o intuito de considerar a pessoa cuidada, demonstrando-lhe solicitude autêntica, a enfermeira e os demais profissionais de enfermagem deveriam procurar o norte para os cuidados, sem, no entanto, desconsiderar as diversas manifestações da existência humana. Este discurso é prova de que as taxonomias da prática de enfermagem não se fecham em si; elas são apenas o guia para planejar o cuidado, mas o comportamento humanístico do cuidado de enfermagem propagado pelos profissionais de enfermagem não deve ser esquecido.

Usar teorias e suas sistematizações para cuidar em enfermagem constitui-se de máxima relevância, no entanto, não pode ser esquecido que as teorias de enfermagem, tal como todas as outras tentativas de explicar a realidade, são contemplações da realidade, portanto, são modos de ser. E, como a teoria é apenas um modo, a prática não pode ter nela o seu fim. Em geral, busca-se iluminação teórica para a prática de modo tal que se tem a sensação de que ela acaba ali. No âmbito da Enfermagem isto também é uma realidade.

Na perspectiva de compreender esta diversidade de modos de ver e de ser, ressalto, possuímos na profissão diversos modelos teóricos que tentam dar conta de compreender a realidade da prática profissional de enfermagem, muito

embora grande parte deles se feche na sua mera explicação causal. Algumas teorias de enfermagem se voltam essencialmente para a instância biológica, outras avançam para a compreensão humanística do cuidado.

Os profissionais de enfermagem envolvidos no estudo recebem influências dos modelos teóricos em seus discursos. Por exemplo, quando relatam acerca do cuidado voltado para o atendimento das necessidades circunstanciais dos pacientes de forma que o termo necessidade vai e vem nos discursos, especialmente das enfermeiras, e estão lançando mão do referencial teórico de Horta (1979), na sua "Teoria das Necessidades Humanas Básicas". Horta foi a primeira enfermeira deste país a divulgar o processo sistematizado de trabalho da enfermagem, com base no pensamento científico e subsidiado em teoria própria, e até hoje o exercício da Enfermagem brasileira é influenciado por seus ensinamentos.

Pelo menos nas últimas décadas do século anterior, o ensino da Teoria de Horta foi hegemônico nos cursos de Graduação em Enfermagem. Do mesmo modo que necessidade, holismo é outro conceito introduzido na Enfermagem brasileira por esta teorista e que se reflete nos discursos das enfermeiras participantes deste estudo, ao se referirem à relevância de uma visão global do cuidado de enfermagem. A concepção de que o cuidado de enfermagem deve ser ampliado no intuito de satisfazer às necessidades bio-psico-sócio-espirituais tem origem, pelo menos no contexto brasileiro, nesta teoria.

Horta (1979), por sua vez, concebeu seu referencial teórico com base na Teoria da Motivação Humana de Maslow, fundamentada nas necessidades humanas básicas, hierarquizadas em cinco níveis, quais sejam: fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de auto-realização. No entanto, Horta fez opção de na Enfermagem denominar tais necessidades humanas conforme João Mohana, ou seja, necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual.

Mesmo considerando que as enfermeiras aqui estudadas têm, no mínimo, oito anos de graduação em Enfermagem e que, delas, apenas uma não participou de curso de especialização, espera-se que a influência da Teoria de Horta seja marcante na prática destas profissionais, pois, mesmo nos dias atuais, o modelo de Horta ainda é muito ressaltado em estudos acerca da metodologia do cuidado, em cursos de graduação e de pós-graduação *lato sensu*.

Outro constructo teórico que tem sido destacado e difundido no Brasil, para o qual eu gostaria de chamar a atenção, é a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1988), que fala do diálogo vivido entre profissional e paciente. Para ocorrer o diálogo vivo, porém, é necessário que tanto o profissional quanto o paciente estejam dispostos a estarem realmente presentes neste encontro; é preciso ainda manterem um relacionamento eficaz e, principalmente, estabelecerem uma comunicação pelo denominado chamado-resposta, de modo tal que, somente quando o profissional e o paciente vivem este diálogo especial, ocorre a Enfermagem Humanística, na qual o desejo e as potencialidades do ser cuidado são considerados pelo cuidador no processo de cuidar.

A atitude humanística no cuidado tem sido objeto de estudo também de Waldow (1998) que advoga a necessidade do resgate do cuidado humano para a prática do cuidado de enfermagem. Somente assim, a enfermeira poderá assumir a postura de cuidar de cada pessoa, tendo-a como outro ser humano que dela requer atenção, levando em conta seus desejos, potencialidades de ser e estar, além de deixá-lo livre para fazer escolhas.

Outra autora, Watson (1999), em sua teoria transpessoal do cuidado humano, ressalta a dimensão espiritual da pessoa cuidada. Para ela, as manifestações individuais no que tange à sua espiritualidade podem se apresentar, diferentemente, de pessoa a pessoa e, ainda, de cultura a cultura e, em todas as situações, elas devam ser consideradas pela ciência humana que se denomina Enfermagem. Embora se dizendo não preparadas para satisfazer os

anseios espirituais dos pacientes é imprescindível que elas atentem para estas manifestações.

Apoiando-me no discurso destas estudiosas que se fundamentam em referenciais fenomenológicos, considero que a dimensão existencial da pessoa cuidada é o que mais interessa no processo de cuidar no rumo de desenvolvê-lo sob a égide da preocupação essencial humana da solicitude autêntica. Entretanto, percebo ser necessário, ainda, que aos cuidadores sejam proporcionadas condições pessoais, profissionais e instrumentais para cuidar. No contexto de trabalho em que se realizou o estudo, estas condições, se considerarmos outros ambientes de serviços de saúde no Estado do Ceará e no Brasil, são satisfatórias.

Neste intuito, desde que a situação seja assim favorecida, é apropriado lembrar que se faz necessário ser este modo de cuidar assumido e implementado pelas profissionais, para que assim possa ser percebido pelas pessoas cuidadas, deixando, portanto, de ser um discurso meramente internalizado na profissão (MORSE et al., 1991).

Vale salientar, no entanto, que também no que diz respeito à ciência, Heidegger (1958, p. 53-540) lembra que o homem deixou escapar o seu ser, ao preferir manter-se na aparente representação do que propriamente ela é. Apenas a explicação da relação entre causa e efeito o satisfaz e ele se esquece de buscar compreender o que funda os fenômenos do mundo. Ao se comportar assim, ele impede à ciência se revelar no seu todo. Conformando-se com a aparência, o homem mantém o contentamento com o conhecimento aparente, impedindo que a coisa lhe venha à pre-sença, não alcançando o que verdadeiramente ela tem como *alétheia* ou revelação. A prática, por certo, ilumina-se na teoria científica; no entanto, ela não pode nela se fechar, pois a teoria é apenas um modo e a prática jamais será acabada ou definitiva.

De acordo com Heidegger (1958), aceitamos explicações, tais como: é realmente assim, ao invés de buscarmos dizer: é certamente assim. O real, porém, pode perder sua consistência ao se apresentar como simples aparência ou como mera opinião. É importante salientar que a própria ciência natural se volta para o domínio dos objetos do real. E, mesmo na objetividade da natureza, ela não é, desde o início, senão um modo pelo qual a natureza se põe em evidência.

