

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - REPENSUL
EXPANSÃO PÓLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**O VIVENCIAR DO CUIDADO CULTURAL
NA SITUAÇÃO CIRÚRGICA**

MARIA HELENA LENARDT

CURITIBA, ABRIL DE 1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - REPENSUL
EXPANSÃO PÓLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**O VIVENCIAR DO CUIDADO CULTURAL
NA SITUAÇÃO CIRÚRGICA**

MARIA HELENA LENARDT

**ORIENTADORA: MERCEDES TRENTINI
CO-ORIENTADORA: YMIRACY N. S. POLAK**

CURITIBA, ABRIL DE 1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - REPENSUL
EXPANSÃO PÓLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**O VIVENCIAR DO CUIDADO CULTURAL
NA SITUAÇÃO CIRÚRGICA**

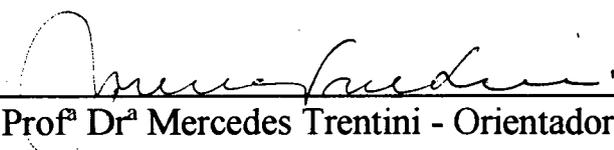
MARIA HELENA LENARDT

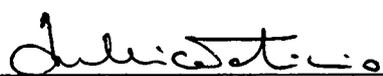
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

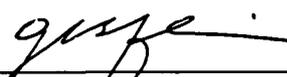
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

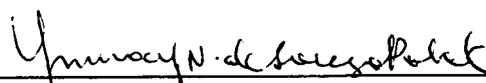
sendo aprovada em 30 de abril de 1996, e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

BANCA EXAMINADORA:


Profª Drª Mercedes Trentini - Orientador - Presidente


Profª Drª Zuleica M. Patrício - Membro


Profª Drª Gláucia Borges Seraphim - Membro


Profª L. D. Ymiracy N. de Souza Polak - Membro

À minha irmã
Ione

AGRADECIMENTOS

Desejo manifestar meus agradecimentos a todos as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização do Curso de Mestrado aqui em Curitiba e na elaboração deste trabalho.

Agradeço especialmente:

Aos pacientes e familiares sem os quais este trabalho não teria sido possível. Agradeço os momentos que compartilhamos, alegrias, sofrimentos e sentimentos de emoção proporcionados pelo Cuidado Cultural.

À professora Mercedes Trentini minha admiração pelo Ser Humano que é, pela sua orientação e sugestões nesta dissertação.

À professora Ymiracy N. S. Polak pela facilidade em me compreender, disponibilidade e sugestões durante todo o Curso de Mestrado e na elaboração deste estudo.

À professora Maria de Lurdes Centa pela sua incansável luta para trazer o Curso de Mestrado para o departamento de Enfermagem da UFPR.

À professora Eloita N. Arruda por ter proporcionado a oportunidade de estudar a Teoria de Leininger.

À professora Lygia Paim Müller Dias pelo carinho e sugestões durante a defesa do projeto deste trabalho.

À professora colega Neusi S. Tomasi que tantas vezes soube ouvir, orientar e tranquilizar nas minhas constantes dúvidas e questionamentos.

À professora colega Fátima Said pela emoção despertada quando assisti suas competentes apresentações de trabalhos durante o Curso de Mestrado e pelo seu carinho e atenção.

À Viviane Maysa Tomazoni aluna e bolsista do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde Adulto (GEMSA) pela prontidão e dedicação na digitação deste estudo.

As Colegas do Curso de Mestrado pela solidariedade e harmoniosa convivência.

Ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto pelo apoio e atenção.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
1 - INTRODUÇÃO.....	01
1.1 - Objetivos.....	07
1.2 - Minha caminhada para o cuidado cultural.....	07
2 - REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 - Cultura.....	10
2.2 - A cultura como dimensão básica de interação no processo de cuidar de enfermagem.....	26
3 - MARCO REFERENCIAL.....	43
4 - PROCESSO DE CUIDAR.....	54
4.1 -Contexto no processo de cuidar.....	54
4.2 - Os participantes.....	56
4.3 - Método de registro e análise de dados.....	57
4.4 - Método de abordagem.....	59
4.5 - Entrada no campo de prática.....	67
4.6 - Momentos vividos do processo de cuidar.....	72

5 - ANÁLISE DA CAMINHADA.....	110
5.1 - Análise da caminhada com o paciente cirúrgico.....	110
5.2 - Momentos dessa caminhada para o cuidado cultural..	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135
ANEXOS.....	145

RESUMO

Este estudo descreve uma prática de enfermagem, com objetivo de prestar cuidado ao paciente cirúrgico, conforme um marco referencial. Esta prática foi desenvolvida com três pacientes, desde o pré-operatório até a alta hospitalar, em um hospital Universitário da cidade de Curitiba, no período de setembro a outubro de 1994. A elaboração do marco referencial, partindo das minhas crenças, fundamenta-se nas idéias de vários autores, particularmente de **Leininger**, referente ao cuidado do ponto de vista **cultural**. O enfoque deste marco está centrado na visão de mundo do homem, nas suas crenças, valores, cuidados, expectativas e estilo de vida cotidiana. Tais elementos tornam o marco de caráter predominantemente sócio-cultural, cujo conceito-base é a **cultura** e o instrumento básico é a **interação**. Cuidar do paciente cirúrgico representou a aplicação do processo de enfermagem, cujas fases se interligaram. **O cuidado se apresentou como instrumento inicial mais efetivo do processo de interação**. Esta prática oportunizou cuidar o **vivenciar elementos novos** que emergiram, de uma forma muito real, natural, educativa e sobretudo de crescimento profissional.

ABSTRACT

This study describes a nursing practice which aimed at the patient undergoing surgery, providing him/her with care according to a reference landmark. Three patients were assisted and this practice comprised pre-surgical period until discharge in a University Hospital in Curitiba City from September/94 to October/94. The reference landmark, elaborated having in mind my personal beliefs, is supported by many authors' ideas, particularly LEININGER's: caring through a cultural viewpoint. The landmark is focused on the individual's cosmovision, his/her beliefs, values, cares and expectations and daily life styles. Such elements provide the landmark with a prevailing sociocultural character: the basic concept is **culture** and the basic instrument is **interaction**. Caring the patient undergoing surgery meant the application of the nursing process whose phases interconnected. **Care resulted in the most effective initial instrument in the interactive process**. This practice offered the opportunity to **experience new elements** which evolved in a real, natural and educational way, and ultimately enabled professional enhancement.

INTRODUÇÃO

Desde muito cedo tenho especial interesse em conhecer como as pessoas, os povos, vivem o seu cotidiano. Este interesse mobilizou-me a buscar nos livros este novo mundo, que descortinava, para mim, outros horizontes, outras culturas, o estar-no-mundo de cada um. Essa busca foi uma constante quando fazia a minha formação escolar no segundo grau. Recordo-me de uma das obras lidas nesse sentido, o “best-seller” do escritor Brown: Enterrem meu coração na curva do rio, que conta a história dos índios do Oeste Americano, a tal gente pintada que berrava e era um povo altivo, nobre, com uma cultura própria, que só entrava em guerra defendendo o direito de viver nas terras que sempre foram suas. Contra eles, um dos maiores exércitos da época, armado com as últimas descobertas da tecnologia bélica para enfrentar mosquetões obsoletos e arcos e flechas (Brown, 1970). Na convivência através dessas leituras com a tal “gente de cara pintada” encontrei uma unidade de pensamento, de ações e reações que, próprias aos homens e mulheres vivendo nas mesmas condições econômicas e sociais e em regiões climáticas semelhantes, deveria ser a de todos. Sem perceber, o conceito de cultura, desde então, tomou forma mais precisa e abrangente em meu espírito. Recordo-me também quando freqüentava o Curso de Especialização em Metodologia da Pesquisa em Enfermagem, já como docente, em 1987. Fiquei muito emocionada quando li, na obra de Brandão (1985), a carta-resposta dos Índios Americanos ao governo da época, que pedia que eles enviassem alguns de seus jovens às escolas dos brancos. Os chefes índios escreveram assim: “... Nós estamos convencidos, portanto, que os senhores desejam o bem para nós e agradecemos de todo o coração. Mas