Por isso, para pensar a ciência, é preciso ter como certeza que cada situação de cuidado é circunstanciada na existência e no mundo de um ser humano de possibilidades de ser e de se comportar. Assim, ela não pode, nem deve, tentar conformar os pacientes na simples demonstração que a ciência lhe impõe. Entretanto, fundamentalmente, a ciência pura é desinteressada, contemplativa e busca em cada situação a revelação da compreensão. Por via desta ciência fundamental, cabe às enfermeiras guiar sua prática de cuidado com base na revelação das diversas manifestações de necessidade de seus pacientes, buscando ciência nestes desocultamentos (na *alétheia*).

É necessário contemplar a vida, nela procurando o oculto, trazendo-o ao desocultamento. Deste modo, considerando a característica contemplativa da vida e que nela se origina a vida prática, deve-se sempre ter em mente que suas revelações são necessariamente parciais, embora guardem base em teorias (MOREIRA, 2001). Na contemplação toma fôlego a perspectiva dos profissionais de enfermagem em encontrar, nas diversas situações de cuidar, as necessidades dos pacientes sobre as quais ele vai intervir, não importando se a intervenção é técnica ou científica, mas sim se atende ao anseio e à expectativa do paciente de ser cuidado com solicitude autêntica. Afinal, as representações técnicas do cuidado ainda não dizem tudo o que ele é.

Cabe à enfermeira, assim como a toda a humanidade, meditar diante de cada situação de cuidar, não para pôr fim à perplexidade ou para vencer

aquilo que se opõe ao seu pensamento, mas porque é necessário meditar como resposta que merece ser interrogada e interpretada, por meio da qual, segundo alerta Heidegger (1958, p.79), no momento apropriado, a resposta perde seu caráter de questão e se torna simples dizer. Isto por se compreender, sob os auspícios da fenomenologia heideggeriana, que aquele que age cientificamente está sempre evidenciando aquilo que se mantinha oculto. É preciso revelá-lo continuamente.

Após considerarmos o transcurso do movimento histórico que por certo é relevante para a presente compreensão do conceito de cuidado de enfermagem, é necessário retomar a questão do que está por trás destes modos de pensar o cuidado de enfermagem. Trata-se de uma construção da historicidade da profissão que diz respeito ao acompanhamento da compreensão de como o processo saúde-doença vem sendo tratado nas políticas públicas de atenção à saúde, no ensino de enfermagem e no cotidiano de sua prática profissional.

O cuidado de enfermagem, conforme se revelou no discurso dos profissionais envolvidos no presente estudo, sofre predomínio da suas instâncias instrumental, técnica e científica, em detrimento da consideração das necessidades existenciais das pessoas cuidadas, caracterizando-se como o modo inautêntico de solicitude do cuidado humano, tido por Martin Heidegger como o existencial mais próprio do homem. Se considerarmos o que dizem os pacientes, por sua vez, perceberemos que estas pessoas se aproximam desta compreensão quando tratam do cuidado na instância da Enfermagem. Esta revelação merece ser considerada por todos que pensam a Enfermagem como um modo de ser, de viver e de se relacionar com o outro.

4ª PARTE

6 O QUE CONSIDERAR COM A INVESTIGAÇÃO

6 O QUE CONSIDERAR COM A INVESTIGAÇÃO

... no momento apropriado, a resposta perde seu caráter de questão e se torna simples dizer.

Heidegger

O motivo que ensejou o presente estudo foi a inquietação que acompanhava o transcurso da minha trajetória profissional referente ao conceito de cuidado de enfermagem. Toda a problemática em torno deste poderia estar relacionada ao modo como seus executores e receptores o compreendiam. Portanto, na oportunidade de desenvolver uma tese de doutorado, parti em busca de um caminho capaz de me levar a apreender o que funda originariamente o conceito de cuidado de enfermagem, para, com isso, demonstrar como essa compreensão poderia contribuir para a atividade de enfermagem.

Considerando a diversidade que caracteriza a Enfermagem como uma prática voltada para a atenção ao processo saúde-doença das pessoas durante todo o seu ciclo vital, tendo em vista ações de promoção da saúde, além da prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, eu estava certa de que não seria possível buscar esta compreensão em todas as instâncias da profissão. Diante daquele obstáculo, optei por enveredar na trajetória de desvelar a compreensão do conceito de cuidado de enfermagem no mundo em que se constituiu por anos meu cotidiano profissional: a terapia intensiva coronariana.

O caminho escolhido foi a fenomenologia; daí a necessidade do retorno "às coisas mesmas", conforme nos ensina este método de investigação que propicia interpretar fenômenos desta natureza, para que, mediante a redução fenomenológica, eu procurasse o *eidos* do conceito de cuidado de enfermagem no discurso de pessoas que vivenciam o cuidado em terapia intensiva cardiológica, seja como cuidador ou como ser cuidado. Assim, utilizei-me do discurso de enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pacientes como meio de revelar os modos como o cuidado é vivenciado.

Meu pressuposto era que o conceito de cuidado de enfermagem para os profissionais de enfermagem, viventes do cuidar em terapia intensiva cardiológica, é permeado por modos de ser, nos quais nem sempre se leva em conta a totalidade das necessidades dos pacientes internados.

Algumas dificuldades, porém, circundaram o desenvolvimento da presente investigação, especialmente no que diz respeito ao período destinado à observação do processo de cuidar. Tal como registrado na descrição da trajetória percorrida para a realização deste estudo, este momento foi representado pelo meu retorno ao ambiente de pesquisa, agora com a intenção de obter informações discursivas na expressão no cuidado de enfermagem, conforme manifestado pelas enfermeiras e pelos auxiliares de enfermagem daquele setor.

Reafirmo, portanto, que a subjetividade que permeia um instante desta natureza, em virtude do seu caráter interpretativo-filosófico, foi capaz de me causar ansiedade tanto na fase de observação em si quanto por ocasião da decisão pelo momento de encerrar a observação. Entretanto, estas circunstâncias não foram suficientemente fortes para impossibilitar a satisfação de ter alcançado a revelação da compreensão do conceito de cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica, procedida interpretativamente nesta pesquisa.

Isto porque a facilidade encontrada em pesquisar um tema que é próprio do meu cotidiano, o acolhimento demonstrado pela instituição hospitalar que se constitui meu mundo de cuidado, assim como por meus colegas profissionais de enfermagem e pelos pacientes envolvidos na investigação transformaram-se em estímulo indispensável nesta pesquisa.

Posso, também, considerar que minha paixão pelo pensamento filosófico de Martin Heidegger, estimulada ainda mais pelo competente apoio do Prof. PhD Rui Verlaine Oliveira Moreira, co-orientador do estudo, e pela condução segura da orientadora, Profa. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno, foram fatores de máxima relevância para o alcance dos objetivos previamente pensados para esta investigação.

Apreendeu-se, inicialmente, por meio da compreensão ôntica, vaga e mediana que o cuidado de enfermagem significa um complexo de ações voltadas

para a satisfação das necessidades circunstanciais dos pacientes, desempenhadas por meio de ações técnicas previamente pensadas sob o fundamento sistematizado do saber científico, embora demonstrado como atitude humanística.

É preciso esclarecer, porém, que embora os discursos de cuidadores e seres cuidados tenham conformado estas significâncias, suas revelações, por vezes, foram consonantes, noutras apresentam distanciamentos. De modo tal que, enquanto os profissionais de enfermagem demonstram valorizar a dimensão técnico-científica do cuidado, os pacientes dão a conhecer que o que mais anseiam é receber atenção, conforto, afeto e carinho dos profissionais que lhes prestam cuidado.

Estas revelações foram o ponto de partida para eu procurar a compreensão hermenêutica do conceito de cuidado de enfermagem em terapia intensiva coronariana, apoiada na fenomenologia de Martin Heidegger. Tal como este filósofo, tentei abarcar, por meio da historicidade, aquilo que enseja a construção do conceito de algo. Isto por levar em conta que profissionais de enfermagem e pacientes são existentes do mundo factual e no cotidiano do cuidado consigo, com os outros e com as coisas, ainda que nesta mundaneidade lhes seja cômodo assumir o modo de ser impessoal da inautenticidade da mera ocupação com os instrumentos do mundo e da coisificação das pessoas que com eles têm relação.

Deste modo, considerando que na perspectiva de Heidegger (1993, v. 1) o cuidado é o existencial mais próprio do ser humano e que deste caráter humano se derivou o cuidado de enfermagem, revelou-se, por meio deste estudo, que a trajetória histórica da Enfermagem influencia a concepção do conceito conforme apreendido no discurso de enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pacientes envolvidos na investigação.

Para as enfermeiras e auxiliares de enfermagem, no geral, o cuidado de enfermagem se perde na dimensão mundana do cuidado cotidiano como mera solicitude inautêntica na medida em que estes profissionais aprisionam sua prática à execução de procedimentos técnicos com apoio no rigor da biomedicina.

Ao demonstrarem temor por perder a característica de um fazer científico, se escondem na dimensão técnica, tomando-a como essência, afastando-se do modo de ser do cuidado da preocupação autêntica, que por sua vez parece ser o que o paciente almeja encontrar nas relações de cuidado. Há medo de não exercer a ciência e, ao mesmo tempo, há medo de, exercendo-a, não exercer o cuidado. Isto por considerar que os pacientes, mesmo quando tratam do atendimento de suas necessidades bio-físicas, o fazem sob a afirmativa de que o que verdadeiramente lhes interessa é o modo como as ações dos profissionais são praticadas.

Enfermeiras e auxiliares de enfermagem ao assumirem este modo de ser no cuidado de enfermagem, por certo, se distanciam do fundante da própria técnica e assim também do cuidado. Entretanto, embora isto tenha sido apreendido, é importante considerar serem estas revelações permeadas por um discurso voltado para a preocupação com a dimensão humanística do cuidado, no qual se aproximam, principalmente, o que é dito pelos auxiliares de enfermagem e paciente. Embora esta constatação pareça animadora, caracteriza-se como um falatório, pois o dito nem sempre é realizado na prática profissional. Existe, portanto, descompasso entre a retórica e o real. Aí se dá a grande ambigüidade na compreensão do cuidado de enfermagem.

A retórica, segundo Abbagnano (1999, p. 856), é a "arte de persuadir pelo uso de instrumentos lingüísticos". Diante desta assertiva, pode-se dizer que o discurso na retórica é pensado antes mesmo de ser pronunciado, mesmo que isto ocorra mediante formulações do falatório, que levam o homem a viver a ambigüidade de pensar que algo acontece quando na verdade aquilo não

ocorreu. Isto porque a ambigüidade "oferece à curiosidade o que ela busca e confere ao falatório a aparência de que nele tudo se decide" (Heidegger, 1993, v.1, p. 235).

O real, por sua vez, é tudo que existe de fato, correspondendo aos vários sentidos do termo realidade que, propriamente, significa "o modo de ser das coisas existentes fora da mente humana ou independente dela" (ABBAGNANO, 1999, p. 831). Para elaborar esta definição, o estudioso busca apoio no pensamento filosófico de Martin Heidegger, que concebe a realidade como o modo como as coisas do mundo se apresentam ao homem ou com ele se relacionam.

Desta forma, a realidade é do âmbito externo ao homem e, por isso, é o mundo das coisas e dos objetos, somente sendo passível de interpretação ontológica se remetida ao cuidado mediado pela preocupação originária, por meio do qual o homem assume sua relação existencial consigo, com os outros e também com o modo de ser das coisas do mundo. Diante deste pensamento, é possível que ao não assumir o cuidado via solicitude autêntica os profissionais de enfermagem de-caiam no falatório numa tentativa de persuadir a si e aos outros acerca da sua preocupação com a humanização do cuidado.

Em face destas revelações, é preciso analisar a importância de resgatar a fala autêntica dos profissionais envolvidos no cuidado de enfermagem como forma de levar nossa prática a atender às necessidades não somente físicas, mas também existenciais da pessoa cuidada. Na direção de movimentos dessa natureza, Amatuzzi (1989, p. 182), estudando acerca do resgate da autenticidade no discurso de educadores, reflete que "as falas do *profissional*, quaisquer que sejam elas, serão úteis e válidas à medida que provierem dele *como pessoa*, sem que ele tenha de pensar ou dizer a que título ou sob que papel" (Grifos do autor).

Como meio de apoiar a distinção entre os modos pelos quais os profissionais de enfermagem assumem a retórica do seu discurso e a realidade de sua prática profissional, tentei buscar, no pensamento de Dilthey (1949), fundamento para este modo de ser. Este filósofo alemão viveu entre 1833 e 1911 e foi quem primeiro atentou para um distanciamento entre as metodologias dos estudos ligados às ciências da natureza e as das ciências da alma. Ele já dizia que a natureza é passível de explicação enquanto a vida da alma é compreendida.

O estudioso expõe os conceitos de experiência, expressão e compreensão. Experiência significa aquilo que vivemos imediatamente em contato na própria vida e que nem sempre sofre reflexão; expressão é tudo que se manifesta pela linguagem escrita ou falada ou pela representação simbólica de sentimentos; e compreensão é a ocasião em que a mente do homem apreende a experiência humana vivenciada.

Segundo Palmer (1989), Dilthey se vale destes elementos para apresentar sua formulação hermenêutica na interpretação dos fenômenos das ciências do espírito, ensinando que, para uma ciência pertencer à instância humanística, é necessário se basear na relação sistemática entre experiência, expressão e compreensão.