aqueles que são sábios reconhecem que diferentes nações têm concepções diferentes das coisas e, sendo assim, os senhores não ficarão ofendidos ao saber que a vossa idéia de educação não é a mesma que a nossa. ...Muitos dos nossos bravos guerreiros foram formados nas escolas do Norte e aprenderam toda vossa ciência. Mas, quando eles voltavam para nós, eles eram maus corredores, ignorantes da vida na floresta e incapazes de suportarem o frio e a fome. Não sabiam como caçar o veado, matar o inimigo e construir uma cabana, e falavam a nossa língua muito mal. Eles eram, portanto, totalmente inúteis. Não serviam como guerreiros como caçadores ou como conselheiros. Ficamos extremamente agradecidos pela vossa oferta e, embora não possamos aceitá-la, para mostrar a nossa gratidão oferecemos aos nobres senhores de Virgínia que nos enviem alguns dos seus jovens, que lhes ensinaremos tudo o que sabemos e faremos, deles, homens.”

Mesclando este passado com os conhecimentos adquiridos como aluna do curso de Graduação e Especialização em Enfermagem e, hoje, os vivenciados por mim na situação de trabalho como docente-assistencial, retomei a rede do passado, ainda presente em minha memória, e comecei a estabelecer relações. É com freqüência que faço comparações entre o modelo bio-médico de atendimento aos pacientes cirúrgicos, com os quais tenho contato no meu trabalho, uma vez que esta é minha área de atuação, e o “modelo de atendimento” dos governantes para com os Índios Americanos. Um modelo centrado na fisiopatologia, justaposto, não baseado na compreensão pessoal; um modelo verticalizado, autoritário, que não dá espaço ou que pouco considera as dimensões sociais e culturais da doença.

Os ritos de cura modernos desconsideram a realidade do doente e sua capacidade de recuperar a própria saúde. De sujeito que adoece e sofre o

homem passa a ser encarado como mecanismo frágil, que deve ser submetido à constante reparação pela ação da medicina moderna. Illich apud (Palmeira 1992).

As normas de conduta orientadas à prevenção do mal não se relacionam mais a qualquer ordem ética ou moral; visam o controle de constantes fisiológicas que devem ser mantidas dentro de padrões tidos como normais. O impulso para analisar e classificar é a herança da medicina, segundo Remen (1993), recebida das ciências físicas e biológicas; a confiança na ciência, que faz parte de nossa cultura pode, na verdade, tornar difícil a aceitação do fato de que essa abordagem possui uma eficiência limitada na previsão, compreensão e solução dos problemas humanos. O desafio, segundo a autora, consiste em atribuir à ciência seu lugar certo e verdadeiro na área de saúde, que é o de instrumento valioso e poderoso para ser usado dentro de uma estrutura de referência mais ampla. No esforço de aplicar a ciência aos cuidados com a saúde, o sistema separou a doença dessa estrutura de referência e considerou-a isoladamente, sem levar em conta a pessoa que sofre com ela ou o ambiente que, em parte, a encorajou ou provocou.

Desenvolvendo as minhas atividades como docente-assistencial, especialmente na área de Enfermagem Cirúrgica, sinto que as práticas de cuidado das pessoas vêm reiterando, durante décadas, o modelo com ênfase nos cuidados de reparação, deixando em segundo plano os cuidados de manutenção, ou seja, os cuidados que dão continuidade à vida e se constituem a razão da existência humana. Por seguir o modelo bio-médico, também os cuidados de enfermagem relegaram para segundo plano tudo o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida dos homens, a sua razão de existir (Collière, 1989).

Este fato é fácil de ser observado pois encontra-se presente desde a admissão até a alta do paciente cirúrgico, enfatizado por Epstein (1977), ao destacar que o paciente não deixa sua essência humana na portaria do hospital, enquanto submete uma série de sintomas às análises médicas e às limitações de rotina hospitalar. Traz consigo também seus sentimentos, muito dos quais não têm relação direta com a doença, e vem com numerosas percepções desenvolvidas por sua cultura ambiental. Toda patologia requer, segundo Fabry (1984), antes de mais nada, um diagnóstico, um “olhar através de”, isto é, através do *pathos* para o *logos* que se situa mais a diante; um olhar para o significado que está por detrás do sofrimento. Na verdade, a enfermagem trabalha diariamente com dimensões da pessoa, tais como sentimentos, crenças, forças, valores, aspirações e objetivos. Mas a compreensão que temos dos outros e de nós mesmos é, de modo geral, inconsciente e intuitiva. Dificilmente essa informação é sistemática, deliberadamente estudada e intencionalmente utilizada. Este quadro mobilizou-me em busca de estratégias de mudanças e, tendo em vista uma assistência mais humana e real, sinto ser importante e urgente a alteração deste modelo tradicional de assistir. Importância esta que me impeliu como enfermeira a buscar referenciais que subsidiassem a prática de enfermagem de modo a desenvolvê-la fundamentada em conceitos e alicerçada nas exigências do paciente, em sua realidade e não apenas na literatura e nos manuais cirúrgicos.

Embora conhecendo algumas das Teorias de Enfermagem, não conseguia me sentir “em casa” com nenhuma das abordagens com as quais tinha familiaridade. Parecia estar faltando algo essencial. Durante o Curso de Mestrado, mais especificamente nas disciplinas Fundamentação Teórica da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem, tomei conhecimento da

amplitude desta questão, passando a compreender a importância da operacionalização das teorias existentes. Nesta caminhada, encontrei muitas respostas para meus questionamentos no pensamento de **Leininger**, que enfoca um cuidado ajustado às crenças, aos valores e ao modo de vida das pessoas. Nessa concepção, o cuidado considera *a cultura e o contexto social do indivíduo*. A minha opção encontra respaldo em Waldow et al (1995) que expressa a importância e a contribuição da teoria que é fundamentada num modelo transcultural de enfermagem e que enfoca a idéia do cuidar/cuidado humano em suas diferenças e semelhanças nas variadas culturas no Universo, daí sua denominação de **Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado**.

Leininger via a necessidade de expandir o conhecimento da enfermagem, o qual apresentava um foco bastante limitado e enraizado na lógica positivista, fato este implícito na colocação da autora de que enfermeiras altamente dependentes de atos e instrumentos tecnológicos refletirão um cuidado menos personalizado e humanizado aos clientes.

Quando as técnicas têm supremacia, o lado humano parece ficar obscurecido. Os novos e importantes avanços no processo de cuidar não se concretizarão somente com a descoberta de mais técnicas. Entendo que a enfermeira precisa ser uma profissional disponível para outro ser humano, preocupada em perceber a natureza rica e variada da pessoa humana como um todo. É preciso que ela se desvencilhe de suas antecipações, dos modelos que se habituou a cultivar e perceba o paciente como um ser humano único, que vive sua própria vida, possui oportunidades e potencialidades únicas mas, também, impedimentos únicos, estabelece relações únicas com os demais e defronta-se com seus sofrimentos únicos. Além dessa distinção, o paciente traz consigo

muitas semelhanças da sua realidade sócio-cultural. No âmago de nossa existência, segundo Hycner (1995), cada um de nós incorpora um mundo de significados únicos dentro de um contexto de significados socialmente aceitos.