Assim, entendendo a Enfermagem como uma ciência possuidora de bases tanto biológicas quanto humanas, pode-se afirmar que ela também se manifesta por experiências de cuidado, expressão deste fazer e compreensão de sua prática. Desta maneira, pode ser pensado que o discurso retórico de seus profissionais não apresenta consonância com a realidade pelo fato de se manterem eles essencialmente presos à instância da experiência do seu fazer, ou seja, no cotidiano de desempenhar procedimentos técnicos, não atentando para a expressão de sentimentos na sua relação com as pessoas cuidadas e, por isso, vivendo a dificuldade de compreender o cuidado como essência de sua atividade profissional. E, assim, de serem, conforme indicam Silva et al. (2001, p. 46),

“percebidos como seres que cuidam de outros seres, com preocupação autêntica, de forma profissional, terapêutica, científica e humana”.

De qualquer modo, a interpretação procedida na presente investigação permite assegurar que os profissionais de enfermagem, influenciados pelo mundo de sua historicidade e pelo seu cotidiano de cuidado ancorado nas dimensões técnicas e científicas, assumem a retórica de discursar acerca do cuidado humanizado que, muitas vezes, não se concretiza na realidade.

Pois, se considerarmos o discurso das pessoas envolvidas no estudo, podemos afirmar que a totalidade das necessidades dos internados em terapia intensiva cardiológica não é atendida. Percepção que se assenta na observação do contexto onde o cuidado se realiza, uma vez que quase nunca se atenta para o cuidado voltado ao atendimento de necessidades que não se enquadram nas biológicas.

Por isso, posso afirmar o pressuposto da presente investigação, portanto este antecipara que o modo como o conceito de cuidado de enfermagem é compreendido nem sempre atende às necessidades, anseios, expectativas e desejos dos pacientes de serem tratados autenticamente como Ser de possibilidades de existir na relação interpessoal do cuidado.

Isto porque, embora discurssem no sentido de que, por meio do cuidado que prestam, tentam atender globalmente às necessidades dos pacientes internados em terapia intensiva cardiológica, o predomínio recai sobre os procedimentos técnicos no cuidar. Assim, há descompasso entre o dito e o feito, e o predomínio da preocupação com a instância instrumental do cuidado parece ser o responsável.

É certo que quando assumem o aprisionamento da dimensão instrumental do cuidar, os profissionais de enfermagem, como viventes que experienciam *ex-stases* temporais, o fazem sob a influência do transcurso

histórico e motivador de comportamentos da Enfermagem que, com o intuito de se revelar como uma ciência, buscou o rigor da técnica e o desenvolvimento de teorias explicativas para seus fenômenos. Nesta caminhada, a profissão aproximou-se do modelo da biomedicina, que valoriza a prática instrumental indispensável ao manuseio da tecnologia garantida pelo seu desenvolvimento técnico-científico.

Porém, é preciso lembrar o ensinamento de Heidegger (1958) de que a técnica, quando tomada como mero fazer, limita a compreensão do cuidado de enfermagem, de-caindo em mero instrumento, perdendo a essência do que ela propriamente é. O filósofo mostra que o sentido de técnica assim como o de ciência é incompatível com o sentido originário de cuidado.

Entretanto, como comumente para o homem o que voga é o instrumental sem demonstração de preocupação com os fundamentos, o modelo biomédico que se funda no pensamento cartesiano, científico, conformado na relação de conformidade entre causa e efeito, certamente tem influenciado o ensino da Enfermagem, que por sua vez traz reflexos sobre a prática cotidiana do cuidado. Desta maneira, o cuidado de enfermagem se ancora na realização de procedimentos técnicos como se fossem estas atividades os próprios modos de demonstração do cuidado. Temos, portanto, que a noção de cuidado de enfermagem é ao mesmo tempo uma aproximação e um desvio do conceito originário de cuidado humano, revelando-se em uma ambigüidade ou até mesmo em uma contradição.

Gostaria, no entanto, de esclarecer que não tenho intenção de subestimar a importância da manutenção da dimensão técnica do cuidar, uma vez que a necessidade de desempenharmos procedimentos técnicos sempre nos acompanhará, pois, como é sabido, a Enfermagem tem por finalidade ajudar as pessoas a alcançar sua saúde, não meramente compreendida como a ausência de doença, mas, por outra via, como bem-estar existencial, em determinadas situações de adoecimento em que a reabilitação é desejada.

Para muitos destes momentos, faz-se necessária a utilização de tecnologias criadas para a ciência biomédica e, para delas extrair benefícios, os procedimentos técnicos tornam-se indispensáveis. Na verdade, a técnica e a ciência, mesmo não pertencendo originalmente à Enfermagem, são recursos para que seus profissionais executem sua própria essência que é o cuidado. Elas precedem o cuidado diferentemente do que expressam os profissionais de enfermagem que discursam em torno de cuidados que antecipam o fazer instrumental.

Assim, os profissionais de saúde não poderiam jamais se perder no cotidiano da instrumentalidade e da causalidade, no qual a pessoa que está por trás de cada técnica desenvolvida é desconsiderada como sujeito daquele processo. É para a pessoa humana de quem cuidamos que deve estar voltada nossa atenção, não simplesmente como um meio de demonstração de atitude piedosa de dizermos que somos prestadores de atos humanitários, mas com a consciência de que o comportamento humanístico, apoiado em postura ética, estética e artística, é imprescindível nas relações interpessoais. No caso particular do cuidado de enfermagem, o que ocorre é um encontro de pessoas que precisam de cuidado (o paciente) e de alguém que esteja preparado, sobretudo do ponto de vista existencial e humano para dele cuidar (o profissional de enfermagem).

Isto tudo por considerar que os pacientes também são existentes mundanos de cuidado cotidiano; desta maneira, quando experienciam a facticidade do adoecimento como uma possibilidade de existir, vivem o vigor de ter sido saudável e, diante do obstáculo de buscar novos modos de vir-a-ser provocado pela doença e pela internação em terapia intensiva, anseiam por encontrar no ambiente hospitalar pessoas que, estando próximas a eles, lhes demonstrem solicitude autêntica, cuidando de ajudá-los a enfrentar aquela situação na perspectiva de encontrar novos modos de viver, por meio da manifestação de conforto, apoio e consideração.

A dissonância entre a teoria (retórica) e a prática (real) na Enfermagem não é uma discussão nova, no entanto ela continua merecendo consideração. A aparência e o real nem sempre se correspondem; segundo Faria (1999), isto pode relacionar-se ao fato de que o processo de trabalho em saúde costuma ser unidirecional – sujeito/objeto, enquanto a comunicação plena exige multidirecionalidade entre dois sujeitos que se encontram no mundo.

Diante da compreensão de que os profissionais nem sempre atendem a estas expectativas dos pacientes, há de se refletir sobre qual a real importância da dimensão técnica sobre o cuidado de enfermagem, pois se o cuidado instrumental é tão relevante para enfermeiras e auxiliares de enfermagem, seria esta prática o essencial para a Enfermagem? Se não fosse a atividade instrumental do cuidar, em que se constituiria a profissão? Existe propriamente o cuidado na Enfermagem? Ela só tem razão de ser pelo fazer técnico-científico? Onde se perdeu a dimensão humanística originária da solicitude autêntica do outro no processo de cuidar na Enfermagem?

Espero, portanto, que a compreensão revelada pela presente investigação possa contribuir para esta discussão na medida em que, ao sabermos qual o desejo dos pacientes que se apresentam como o Ser para o qual nosso fazer se volta, possamos aproximar nossa prática dos seus anseios e expectativas de serem originariamente cuidados por nós, uma vez que ocupamos nosso dia-a-dia junto destas pessoas.

Estou certa de que os estudos fenomenológicos têm a missão de compreender fenômenos da instância existencial e, por isso, não comportam abrangências dedutivas; no entanto, creio trazer neste estudo uma contribuição relevante quanto à compreensão do conceito de cuidado em terapia intensiva cardíaca, de modo que seja capaz de transformar a prática profissional de enfermeiras e auxiliares de enfermagem que tenham a oportunidade de refletir sobre suas revelações. Ressalte-se a importância de que mais investigações desta natureza sejam realizadas entre os profissionais de enfermagem de nível

técnico, pois eles pouco têm sido investigados, como se sua prática não se constituísse também na profissão Enfermagem.

O objetivo desta reflexão é alcançar os centros formadores de maneira tal que a formação dos futuros profissionais seja por ela alimentada. Isto por considerar que se a construção deste comportamento tiver base na formação profissional, certamente o intuito da prática de cuidar na Enfermagem subsidiada pela compreensão existencial da pessoa cuidada será atingido. Estaríamos, por esta via, nos distanciando do mero falatório do discurso do cuidado humanizado e nos dirigindo para o cuidado autêntico do outro. É necessário ainda ressaltar a importância atribuída por Vergnaud (1995) ao acordo entre formação e competência profissionais, afinal, o processo de formação inicial e continuada de uma pessoa é necessário para que ela adquira competências voltadas a capacitá-la para demonstrar o melhor serviço que possa oferecer.

Por fim, apesar da consciência da subjetividade que envolve a compreensão apreendida nesta investigação, pela certeza de tratar ela de uma *alétheia* hermeneuticamente construída, por isso sempre apreensível e nunca plenamente revelada, acredito poderem suas revelações suscitar o desejo de reflexões e, com isso, contribuir para a quebra do paradigma da fascinação que os enfermeiros têm pela dimensão instrumental do cuidado e, especialmente, que favoreça a excelência na prestação do cuidado, manifestado autenticamente, conforme os pacientes envolvidos neste estudo demonstraram ansiar e desejar dos profissionais de enfermagem.

5ª PARTE

7 REFERÊNCIAS

ANEXOS

7 REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 3. ed. Trad. Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cad. Pesq.**, São Paulo, n. 77, p. 53-61, maio 1991.

AMATUZZI, M. M. Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. Campinas, **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 5-10, 1996.

AMATUZZI, M. M. **O resgate da fala autêntica**: filosofia da psicoterapia e da educação. Campinas: Papirus, 1989.

APPLETON, C. The art of nursing: the experience of patients and nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 18, p. 892-899, 1992.

BARBOSA, S. F. F. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos**: a (re)invenção possível. Blumenau: Nova Letra, 1999.

BARNARD, A. A critical review of the belief that technology is a neutral object and nurses are its master. **Journal of Advanced Nursing**, v. 26, p. 126-131, 1997.

BARNUN, B. J. S. **Nursing theory**: analysis, application, evaluation. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 1994.

BARTUNEK, J. M.; LOUIS, M. R. **Insider/outside team research**. London: SAGE Publications, 1996.

BECK, C. L. C. et al. O cuidado na enfermagem - essência e possibilidade de crescimento para a profissão (cd-rom). São Paulo: **Anais Eletrônicos**, ENTEC, 6, 1998. 1cd-rom.

BECK, C. L. C.; GONZÁLES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M. T. (org.) **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

BELAND, I. L.; PASSOS, J. Y. **Enfermagem clínica**: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. Trad. Beti Raquel Lerner, Lídia Aratangy. São Paulo: EPU, 1979. v.1, v.2, v. 3.

BENNER, P. **From novice to expert**: excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison-Wesley Publishing Company, 1984.

- BERTTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: Ed. Pe. Berthier, 1998.
- BITTES JÚNIOR, A. **Cuidando e des-cuidando**: o significado para o paciente. São Paulo, 2001.
- BOGDAN, R.; BIKLE, S. **Investigação qualitativa em educação** - uma introdução à teoria e aos métodos. Lisboa: Porto Editora, 1994.
- BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- _____. **Princípio de compaixão e cuidado**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- BRASIL-MS, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996. (mimeo.).
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 3. ed. Trad. Cecília Pecego Coelho; Cleonice Vicente Ribeiro; Maria Liduína Melet Freitas. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 5. ed. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix Ltda., 1982.
- CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987.
- CARVALHO, E. C. Paradigmas do cuidar em enfermagem. (cd-rom). São Paulo: **Anais Eletrônicos**, ENTEC, 6, 1998. 1cd-rom.
- CARVALHO, Z. M. F. **O cuidado de enfermagem com o paciente paraplégico hospitalizado**: estudo à luz da teoria de Jean Watson. Fortaleza: UFC, 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, UFC, 2002.
- CARVALHO, Z. M. F. C. et al. O cuidado de enfermagem nas dimensões espiritual e religiosa do paciente cirúrgico. **Cadernos Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 97-105, 2001.
- CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing**: a systematic approach. 4th ed. St. Louis: Mosby, 1995.
- CHINN, P. L. Developing a method for aesthetic knowing in nursing. In: CHINN, P. L.; WATSON, J. **Art and aesthetics in nursing**. New York, National League for Nursing, 1994. p.19-40.

- CHINN, P. L. Caring: theory & practice. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. (orgs.) **A construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE, 1998. p. 15-29.
- CHIPMAN, I. Caring: It's meaning and place in the practice of nursing. **J. of Nurs. Educ.** Thorofare, v. 30, n. 4, Apr. 1991.
- COREN, Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. **Legislação**. Fortaleza: COREN-CE, 2002.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Trad. Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- CORETH, E. **Questões fundamentais de hermenêutica**. Trad. Carlos Lopes de Matos. São Paulo: EPU, 1973.
- CREMA, R. Paradigma do cuidar numa sociedade em transformação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998. **Anais**. Salvador, 1998. p. 49-56.
- CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design**: choosing among five traditions. London: SAGE Publications, 1998.
- CROSSETTI, M. G. **O processo de cuidar** – uma aproximação à questão existencial na enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem). UFSC, 1997.
- CROSSETI, M. G. et al. Elementos do cuidar/cuidado: a perspectiva das enfermeiras de um município gaúcho. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 151-173, maio-ago. 1998.
- DARBYSHIRE, P. Understanding caring through arts and humanities: a medical/nursing humanities approach to promoting alternative experiences of thinking and learning. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, p. 856-863, 1994.
- DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.
- DIAGNÓSTICOS de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 1999-2000 / organizado por North American Nursing Association; Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- DILTNEY, W. **Introducción a las ciencias del espíritu**. México: Fondo de Cultura Económica, 1949.