Vivenciando há 19 anos o papel docente percebo, no processo de ensino-aprendizagem, que o aluno necessita de conteúdos que o subsidiem na operacionalização de modelos conceituais. Kenny (1994) diz que, apesar do aumento do interesse acadêmico pela natureza dos modelos conceituais de enfermagem, não se registra uma tendência para a sua utilização prática pelos enfermeiros. Os modelos têm muitas limitações e centram-se freqüentemente em algumas das generalizações que estão na base de alguns modelos e nem sempre são adequados dos pontos de vista pessoal, cultural e contextual. Ignorar os modelos conceituais de enfermagem e abraçarmos a próxima moda, sem termos aprendido com a experiência significa que, no futuro, iremos enfrentar os mesmos desafios. Vale destacar que a *Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado*, como é conhecida a teoria de Leininger (1985), não propõe, como as demais, um Processo de Cuidar, não explicita como desenvolver um cuidado cultural com o paciente. Destaco os trabalhos de Patrício (1990), Boehs (1990), Monticelli (1994) que propõem modelos baseados no cuidado cultural em situações de saúde/doença extra-hospitalar. Face a estas considerações proponho, encontrar etapas que possibilitem oferecer um cuidado congruente com a cultura do ser que é cuidado na situação intra-hospitalar, resultando desta decisão a questão desafiadora e norteadora deste trabalho: **Como desenvolver um processo metodológico para o cuidado cultural de enfermagem ao paciente internado na situação cirúrgica?**

Espero que este estudo possa contribuir para uma inovação da prática profissional de enfermagem, que as ações de cuidar sejam desenvolvidas

também a partir da visão dos doentes e familiares ao invés da visão da enfermeira. Para tanto, foi desenvolvida uma estrutura teórica básica, a qual será utilizada e aplicada ao *processo de cuidar com*.

1.1 - Objetivos

Tendo em vista o exposto, para este trabalho foram delineados os objetivos abaixo discriminados:

Geral

Desenvolver um processo metodológico para uma prática de cuidado de enfermagem na situação cirúrgica, com base numa visão cultural, alicerçada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger.

Específico

Implementar o processo metodológico tendo em vista os costumes, a linguagem, crenças, valores e expectativas das pessoas que vivenciam a situação cirúrgica.

1.2 - Minha caminhada para o cuidado cultural

Das experiências profissionais há 19 anos como supervisora de estágios dos alunos do Curso de Graduação de Enfermagem, surgiu a preocupação constante e crescente com uma Metodologia adequada e creditada para o cuidado com o paciente cirúrgico. Utilizamos modelos de teorias, durante todos esses anos nos estágios com os alunos, que não frutificaram e me sentia frustrada

e limitada na assistência, por perceber que não havia plena satisfação dos pacientes com a maioria dos cuidados recebidos e, principalmente, quando retornavam para consultas ou durante agravamento da doença, que as recomendações de cuidados, muitas vezes, não eram aderidas pelos pacientes.

Ocorreu um episódio interessante quando aplicava, com um grupo de alunos, o *auto-cuidado* para uma paciente japonesa. Momentos antes da alta a aluna foi conferir mais uma vez o auto-cuidado relacionado à bolsa de colostomia e perguntou à paciente como ela iria fixar a bolsa à sua pele. De imediato, o filho respondeu: “Não, este cuidado é meu, eu que vou cuidar dela. Nossa cultura é assim, o filho mais velho é quem cuida da mãe quando ela está doente”. Essas e outras tantas manifestações me davam a dimensão do quanto precisava repensar e redirecionar minhas ações, integrando-as a outras dimensões em minha prática cotidiana. Este foi mais um dentre alguns momentos em que cheguei a acertiva de que nosso “Modelo” usado só atendia a nós: a professora, porque utilizava um método de trabalho; ao aluno, por ser uma das formas de ser avaliado!

Foi durante o Curso de Mestrado, mais especificamente nas disciplinas de Teorias de Enfermagem e Processo de Enfermagem, que tomei conhecimento e encontrei respostas para meus questionamentos e a decisão de utilizar a Teoria de Cuidado Cultural na minha prática assistencial. Esta prática de enfermagem que encontra sua razão de ser na pessoa cuidada e tem o doente como referente, ponto de partida e de chegada dos cuidados, difere muito da prática de cura e cuidados da clínica na qual desenvolvemos o estudo, onde o impulso para rotular e categorizar reflete uma crença cultural comum, na qual a abordagem das ciências físicas é a única maneira de se conhecer as coisas e solucionar problemas. Segundo Remen (1993), abordar a resolução dos problemas de

saúde de tal maneira significa comprometer-se com as antigas questões de dor, doença e morte com uma das mãos amarrada às costas.

Mesmo com esta cultura institucionalizada na clínica, não encontrei dificuldades para pôr em prática meu trabalho. Talvez possa ter como justificativa estar lá há muitos anos, conhecer as equipes, ter feito amigas (os) e, principalmente, ter como objetivo primeiro aplicar posteriormente o processo, somente com os meus alunos.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

Ao desenvolver o processo de cuidar para com o paciente cirúrgico e, mais precisamente, durante a construção do marco referencial para esta prática, levantei informações contidas na literatura que me deram suporte na definição dos conceitos do marco e conduzir o cuidado cultural, relacionadas aos seguintes itens: dados históricos do conceito de *cultura*, da sua *etimologia*, do seu *estudo*, das *definições*, do seu *significado e importância* para a *enfermagem*. Ainda busquei reforço na literatura sobre *cuidado de enfermagem, processo de interação e o cuidado cultural*.

2.1 - Cultura

Aliciado pelas maravilhas da tecnologia, o homem volta a centrar, ansiosamente, sua atenção sobre si mesmo, demonstrando ser um eterno curioso do que ele é e do que ele faz. Os estudos humanísticos, olhados, há tempos, com certo desdém, parece que tornam a ocupar o lugar que merecem. O estudo da antropologia, segundo Helman (1994), cerca-se cada vez mais de maior interesse. O homem nunca foi considerado pura e simplesmente um animal. O que se achou, durante muito tempo, que fosse o sinal distintivo da humanidade do homem foi, para Silva (1989), primeiramente a consciência de seu ambiente próximo, em seguida o distante e, por fim, a consciência de si mesmo. O julgamento sempre envolve reflexão, que por sua vez, envolve representação, o que significa dizer que a relação do homem com a natureza, com os outros homens e consigo mesmo nunca é imediata, mas sempre mediatizada pela representação que tem das coisas, idéias a partir das quais reage fisicamente ou

mentalmente. Os atos dos insetos não têm história, pois são os mesmos em todos os tempos, não se renovam, salvo as modificações resultantes da evolução das espécies e as decorrentes das modificações genéticas. Mesmo quando ocorrem tais mudanças, elas valem para todos os indivíduos da espécie, são transmitidas hereditariamente e não permitem inovações individuais. Para Aranha (1989), as diferenças entre o homem e o animal não são apenas de grau, mas de natureza, pois enquanto o animal permanece envolvido na natureza, o homem é capaz de transformá-la. Contrariamente ao comportamento dos animais, quase bitolado e esquematizado, o dos homens, semelhando o contexto da humanidade, como mosaico, apresenta grande variedades. Assim, o nascimento de um novo ser humano, segundo Ullmann (1991), está, via de regra, acompanhado de ritos especiais; nos hábitos alimentares vemos diferentes maneiras de prover às necessidades de sustento. O modo de vestir e as formas de saudar o semelhante constituem exemplos de diferenças culturais.