- DONZELLI, T. A. **Método fenomenológico e a pesquisa em enfermagem**. Curso proferido na Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC, Fortaleza, 3-7 nov. 1997.
- DU GAS, B. W. **Enfermagem prática**. 3. ed. Trad. Césio Ricardo Costa et al. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
- FARIA, E. M. O diálogo das intersubjetividades na saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC – Ed. Papa Livros, 1999. p. 121-150.
- FORREST, D. The experience of caring. **Journal of Advanced Nursing**, v. 14, p. 815-823, 1989.
- GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem - versões e interpretações**. Rio de Janeiro: RETIVER, 1995. p. 1-38.
- GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.
- GOLDMAN, L. BRAUNWALD, E. **Cardiologia na clínica geral**. Trad. Lelis Borges do Couto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- GOMES, C. A. (org.) **Sanatório de Messejana – 50 anos: uma história a ser contada**. Fortaleza: SOBRAMES, 1998.
- GONZAGA, M. L. C.; ARRUDA, E. N. O cuidado na hospitalização: uma perspectiva infanto-juvenil. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 195-218, maio-ago. 1998.
- GUEDES, M. V. C. Serviço de enfermagem: sua importância para a medicina do Ceará. In: GOMES, C. A. (org.) **Sanatório de Messejana – 50 anos: uma história a ser contada**. Fortaleza: SOBRAMES, 1998. p.145-153.
- HEIDEGGER, M. **Essais et conférences**. Trad. André Préau. Paris: Gallimard, 1958.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1993. v. 1.

- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1993. v. 2.
- HERRERA B. S.; AFANADOR, N. P. (orgs.) **Dimensiones del cuidado**. Colombia: Facultad de Enfermería : Universidad Nacional de Colombia, 1997.
- HICKMAN, J. S. Introdução à teoria de enfermagem. In : GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p.11-20.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- HOSPITAL DE MESSEJANA. **Manual de regimento interno e normas funcionais da Unidade de Enfermagem**. Fortaleza, 1999. (mimeo.).
- HUSSERL, E. **A idéia da fenomenologia**. Lisboa: Edições 70, 1990.
- INTERNATIONAL Council of Nursing (ICN). International Classification for nursing practice. Disponível em <http://icn.ch./icnpupdate.htm>. 2002.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Trad. Maria Alice Dias da Silva Lima. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- KRETLOW, F. A phenomenological view of illness. **Journal of Advanced Nursing**, v.7, n. 2, p. 8-10, Dec. 1990.
- LEININGER, M. M. et al. **Caring: an essential human need**. Salt Lake City: Edited by Madeleine M. Leininger, R.N., PhD., L.H.D., F.A.A.N., 1980.
- LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados de enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
- _____. **Cuidado face ao trabalho da enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1999. (mimeo.).
- _____. Alguns aspectos da investigação qualitativa. In: LEOPARDI, M. T. (org.) **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Pallotiti, 2001. p. 223-247.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LOPES, N. G. M. **A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar**. Lisboa: Instituto

Superior de Ciências do Trabalho e da Imprensa, 1994. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Imprensa, 1994.

LUNARDI FILHO, W. D. A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem - o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 2, n. 1, p. 90-95, jan.-jun. 1997.

MAIA, A. R. R. O cuidado na perspectiva dos clientes atendidos em ambulatório. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 133-150, maio-ago. 1998.

MINISTÉRIO da Educação (MEC). Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/abmes.htm>, 2002.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing development and progress.** 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

MELTZER, L. E. M. et al. **Intensive coronary care: a manual for nurses.** 5th ed. Miami: Kathleen Drawp, 1995.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.

MENDONÇA, N. D. **O uso dos conceitos: uma questão de interdisciplinaridade.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOREIRA, R. V. O. **Seminário: A epistemologia e a multiplicidade de métodos,** em Fortaleza-CE, nos semestres I e II de 1998 (100 horas).

MOREIRA, R. V. O. **Seminário: A questão da técnica,** em Fortaleza-CE, no semestre I de 2001 (60 horas).

MORIN, E. **Os setes saberes necessários à educação do futuro.** 2. ed. Trad. Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez; Brasília, DF, UNESCO, 2000.

MORRISON, P. Nursing and caring: a personal construc theory of some nurses' self-perceptions. **Journal of Advanced Nursing,** v. 14, n. 1, p. 421-426, 1989.

_____. The caring attitude in nursing practice: a repertory grid study of trained nurses' perceptions. **Nurse Education Today,** v. 11, n. 1, p. 3-12, 1991.

MORSE, J. M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Adv. Nurs. Sci.** v. 1, n. 13, p. 1-14. 1990.

MORSE, J. M. et al. Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, v. 2, n. 23, p. 19-26, summer, 1991.

MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Nursing research**. 2nd ed. Great Britain: WestKey LIMITED, Falmouth, Cornwall, 1998.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. Trad. Amália Correia de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

NUNES, W. A. **Do cuidar com tecnologia à tecnologia do cuidar**. Ribeirão Preto: USP, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1999.

ORLANDO, J. M. C. **UTI: muito além da técnica...** a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

PALMER, R. E. **Hermenêutica**. Lisboa: Edições 70, 1989.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. **Humanistic nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.

PINHEIRO, M. C. D. **O diagnóstico de enfermagem**: uma hermenêutica do conceito à luz de Martin Heidegger. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 1999.

PLAYLE, J. F. Humanism and positivism in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 979-984, 1995.

PHILLIPS, E. M.; PUGH, D. S. **How to get a Phd**. Philadelphia: End. Philadelphia Open University Press, 1994.

POLAK, Y. N. S. **Análise do conceito de enfrentamento**: revisão da literatura. Florianópolis, UFSC, 1998. (mimeo.).

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RODGERS, B. L.; KNALL, K. A. **Concept development in nursing**: foundations, techniques and applications. Philadelphia: WB Spounders Company, 1993.

RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing**: the art of hearing data. London: SAGE Publications, 1995.

SANTORO, D. C. **O cuidado de enfermagem na unidade coronariana**: um ensaio sobre a dimensão da subjetividade do cuidar. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 2000.

SILVA A. L.; ARRUDA, E. N. Referenciais como base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 82-92, jan.-jun. 1993.

SILVA A. L. O estado da arte do cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 19-32, maio.-ago. 1997.

_____. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. (orgs.). **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 195-241.

SILVA, L. F. **O ser-coronariopata**: entre o viver autêntico e as amarras ao cotidiano. Fortaleza: UFC, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, UFC, 1997.

SILVA, L. F.; DAMASCENO, M. M. C. O ser-coronariopata: entre o viver autêntico e as amarras ao cotidiano. Brasília, **R. Bras. Enferm.**, v. 52, n. 1, p. 91-99, jan.-mar. 1999.

SILVA, L. F.; DAMASCENO, M. M. C.; MOREIRA, R. V. O. Contribuição dos estudos fenomenológicos para a enfermagem. Brasília, **R. Bras. Enferm.**, v. 54, n. 3, p. 475-481, jul.-set. 2001.

SILVA, L. F. et al. Cuidado como essência humana em Martin Heidegger e a enfermagem. In: MOREIRA, R. V. O.; BARRETO, J. A. E. **A outra margem**: filosofia, teoria de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial/Coleção Alagadiço Novo, 2001. p. 27-49.

SILVA, L. F. et al. Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. Brasília, **R. Bras. Enferm.**, v. 54, n. 4, p. 578-588, out.-dez. 2001.

SOUZA, M. F.; GUTIÉRREZ, M. G. Em que consiste a enfermagem. São Paulo, **Acta**, v. 2, n. 1, p. 5-8, mar. 1989.

STEVENSON, J. S.; TRIPP-REIMER, T. **Knowledge about care and caring**: state of the art and future developments. Kansas City: American Academy of Nursing, 1989.

- VALE, E. G. Novas diretrizes para o ensino de enfermagem no Brasil. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO DE ENFERMAGEM NO BRASIL, 4. Fortaleza, 2000. **Anais**. ABEn-Ceará, 2000. p. 37-47.
- VERGNAUD, G. Quelle théorie pour comprendre les relations entre savoir-faire et savoir? In: BENTOLILA, A. **Les entretiens nahan**: savoir et savoir-faire. Paris: Nathan, 1995.
- WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.
- _____. Cuidado humano e a enfermagem: ampliando sua interpretação. **Esc. Anna Nery R. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 142-153, dez. 1997.
- WALDOW, V. R. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 3, n. 2, p. 7-10, jul.-dez. 1997.
- _____. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.
- _____. **O cuidado humano na enfermagem**. Curso proferido na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, 2000.
- _____. Peculiaridades e contradições do cuidar: um estudo etnográfico. **Nursing- Revista Técnica de Enfermagem**. São Paulo, v. 4, n.33, p. 18-24, fev. 2001.
- WATSON, J. **Nursing - human science and human care**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1999.
- WEBER, S. J. The nature of interviewing. **Phenomenology and Pedagogy**, v. 4, n. 2, p. 65-72, 1986.
- WOLFF, L. D. G. et al. Cuidar/cuidado: elemento e dimensão na perspectiva de pessoas internadas em hospital de ensino. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 3, n. 1, p. 32-39, jan.-jun. 1998.
- WOODWARD, V. M. Professional caring: a contradiction in terms?. **Journal of Advanced Nursing**. v. 26, n. 5, p. 999-1004, 1997.

ANEXOS

ANEXO A 1

FORMULÁRIO
(Enfermeiras)

Dados de Identificação:

- Idade (em anos): _____
- Estado civil: _____
- Ano de conclusão do Curso de Enfermagem: _____
- Tempo de trabalho na instituição: _____
- Vínculo na instituição: _____
- Outra atividade profissional: sim () não ()
 Caso afirmativo,
 - Na área da cardiologia: _____
 - Outra área da saúde: _____
 - Outro ramo de atividade: _____
- Carga horária semanal de trabalho (em horas): _____
- Carga horária semanal na área da cardiologia: _____
- Curso de pós-graduação: sim () não ()
 Caso afirmativo, qual(ais): _____

- Participação de cursos na área da enfermagem: sim () não ()
 Caso afirmativo, qual(ais): _____

- Participação de cursos na área da cardiologia: sim () não ()
 Caso afirmativo, qual(ais): _____

- Produção de trabalhos científicos: sim () não ()
 Caso afirmativo, qual(ais): _____

ANEXO A 2

FORMULÁRIO
(Auxiliar de Enfermagem)

Dados de Identificação:

- Idade (em anos): _____
- Estado civil: _____
- Ano de conclusão do Curso de Auxiliar de Enfermagem: _____
- Tempo de trabalho na instituição: _____
- Vínculo na instituição: _____
- Outra atividade profissional: sim () não ()

Caso afirmativo,

- Na área da cardiologia: _____
- Outra área da saúde: _____
- Outro ramo de atividade: _____

- Carga horária semanal de trabalho (em horas): _____
- Carga horária semanal na área da cardiologia: _____
- Participação de cursos na área da enfermagem: sim () não ()

Caso afirmativo, qual(ais): _____

- Participação de cursos na área da cardiologia: sim () não ()

Caso afirmativo, qual(ais): _____

ANEXO A₃

FORMULÁRIO
(Paciente)

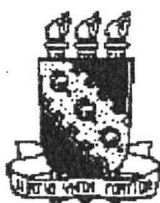
Dados de Identificação:

- Idade (em anos): _____
- Sexo: () Masc. () Fem.
- Estado civil: _____
- Profissão: _____ Ocupação: _____
- Renda mensal (salários mínimos): _____
- Naturalidade: _____ Procedência: _____
- Diagnóstico médico: _____
- Número de internações: _____
- Tempo de internação: _____
- Sabe distinguir enfermeira e auxiliar de enfermagem: sim () não ()
- Observações:

ANEXO B₂**QUESTÃO INICIAL**
(Paciente)

- ☞ Qual o significado que teve para o(a) senhor(a) ter sido cuidado pela(o)s profissionais da equipe de enfermagem do Centro Coronariano?

ANEXO C₁



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 130/2000

Fortaleza, 02 de outubro de 2000

Protocolo nº 109/2000

Pesquisador responsável: Dra. Lúcia de Fátima da Silva

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Cuidado de enfermagem: estudo hermenêutico em Martin Heidegger"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 28 de setembro de 2000. Aguardamos, posteriormente, um resumo do relatório final da pesquisa em apreço.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

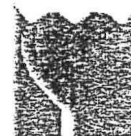
Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC

Lúcia de Fátima da Silva

ANEXO C₂



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE – SESA
HOSPITAL DE MESSEJANA /DITEC /UNENF



COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Fortaleza, 05 de outubro de 2000

Pesquisadora Responsável: Lúcia de Fátima da Silva

Departamento: Educação Continuada/ Unidade de Enfermagem

Título: Cuidado de Enfermagem- um estudo hermenêutico em Martin Heidegger

Levamos ao conhecimento de V. Sa. que o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Messejana/CONEP, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/MS, resolução nº 196/96, resolução nº 251/97, publicado no diário oficial da União em outubro/96 e set/97, respectivamente, aprovou o projeto supra-citado.

Aguardamos, posteriormente, o resumo do relatório final da pesquisa em apreço.

Ana Ruth Macêdo Monteiro

Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro
Representante do Comitê de ética e Pesquisa do HM

Lúcia de Fátima da Silva

ANEXO D₁**Título da Tese:**

***Cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica:
Hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana***

OBJETIVO GERAL: Desvelar o sentido do conceito de cuidado de enfermagem por meio dos discursos de profissionais de enfermagem e pacientes envolvidos no contexto da terapia intensiva cardiológica.