A condição humana não deriva da realização hipotética de instintos mas, para Aranha (1989), resulta da assimilação dos modelos sociais e que a existência do homem se faz mediado pela cultura. A cultura está composta de elementos que emergem do processo de interação social e das experiências da vida social. A cultura é adquirida pelo homem a partir do mundo que o rodeia, é o produto do indivíduo e da sociedade. Também Resende (1990), afirma que cultura é a existência significativa do homem através da história. E a história da cultura, para Burke (1995), inclui agora a história das ações ou noções subjacentes à vida cotidiana.

O verbo *cólere*, de que se deriva cultura, exprime a idéia de amansar, cuidar, revolver a terra, fertilizando-a e semeando a boa semente para que produza mais e melhor (Salvador, 1971). Mais tarde, em Cícero, recebeu o

sentido figurado de trato e aprimoramento do espírito. Neste caso o verbo *cólere* vinha sempre acompanhado do termo *animus*: cultura *animi*. O homem que cultiva a natureza, cultiva também a própria natureza. Os gregos, mais afeitos à vida social e política, em lugar do conceito de cultura *animi*, possuíam o de *politéia*, adquirida através da *paidéia*, educação da polidez e da nobreza para a vida social da pólis. A este conceito, os romanos denominaram, mais tarde, de *civilitas*, donde se originou civilização (Salvador, 1971). Para Mosquera (1975), a definição de cultura é uma das mais difíceis de ser dada, isto porque existem inúmeras definições de cultura, diferentes posições teóricas a respeito de que ela seja. Em alguns casos ela chega a confundir-se com sociedade e em outras com a própria história. No mundo antigo já haviam escritos como o de Heródoto, considerado o primeiro etnógrafo, descrevendo a guerra entre a Pérsia e a Grécia, esboçando os costumes, modo de vida, tabus alimentares e cerimônias religiosas destes povos. Na idade Média apareceram vários nomes ligados à etnografia. O mais famoso é do árabe Ibn Batuta que, nas suas viagens, registrou o *modus vivendi* dos povos visitados. Também encontramos nos livros de história do Brasil que Pero Vaz de Caminha, no século XV, em sua carta ao rei de Portugal, fazia considerações sobre as características e hábitos dos nativos do Brasil.

Laraia (1993) cita a idéia de dois antropólogos sobre a origem da cultura: Claude Levi-Strauss e Leslie White. Destaca que Levi-Strauss considera que a cultura surgiu no momento em que o homem convencionou a primeira regra, a primeira norma. Para Levi-Strauss, esta seria a proibição do incesto. Leslie White, considera que a passagem de estado animal para o humano ocorreu quando o cérebro do homem foi capaz de gerar símbolos. O termo cultural pode ter três acepções: desenvolvimento individual, desenvolvimento de grupo e

desenvolvimento da sociedade como um todo. O sociólogo Eliott (1965), explica o desenvolvimento individual como “cultura do indivíduo”, a exemplo do cidadão culto, que vai à escola e faz aprendizado pessoal. A cultura individual compreende as formas singulares que cada indivíduo engendrou para fazer face à realidade e prover as suas necessidades. Explica o desenvolvimento do grupo como “cultura do grupo ou classe”, a exemplo da elite intelectual, a classe literária, o grupo dos médicos, dos materialistas profissionais, etc. A cultura do grupo significa as formas particulares de comportamento das diferentes classes sociais em face da realidade, de acordo com as necessidades do grupo. E finalmente, o desenvolvimento da sociedade como um todo, como “desenvolvimento fundamental”, estando aqui, segundo o autor, o verdadeiro sentido sociológico ou científico da Cultura.

White apud Rosário (1988) afirma que são três os **componentes significativos** da cultura: o **componente tecnológico**, o **componente sociológico** e o **componente ideológico**. A tecnologia consiste em instrumentos e armas e técnicas para usá-las. A sociologia inclui os costumes, instituições e códigos; a ideologia reúne idéias (conceitos) e crenças. Esta divisão da cultura não difere de Ribeiro (1972) ao apresentar, na cultura três níveis operacionais: o adaptativo, o associativo e o ideológico. Também Titiev (1972) coloca em três níveis de relação: o *homem* e as *coisas*; o *homem* e os *homens* e o *homem* e o *sobrenatural*. A diferença, segundo Rosário (1988), entre a divisão de Ribeiro e a de Titiev está na **Tecnologia** que Ribeiro coloca na subdivisão da **Ideologia** e não no **Adaptativo** ou em *O homem* e as *coisas*, de Titiev. Ribeiro resume, no ideológico, os avanços técnicos ao lado das crenças transcendentais.

Toda teoria cultural tem pressupostos meta culturais que lhe servem de base. Bidney apud Salvador (1971) reduz a três estes pressupostos: o realismo, o idealismo objetivo e o materialismo histórico. É realista aquele que considera a cultura como real, no sentido de uma conduta organizada, cientificamente observável e que se manifesta através da experiência e da tradição. É idealista objetivo aquele que sustenta que a cultura é uma corrente de idéias e de valores espirituais que possuem também existência objetiva. O materialismo histórico, como o idealismo objetivo, acredita que a cultura é transcendente, no sentido de que ela está além dos indivíduos e das sociedades, como uma realidade sujeita a seus próprios princípios históricos.

Os evolucionistas do séc. XIX defendiam o predomínio da evolução. Isto porque se escoravam, conforme Viertler (1988), nas provas irrefutáveis das descobertas arqueológicas da época, documentos preciosos que atestavam a crescente complexidade das culturas e civilizações européias do passado, observável a partir dos sítios arqueológicos do Velho Mundo. Lembra também das influências exercidas por Darwin no pensamento da época, ressaltando a mesma tendência ao nível do processo de evolução biológica, além das idéias do “evolucionismo social” preconizadas por autores como Spencer e Comte. Evolucionistas preconizavam a comparabilidade das culturas humanas à base de seqüências de “estágios” de desenvolvimentos. Este era concebido, preponderantemente como uma tendência imanente a todas as culturas, a partir de estágios mais simples para outras de crescente complexidade material e espiritual. Deste ponto de vista, a passagem de uma cultura de um estágio cultural mais simples para outro mais complexo representaria um progresso, justificando as diversas modalidades de interferência em relação às *culturas* colonizadas.

Na sua obra *Primitive Culture*, o evolucionista Tylor (1958) deu a primeira definição válida de cultura (talvez seja a mais citada entre todas) como sendo um todo complexo que inclui um conjunto de estados psicológicos que não são visíveis como os objetos materiais. O autor não salienta a cultura material mas enfatiza a cultura imaterial como a que manifesta certa regularidade e continuidade como os costumes, as capacidades, os hábitos.

Para Ulmann (1991), num sentido amplo, cultura designa o *modus vivendi* que os homens, no decurso dos tempos, desenvolveram e desenvolvem, reunidos em sociedade. O fenômeno sociedade é pois, a base, o pressuposto, para que surja a cultura. Em sentido mais estrito, cultura significa o *modus vivendi* global de que participa determinado povo. Está incluída aí a maneira de agir, o que implica uma concepção ética; a maneira de pensar, o modo de sentir. O sentir, pensar e agir manifestam-se na linguagem, no código de leis seguido, na religião praticada, na criação estética. É o que se chama tradicionalmente de cultura não material. Ao mesmo tempo, porém o *modus vivendi* se expressa nos instrumentos utilizados, bem como na maneira de obtê-los, nas vestimentas, nos sentimentos, nas habitações em que o homem busca abrigo. Cultura material é a designação que abrange esses itens. De acordo com Ullmann, todo comportamento humano-cultural não é herança genética, mas transmissão social. Se acompanharmos em largos passos a vida de um homem desde o levantar até o deitar, nada mais vemos do que expressões de cultura. A cultura pode ser definida como superação daquilo que é dado pela natureza. Logo, é aquilo que o homem transforma. É um modo interpretado, elaborado simbolicamente que, portanto, tem um sentido. Por isso a caça, a agricultura, o casamento, a arte, significam algo mais do que simples funções naturais. São fenômenos interpretados, regulamentados, constantemente, e travestidos de

simbolismo. Ulmann (1991) diz que o homem não vive predeterminado pelo instinto, o qual dotou, de maneira completa, a vida dos irracionais. É mister que o Homo Sapiens aprenda a viver, porque vem a este mundo despreparado. Aprendendo a viver pode, também, aprender a viver melhor. Essa característica de aprender a viver e a humanizar-se, segundo o autor, recebe o nome de cultura. Reiterado por Leininger (1985), quando diz que cultura são os valores, crenças, normas e modo de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que geram pensamentos, decisões e ações de forma padronizada.

Merleau-Ponty, citado por Rezende (1990), não hesita em dizer que cultura é palavra vivida. É manifestação da existência, sua forma histórica, caracterizando e identificando os grupos humanos que vivem desta forma e não de outra. Também é palavra, discurso vivido, significando o sentido global da existência e, dentro da cultura, a linguagem será expressão da expressão, exprimindo a cultura que exprime a existência. A cultura é a fisionomia ou conjunto de traços distintos da humanidade e dos grupos humanos.

A cultura não é algo natural, não é uma decorrência de leis físicas ou biológicas. Ao contrário, a cultura é um produto coletivo da vida humana, refere (Santos, 1994). Ela é uma dimensão do processo social da vida de uma sociedade. São padrões aprendidos de valores, crenças e práticas de vida, que são compartilhadas no cotidiano e que foram transmitidas pôr um grupo ou sociedade. É o que caracteriza a existência social de um indivíduo: é uma experiência vivida. Tylor (1958) definiu comportamento apreendido como sendo tudo aquilo que independente de uma transmissão genética: uma experiência vivida. Cultura é criada pelo homem Freire (1983), através de sua práxis e seu trabalho, é o universo simbólico e “abrangente” em que os homens

atuam enquanto seres conscientes. Ou seja, compreende todos os “bens materiais, objetos sensíveis, instituições, sociais, ideologias, arte, religiões, ciência e tecnologia” criados pelos homens. Também compartilha desta definição o historiador Burke (1995), quando diz que sua definição de cultura levou em conta o cotidiano, seguindo o exemplo dos antropólogos, historiadores e outros que usam o termo “cultura” muito mais amplamente, para referir-se a quase tudo que pode ser aprendido em uma dada sociedade - como comer, beber, andar, falar, silenciar e assim por diante. Cultura, para Burke, é um sistema de significados, atitudes e valores partilhados e as formas simbólicas em que eles são expressos ou encarnados. Os *valores culturais* dão significado e direção para a vida. *Valores* são as bases para *crenças*, atitudes e comportamentos. Koesing (1961) definiu valores como sendo as relações culturalmente definidas dos indivíduos em face dos fenômenos da experiência, que implicam fatores normativos de juízos e escolhas atuais ou potenciais baseados em elementos eficazes, de aprovação ou desaprovação de desejável ou não. A crença, para Collière (1989), é uma forma de conhecimento integrado, interiorizado, dos hábitos de vida. Valor, crença inclui aquilo que o indivíduo acredita ser correto e de valor, com base no conhecimento pessoal, nas normas individuais e da comunidade, ou na fé.

O homem tem dispendido grande parte de sua história na terra, separado em pequenos grupos, cada um com sua própria linguagem, sua própria visão do mundo, seus costumes e expectativas. O modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura. Mesmo fazendo toda força possível, o homem jamais conseguirá despojar-se de sua cultura, pois ela penetra as raízes

de seu sistema nervoso e determina a maneira como percebe o mundo. Mesmo quando pequenos fragmentos de cultura alçam-se até a consciência são difíceis de mudar, pois nós os experimentamos de modo muito pessoal e, além disso, não podemos absolutamente agir ou interagir, de nenhuma maneira significativa, exceto através do veículo da cultura (Laraia, 1993).

Na comunidade em que conviveu trabalhando, Chagas Filho (1989) conta que extraiu dos mais simples, aqueles de pele endurecida pelo solo o que há de melhor no homem e, sem saber, o conceito de cultura desde então tomou forma mais precisa e abrangente em seu espírito, que passou a defini-la como o conjunto de usos e costumes, ou a maneira de viver na qual se inclui a religião e a criatividade que caracteriza a alma de um povo e, no seu conjunto, formam a imagem de uma nação.

Segundo Bezerra (1972), o sistema de linguagem peculiar a cada povo, o vestuário, o comportamento social, as relações e interações, a maneira de encarar, atuar e reagir ao ambiente em que existam, o processo de viver, permitiram que se delineassem os relacionamentos dos indivíduos e dos grupos, traduzindo-se toda essa dinâmica pela expressão cultura. A cultura, segundo Linton (1959), seria um atendimento às necessidades fundamentais de uma dada sociedade. Para Lee (1965) essas necessidades foram substituídas por valores básicos; há um impulso inato que impele o homem a agir, denominado de motivação autônoma, antes dele se colocar, passivamente, à espera do estímulo das necessidades. As necessidades do homem são satisfeitas a partir de condutas sociais consideradas adequadas em um determinado momento e lugar. Desta forma os homens se relacionam para produzirem a própria existência. A cultura seria a transformação que o homem exerce sobre a natureza, mediante o

trabalho, os instrumentos e as idéias utilizadas nessa transformação, bem como os produtos resultantes.

Se por um lado o homem cria cultura, esta por sua vez, é criadora do homem, é condicionadora da vida do homem em sua sociedade. Ao nascer, o ser humano assemelha-se, em seu comportamento, ao dos irracionais: não conhece freios para seus ímpetos, ignora de todo em todo o comportamento social, isto é, de sua sociedade. Na medida em que incorpora as normas de sua sociedade, a criança, segundo Ullmann (1991), endocultura-se. Incorpora e absorve a maneira de pensar, agir e sentir própria da cultura em que nasceu. O ajustamento é fruto da internalização dos princípios que regem determinada sociedade. Garante-se a estabilidade cultural, porque a internalização da cultura constitui um penhor de que o passado está sendo vivido no presente. Crescer dentro de qualquer sociedade é uma forma de endoculturação, adquirir gradualmente, segundo Helman (1994), a “lente” cultural daquela sociedade. Uma “lente” herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele. Sem essa percepção compartilhada do mundo, a coesão ou a continuidade de qualquer grupo humano seria impossível. Um dos aspectos da “lente cultural” é a divisão do mundo e das pessoas que o habitam em diferentes categorias, cada uma com denominação própria.

Foi Herskovits apud Ullmann (1991) quem primeiro empregou o termo endoculturação, no sentido de o indivíduo, na sociedade em que nasce, internalizar os padrões de cultura próprios àquela sociedade. Essa endoculturação se processa de forma consciente ou sistemática e inconsciente ou assistemática. Se o ser humano, ao nascer é comparável a um animalzinho, desde logo, pela endoculturação, ele se torna cultural.

Segundo Ulmann (1991), uma modificação do processo cultural pode-se dar de duas maneiras: a) por acumulação; b) por substituição. A acumulação pode consistir em inventos nunca imaginados, como é o caso do computador. No processo cumulativo o homem consegue adaptar-se a elas com bastante facilidade e presteza, porque não entra em jogo algo totalmente novo a ser enfrentado. Quando se trata de substituição, na mudança cultural, o problema é mais complexo. A substituição atinge de pleno valores e idéias. Substituição significa abalar e destruir os fundamentos, desarraigar o preexistente. Segundo o autor são raras as substituições, na Filosofia e na Política. Exemplo nítido temos na cosmovisão existencialista de Jean-Paul Sartre, com seu niilismo que tomou vulto após a Segunda Guerra Mundial e conseguiu muitos e fervorosos adeptos para sua ideologia.