METODOLOGIA: A coleta de dados será efetuada através da observação do processo de cuidar e da obtenção de entrevistas semi-estruturadas junto a enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pacientes em unidade de terapia intensiva cardiológica.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, enfermeira, COREn ____ nº _____, exercendo minha atividade profissional na Unidade _____ do Hospital _____, declaro que fui informada acerca do objetivo e metodologia da pesquisa intitulada Cuidado de Enfermagem em terapia intensiva cardiológica: hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana, desenvolvida pela enfermeira *Lucia de Fatima da Silva*, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado) do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Declaro ainda que concordo em participar, voluntariamente, do estudo e que a mim está assegurado o direito, sem nenhum prejuízo para minha pessoa, de não mais continuar colaborando, se assim o desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo e os depoimentos prestados e os dados obtidos pela observação serão utilizados cientificamente. Estou também ciente que não serei submetida a despesas financeiras, nem receberei pagamento ou gratificação pela minha participação no referido estudo.

Em ____/____/____ _____
Enfermeira informante

Em ____/____/____ _____
Enfermeira pesquisadora

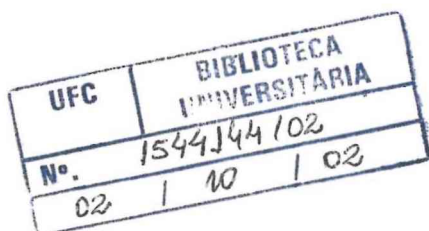
RG: 1.210.291 SSP-CE COREn-CE 23.968
Endereço: Rua Paulino Nogueira, 283/1, Benfica
CEP: 60020-270 Fortaleza-CE

Lucia de Fatima da Silva

ANEXO B₁**QUESTÃO INICIAL**
(Profissional de enfermagem)

- ☞ Qual o significado que tem para você o cuidado de enfermagem prestado às pessoas internadas no Centro Coronariano?

* Foto da Capa: Escultura *Caring*, de Kavin Casey
Disponível em <http://www.bogwood.net/caring.htm>



FICHA CATALOGRÁFICA

S581c Silva, Lucia de Fatima da
Cuidado de enfermagem em terapia intensiva
cardiológica: hermenêutica do conceito
fundamentada na fenomenologia heideggeriana /
Lucia de Fatima da Silva. – Fortaleza, 2002.
200f.
Orientadora: Profa. Dra. Marta Maria Coelho
Damasceno.
Tese (Doutorado). Universidade Federal do
Ceará. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.
1. Cuidado de enfermagem. 2. Fenomenologia.
3. Unidade de Terapia Intensiva. I - Título

CDD 610.73

ANEXO D₂**Título da Tese:**

***Cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica:
Hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana***

OBJETIVO GERAL: Desvelar o sentido do conceito de cuidado de enfermagem por meio dos discursos de profissionais de enfermagem e pacientes envolvidos no contexto da terapia intensiva cardiológica.

METODOLOGIA: A coleta de dados será efetuada através da observação do processo de cuidar e da obtenção de entrevistas semi-estruturadas junto a enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pacientes em unidade de terapia intensiva cardiológica.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, auxiliar de enfermagem, COREn ____ nº _____, exercendo minha atividade profissional na Unidade _____ do Hospital _____, declaro que fui informado(a) acerca do objetivo e metodologia da pesquisa intitulada Cuidado de Enfermagem em terapia intensiva cardiológica: hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana, desenvolvida pela enfermeira *Lucia de Fatima da Silva*, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado) do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Declaro ainda que concordo em participar, voluntariamente, do estudo e que a mim está assegurado o direito, sem nenhum prejuízo para minha pessoa, de não mais continuar colaborando, se assim o desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo e os depoimentos prestados e os dados obtidos pela observação serão utilizados cientificamente. Estou também ciente que não serei submetido(a) a despesas financeiras, nem receberei pagamento ou gratificação pela minha participação no referido estudo.

Em ____/____/____ _____
Auxiliar de Enfermagem informante

Em ____/____/____ _____
Enfermeira pesquisadora
RG: 1.210.291 SSP-CE COREn-CE 23.968
Endereço: Rua Paulino Nogueira, 283/1, Benfica
CEP: 60020-270 Fortaleza-CE

Lucia de Fatima da Silva

ANEXO D₂**Título da Tese:**

***Cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica:
Hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana***

OBJETIVO GERAL: Desvelar o sentido do conceito de cuidado de enfermagem por meio dos discursos de profissionais de enfermagem e pacientes envolvidos no contexto da terapia intensiva cardiológica.

METODOLOGIA: A coleta de dados será efetuada através da observação do processo de cuidar e da obtenção de entrevistas semi-estruturadas junto a enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pacientes em unidade de terapia intensiva cardiológica.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, auxiliar de enfermagem, COREn ___ nº _____, exercendo minha atividade profissional na Unidade _____ do Hospital _____, declaro que fui informado(a) acerca do objetivo e metodologia da pesquisa intitulada *Cuidado de Enfermagem em terapia intensiva cardiológica: hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana*, desenvolvida pela enfermeira *Lucia de Fatima da Silva*, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado) do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Declaro ainda que concordo em participar, voluntariamente, do estudo e que a mim está assegurado o direito, sem nenhum prejuízo para minha pessoa, de não mais continuar colaborando, se assim o desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo e os depoimentos prestados e os dados obtidos pela observação serão utilizados cientificamente. Estou também ciente que não serei submetido(a) a despesas financeiras, nem receberei pagamento ou gratificação pela minha participação no referido estudo.

Em ___/___/___ _____
Auxiliar de Enfermagem informante

Em ___/___/___ _____
Enfermeira pesquisadora
RG: 1.210.291 SSP-CE COREn-CE 23.968
Endereço: Rua Paulino Nogueira, 283/1, Benfica
CEP: 60020-270 Fortaleza-CE

Lucia de Fatima da Silva

ANEXO D₃**Título da Tese:**

***Cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica:
Hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana***

OBJETIVO GERAL: Desvelar o sentido do conceito de cuidado de enfermagem por meio dos discursos de profissionais de enfermagem e pacientes envolvidos no contexto da terapia intensiva cardiológica.

METODOLOGIA: A coleta de dados será efetuada através da observação do processo de cuidar e da obtenção de entrevistas semi-estruturadas junto a enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pacientes em unidade de terapia intensiva cardiológica.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, RG: _____ internado(a) na Unidade _____ do Hospital _____, declaro que fui informado(a) acerca do objetivo e metodologia da pesquisa intitulada Cuidado de Enfermagem em terapia intensiva cardiológica: hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana, desenvolvida pela enfermeira *Lucia de Fatima da Silva*, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado) do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Declaro ainda que concordo em participar, voluntariamente, do estudo e que a mim está assegurado o direito, sem nenhum prejuízo para minha pessoa, de não mais continuar colaborando, se assim o desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo e os depoimentos prestados e os dados obtidos pela observação serão utilizados cientificamente. Estou também ciente que não serei submetido(a) a despesas financeiras, nem receberei pagamento ou gratificação pela minha participação no referido estudo.

Em ___/___/___ _____
Paciente informante

Em ___/___/___ _____
Enfermeira pesquisadora
RG: 1.210.291 SSP-CE COREn-CE 23.968
Endereço: Rua Paulino Nogueira, 283/1, Benfica
CEP: 60020-270 Fortaleza-CE

Lucia de Fatima da Silva