Não há no mundo uma cultura genericamente nacional, pelo menos em termos de originalidade, segundo Rosário (1988). A cultura dita nacional compõe-se de elementos oriundos de outras culturas, dentro do processo seletivo e cumulativo, próprio da dinâmica cultural.

Eliott (1965) desconfiava do conceito universal aplicado à cultura humana: à medida que avançamos nessa direção, verificamos que o conteúdo do termo cultura vai sofrendo certa alteração: a palavra passa a significar algo bastante diferente, quando falamos da cultura de uma aldeia, de uma região pequena, de uma ilha, tal como a Grã-Bretanha, que inclui diversas culturas locais, bem distintas, e o significado altera-se ainda mais quando se passa a falar de cultura européia. Assim Bastide (1964), analisou a Cultura Brasileira, dizendo que o Brasil é composto de regiões diferentes, múltiplas e, muitas vezes, contrastantes. Formam, assim um arquipélago de ilhas culturais dessemelhantes. Parece que as culturas regionais são mais lentas ou

identificadas com o ambiente ecológico do que com o momento histórico. Seu universo é o local, a região. Para Rosário (1988), a Cultura Brasileira é, antes de tudo, tudo o que nos caracteriza como expressão própria, peculiar de nossa maneira brasileira de ser, de viver e de sentir, e tudo aquilo que o brasileiro elaborou ou reelaborou, criou ou assimilou, recriando-o à maneira e à conveniência brasileira. É como evolui a nação brasileira, integrando raças, unido-as num processo de unificação da sociedade e propiciando características brasileiras à nossa maneira de viver.

Segundo Ribeiro (1972), há três ordens de diferenciação pelas quais podemos estudar a Cultura Brasileira: a ordem temporal, a ordem social e a ordem regional. A primeira identifica-se com a própria história, com a evolução histórica e correspondem às distintas formações históricas: colonial, neocolonial e nacional. A ordem social (subcultura) corresponde à estratificação em classes: senhorial, servil e popular. A ordem regional refere-se às diferenças de adaptação ecológica que se plasmaram como áreas culturais distintas. A aparente diversidade que as regiões sugerem, não de encarar, uma significativa unidade que caracteriza a Cultura Brasileira. Tal unidade é a resultante da integração das regiões: integração dos elementos culturais e não apenas “soma” e “justaposição” dos elementos com um fim em si mesmo. Neste caso, a Cultura Brasileira será, para Diegues Júnior (1977), a resultante da completa integração desses elementos, o que permitirá compreensão da unidade total da Cultura em nosso país. Essa unidade não poderá ser algo palpável, concreto pois, segundo Elliott apud Rosário (1988) em sua conceituação sociológica da Cultura, a consciência da unidade cultural de um povo é inconsciente. O autor chama a atenção para a importância das culturas regionais, que ele intitula “culturas satélites”, e para a vantagem da preservação de uma cultura local. Opina que a

cultura-satélite deve continuar a ser satélite dentro da constelação nacional. A cultura nacional de qualquer país precisa ser uma constelação de culturas. Afinal segundo Rosário uma cultura nacional é o resultado de um número infinito de culturas locais, as quais se compõem de culturas locais ainda menores.

As pessoas comem, bebem, educam crianças, vivem em família, comunicam-se através da língua, trabalham em grupos, cooperativas, defendem seu território e têm crenças religiosas em todas as culturas, mas os detalhes desse processo variam, segundo (Kluckhohn apud Argyle 1976). Para Kluckhohn, o estudo da diferença cultural é de interesse por várias razões; ele mostra algo sobre a gama de soluções de problemas humanos, mostra que a natureza humana pode tomar formas muito variadas, e que pode haver soluções melhores para alguns desses problemas do que as soluções próprias àquela cultura que os gerou.

Geertz (1978) chama a atenção para a noção simbólica da cultura. Segundo o autor, a cultura consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidos. Ele desenvolve um conceito semiológico da cultura, acreditando que o homem é um animal amarrado às teias de significados que ele mesmo teceu. Geertz situa a cultura como um contexto onde ocorrem os acontecimentos sociais: “como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis”. A cultura consiste na simbolização, em especial a fala articulada. A linguagem envolve-nos em numerosas dimensões e níveis, alastra-se por todo o mundo da comunicação, incluindo objetos, animais, arte, cultura, ciência, religião, máquinas, células, como fatos que extrapolam a área da linguística.

A cultura é, essencialmente uma linguagem em sentido amplo. A linguagem é uma condição da cultura na medida em que esta última possui uma

arquitetura similar à da linguagem, pois ambas se edificam por meio de oposições e correlações Levi-Strauss (1976). A linguagem define o estatuto dos membros de toda sociedade, o modo de existência de um conjunto social. Através da linguagem são vistas as coisas. Como interpretação da realidade, toda linguagem é uma aventura e uma aventura sobre o que se presume conhecer. Por isso, segundo Levi Strauss, a linguagem impera hegemonicamente, refletindo a cultura.

A cultura não poderia mesmo existir antes da fala e da linguagem articulada, porque ela tinha uma função, segundo White (1966), muito real a cumprir: comunicar informação relativa a emoção, atitudes, conceitos, atos e objetos. Desta forma, a comunicação é um processo cultural, a linguagem humana é um produto da cultura, mas não existiria cultura se o homem não tivesse a possibilidade de desenvolver um sistema articulado de comunicação oral. A cultura, segundo Argyle (1976), inclui uma língua compartilhada que simboliza e caracteriza acontecimentos, uma maneira compartilhada de perceber e pensar o mundo; formas consentidas de comunicação não verbal e interação social que tornam possível a cooperação; regras e convenções sobre o que deve ser feito em diferentes situações; valores morais e de outros tipos assentidos, e um sistema de crenças religiosas e associadas; tecnologia e cultura material. Para Cherry (1971), a comunicação é uma questão essencialmente social e, dentre os vários sistemas de comunicação criados pelo homem, a linguagem se coloca como o mais importante

A chave deste mundo e o meio de participação nele é o símbolo. Estudar a cultura, para Geertz apud Laraia (1993), é estudar um código de símbolos partilhados pelos membros dessa cultura. O símbolo funciona dentro de cada sistema cultural, dentro de cada mundividência, de cada ideologia, de cada

linguagem, variando o seu valor de estrutura para estrutura. O homem é um condutor de cultura porque a recebe enriquece e transmite. Numa palavra ele sempre foi o homem social. Não podemos viver apenas egocentricamente em torno do eu, afinal, em cada um de nós há muito do outro.

Segundo Derisi (1977), a cultura não é senão a atualização ou aperfeiçoamento temporal do próprio ser ou bem do homem nas diversas zonas de sua realidade e atividade e dos objetos exteriores materiais com respeito a ele, isso de uma maneira hierárquica, que culmina no aperfeiçoamento de seu ser e vida espirituais, mediante a apreensão e realização dos bens finitos, correlativos a tais capacidades ou potenciais do ser próprio e das coisas, ou mediante a apreensão e realização dos valores, levada a cabo por sua atividade espiritual.

A antropologia moderna tem como tarefa a reconstrução do conceito de cultura. Keesing (1974) classifica as tentativas de obter um conceito preciso. Primeiramente Keesing coloca as **teorias** que considerou a **cultura como um sistema adaptativo** difundida por neo-evolucionistas como Leslie White. As culturas para eles são sistemas (de padrões de comportamento socialmente transmitidos) que servem para adaptar as comunidades humanas aos seus embasamentos biológicos. Esse período de vida das comunidades inclui tecnologias e modos de organização econômica, padrões de estabelecimento, de agrupamento social e organização política, crenças e práticas religiosas. Em segundo lugar as **teorias idealistas de cultura**, apresentadas sob três diferentes abordagens:

a) cultura como sistema cognitivo:

Para Doodenough cultura é um sistema de conhecimento, consiste de tudo aquilo que alguém tem de conhecer ou acreditar para operar de maneira

aceitável dentro de sua sociedade. Assim concebida, ela fica situada epistemologicamente no mesmo domínio da linguagem, como um evento observável.

b) cultura como sistemas estruturais:

Claude Levi-Strauss define cultura como um sistema simbólico, que é uma criação acumulativa da mente humana. O seu trabalho tem sido o de descobrir na estrutura dos domínios culturais - mito, arte, parentesco e linguagem - os princípios da mente que geram essas elaborações culturais.

c) cultura como sistemas simbólicos:

Desenvolvidas por Clifford Geertz e David Schneider. Para Geertz, todos os homens são geneticamente aptos para receber um programa, e este programa ele chama de cultura. David Schneider tem uma abordagem distinta embora em muitos pontos semelhantes à de Geertz. A cultura para Schneider é um sistema de símbolos e significados. Compreende categorias ou unidades e regras sobre relações e modo de comportamento.

A cultura reflete o modo pelo qual se exprimem os agrupamentos humanos, através de processos e relações entre cada indivíduo e os demais, e entre os grupos entre si. Tudo quanto for concebido, simbolizado e construído pelo homem será elemento na formação das culturas, com suas modalidades e características próprias. Sendo, como se sabe, estáveis, dinâmicas, sempre estruturadas, mas podendo sofrer alterações e mudanças, em resultado de transformações internas ou através de contatos com os povos mais variados.

Para Buarque (1994), grave é o desprezo à prática cultural mas, mais grave ainda, é a falta de entendimento da cultura como forma dos indivíduos se posicionarem e agirem em sua sociedade. A maior parte dos professores e alunos, diz Buarque, entendem cultura apenas como a soma dos eventos da área

de artes. Ignoram o significado de cultura como alma de uma nação, o conjunto do imaginário que forma a maneira como um povo se une e pensa. Também para Eliott (1965), da mesma forma que um homem é algo mais que uma reunião das várias partes que constituem o corpo, também uma cultura é mais do que reunião da suas artes, costumes e crenças. Essas coisas atuam todas uma sobre as outras e, para compreender inteiramente uma delas, é necessário compreender todas elas.

2.2 - A cultura como dimensão básica de interação no processo de cuidar de enfermagem

Polak (1994) enfatiza que o homem deve ser visto em suas três dimensões: ele não é apenas um ser cultural, nem só natureza, nem simplesmente sujeito, toda atenção é necessária para vê-lo no inter-relacionamento com o mundo, em suas três dimensões devemos vê-lo tanto no mundo das formas, dos símbolos, ou seja, da cultura, quanto no mundo sujeito, e da natureza, para não persistirmos nos reducionismos presentes no campo da ciência. O homem contém, em sua dimensão existencial, os três pólos, não havendo predominância de nenhum sobre o outro. Ele é cultura, sujeito e natureza simultaneamente. Para Burke (1995), a cultura é uma palavra imprecisa, com muitas definições concorrentes.

As discussões sobre conceito de cultura dificilmente terminarão, pois uma compreensão exata do conceito significa a compreensão da própria natureza humana, tema perene da incansável reflexão humana.

Não se pode ignorar que o homem, membro proveniente da ordem dos primatas, depende muito de seu equipamento biológico. Para se manter vivo,

independente do sistema cultural ao qual pertença, ele tem que satisfazer um número determinado de funções vitais, como a alimentação, o sono, a respiração, a atividade sexual, etc. Mas, embora estas funções sejam comuns a toda humanidade, a maneira de satisfazê-las varia de uma cultura para outra. Laraia (1993), enfatiza que é esta grande variedade na operação de um número tão pequeno de funções que faz com que o homem seja considerado um ser predominantemente cultural.

A cultura pode operar de diversas maneiras na vida de uma pessoa. Na saúde ela influencia o significado e o valor da saúde, bem como o de cuidado. O modelo da prática médica moderna enfoca os *aspectos biológicos* como sendo *básicos, reais e clinicamente significativos*, além de mais interessantes do que os aspectos psicológicos e sócio-culturais (Kleiman, 1978). Assim, conforme Polak (1994), a cultura determina comportamentos no nosso existir no mundo, o que é facilmente observado ao verificarmos o quanto a religião, a família e a profissão determinam o nosso viver no mundo. Esta concepção é vista por Collière (1989) ao escrever sobre a natureza do trabalho e características do serviço oferecido pela enfermagem, quando critica a prática de enfermagem, que se organiza em torno de diferentes tarefas prescritas pelo médico para investigar, tratar, vigiar a doença. É a doença que conduz a ação de Enfermagem e dá um sentido às tarefas a realizar. Os aspectos sócio-culturais de um indivíduo devem servir de arcabouço para a elaboração do complexo sistema de crenças e práticas médicas. Tais referenciais, segundo Coimbra Júnior (1992), dariam sentido e serviriam como linha de orientação para a tomada de atitude ou ação frente à doença e à morte.

Encontramos na literatura relatos sobre a influência das mulheres que cuidavam (a partir do século XIII). Andavam de casa em casa cuidando de

mulheres grávidas e doentes. Esses saberes eram passados de mãe para filha e estas mulheres eram consideradas “sábias” pelo povo e feiticeiras pelo poder reinante da época. A Igreja atribuía os poderes destas mulheres à sua sexualidade e, decorrendo disto, decidiram retirar da vida das cidades da Europa as pessoas que se ocupavam da saúde do povo, com exceção das parteiras, que tinham seu espaço garantido. Segundo Lima (1993) este extermínio de mulheres durou quatro séculos e foi um período que marcou a desapropriação do poder e do conhecimento que as mulheres possuíam em relação à saúde e a seus corpos.

No Brasil o processo de desenvolvimento do cuidado ao doente se deu originalmente com os nativos indígenas mas, com a vinda dos jesuítas para o nosso país e o aparecimento de novas doenças, trazidas tanto pelo colonizador como pelo escravos, a assistência aos doentes passou a ser tarefa também de religiosos, que no seu papel de colaboradores do governo português na colonização, mantinham enfermarias próximas aos colégios que fundavam (Singer apud Mello, 1986).

No período colonial a medicina sofreu um grande impulso, o que não ocorreu com a enfermagem. Na época do Império no Brasil, Ana Justina Neri destacou-se pelo cuidado prestado aos feridos durante a Guerra do Paraguai. A enfermagem brasileira nesta época era praticada por religiosas, vindas geralmente da Europa para se ocupar dos doentes e preparar pessoal para exercer esta arte no país. O paradigma da enfermagem cristã enfatizava, no desempenho profissional, valores relacionados a amar, abnegação e desprendimento. As funções da enfermagem eram relegadas ao plano doméstico e religioso, sem nenhum caráter técnico ou científico.

Em meados do século XIX surge, na Inglaterra, Florence Nightingale precursora da enfermagem científica. A enfermagem, segundo Nightingale

(1989), são pessoas que cuidam da vida, da doença, da morte e do meio ambiente. Também via a enfermagem como uma forma de trabalho manual, resultante do papel tradicional da mulher. Ela apontava a enfermagem como a arte da caridade.

A literatura revela que a enfermagem e o cuidar se encontram entremeadas em termos históricos. O cuidar parece ser o núcleo central ou a estrutura fundamental para tudo o que é enfermagem. Nas duas últimas décadas os estudos sobre o cuidar e o cuidado de enfermagem têm sido priorizados, segundo Waldow (1995). Vários autores têm sugerido e proposto o cuidar de maneira significativa importante e real as necessidades da clientela. Em sua Teoria Transcultural do Cuidado, Leininger (1978), conceituou cuidado como aquele fenômeno ligado ao comportamento de prestar ajuda, dar apoio ou capacitar, voltado a outra pessoa ou por outra pessoa (grupo) com necessidades evidentes ou antecipados de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humana. O cuidado é tido como um domínio central, dominante e unificador da enfermagem. Leininger (1991) escreve que em qualquer cultura os seres humanos percebem e experenciam comportamentos de cuidado e não-cuidado dentro de seu contexto cultural familiar. Estudando os Gadsups na Nova Guiné, Leininger (1985), verificou que os conceitos de cuidado deles eram muito diferentes dos que ela vivenciava nos E.U.A. Observou que o cuidado estava ligado à estrutura social e à visão de mundo deste povo, seus valores e práticas. **Leininger** desenvolveu várias proposições sobre o cuidado, dentre elas:

⇒ O cuidado é essencial à vida humana, pois ele é necessário ao crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos;

⇒ O cuidado tem dimensões biofísicas, culturais, psicológicas, ambientais e sociais;

⇒ O cuidado é efetuado tanto no sistema popular de saúde como no sistema profissional de saúde.

Leininger (1984), acredita que a enfermagem é essencialmente uma profissão do cuidado transcultural; particularmente, centra o fornecimento do cuidado humano para as pessoas de forma significativa, congruente e respeitosa com valores culturais e estilos de vida. Grande parte do que acontece na doença e nos cuidados, também para Remen (1993), é único; cada um de nós fica doente à sua maneira e por razões próprias. Cada um de nós aprende coisas muito pessoais com a experiência da doença, e nossa reação e as reações de nossos amigos e familiares diferem muito das reações de outras pessoas. Podemos até mesmo recuperar e manter nossa saúde de maneiras diferentes e por motivos diferentes. Assim, também escreve Perestrello (1982), cada pessoa com uma configuração, seu funcionamento único, terá seu próprio modo-de-adoecer.

Watson (1979) em sua Teoria de Enfermagem vê o cuidado como um processo humanístico e interpessoal, o que é essencial, segundo a autora, para um relacionamento terapêutico entre a enfermagem e cliente. A teórica faz uma distinção entre doenças do paciente de cuidado médico e processo de cuidado de enfermagem. Ela articula as premissas básicas para a ciência do cuidado na enfermagem. Coloca dez fatores primários do cuidado que formam a estrutura para estudos e compreensão da enfermagem como a ciência do cuidado. Watson vê a ação do cuidado transpessoal na enfermagem como uma arte humana, ciência humana e ideal moral. Para Orem (1980), a enfermagem tem como principal preocupação a necessidade do indivíduo de auto-cuidar-se e a provisão e manutenção deste auto-cuidado de uma forma contínua de modo a manter a vida e a saúde e a recuperar da doença ou dano e enfrentar seus efeitos.

O auto-cuidado é definido por Orem como a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar. Os tipos de auto-cuidado, segundo Orem, são três: o universal, comuns a todos os seres humanos, tais como ar, água, alimentação, eliminação, repouso. O de desenvolvimento, que ocorre durante determinado estágio da vida, ou condição como a gestação, ou associados com um evento, por exemplo, a perda do marido ou esposa. O terceiro fator de auto-cuidado é o de desvio de saúde em que Orem inclui as pessoas com alguma forma de patologia, defeitos, as que sofreram alguma injustiça ou estão sob tratamento médico.

A ruptura entre corpo e o espírito, entre o homem e o seu meio, que se opera nas sociedades “ditas modernas” a multiplicação das técnicas de investigação e de reparação centrada na doença, abandonaram, pouco a pouco, todo o questionar sobre as causas ligadas às maneiras de viver, às condições de vida, ao desejo de existir. As ações do cuidado centradas na doença fazem-se isolando, cada vez mais, cada indivíduo do seu ambiente, do seu grupo de inserção, e mesmo de si próprio como pessoa. O cuidar, segundo Lalanda (1995), é muito mais abrangente e enquadra-se numa abordagem antropológica, na medida em que, através do cuidado de enfermagem, percebemos dois universos humanos, dois mundos sócio-culturais em interação, portadoras desses universos, que comunicam conteúdos, que agem e interagem.

Patricio (1993), focaliza o cuidado numa proposta de abordagem holística do homem, partindo da compreensão de sua totalidade numa dinâmica recíproca com o ambiente, transformando e sendo transformado por ele, de não apenas compreender holisticamente as questões de saúde-doença do homem mas de intervenção com ele nessas situações. A autora elaborou seu conceito de

cuidado alicerçado em Leininger e a partir de experiências com famílias residentes em Florianópolis. O cuidado para Patrício (1993), refere-se às atividades, aos processos e às decisões (diretas e indiretas) dirigidas ao indivíduo, grupo ou comunidade em situações de saúde e doença (evidentes ou potenciais). Constitui-se em necessidade e recurso do Homem. Para a autora os atos de cuidar são influenciados pela cultura, pelo nível de conhecimento, tempo, nível de estresse, afetividade e preocupação com a pessoa que necessita de cuidado. O cuidar ajuda, protege, desenvolve e reduz estresse e conflitos numa dimensão biológica, psico-espiritual, sócio-cultural e ecológica.

Waldow (1992) questiona se o termo cuidados de enfermagem não seria mais adequado se substituídos por cuidados de paciente. O primeiro centra-se na enfermagem. Se o cuidado centra-se no paciente independente da terminologia utilizada, observa-se que, usualmente, refere-se a **cuidar do paciente**. Esse **cuidar do**, segundo Waldow remete a idéia de controle, do exercício sobre algo. O cuidar e o cuidado é **para o paciente**. Cuida-se o paciente **com o paciente**. Dessa forma o cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa.

O cuidar/cuidado é definido por Mayeroff (1971) como um processo de desenvolvimento que assume continuidade. Neste processo, a relação existente caracteriza-se por estar com a pessoa, ou seja, a pessoa que cuida está com a outra pessoa, no mundo da outra pessoa que é merecedora de cuidado. A definição de Mayeroff envolve uma contínua, mútua aprendizagem e crescimento através da relação de cuidado. Para a autora, cuidar é estar aberto para si e para o outro, respeitando-o, percebendo se o cuidado ajuda ou impede o crescimento dentro de seu próprio ritmo.

Morse et al (1991), examinaram trabalhos de 23 teorias sobre cuidado e identificaram conceptualizações diferentes de cuidados. Alguns trabalhos enfatizavam os cuidados como uma característica humana, um componente essencial do ser humano, enquanto outras exprimiam ordem moral, uma relação de manter a dignidade e respeito pelos doentes como seres humanos. Ainda houve identificação dos cuidados como emoção ou sentimento de compaixão, como uma interação interpessoal e intervenção terapêutica. Segundo Mckenna (1994), a análise feita por Morse é extremamente útil por revelar componentes do conceito de cuidado, mas enfatiza a falta de compreensão e acordo no seio da profissão, o que se afirma ser o seu núcleo central. Para Morse (1992), há uma falta de consenso em relação a saber se cuidados são um afeto que desperta a ação da enfermagem ou um comportamento mensurável. Mckenna ainda questiona a necessidade de concordância universal em relação às definições, em relação aos comportamentos de cuidar ou ao processo de cuidar. Estará o cuidar, tal como a beleza, no olhar de quem contempla? Nos estudos de Leininger (1991) em trinta culturas diferentes, ela identificou variações nas crenças, sistemas de valores e no exercício do cuidado.

Estudos sobre conforto realizados por Neves-Arruda, Elsen e Trentini (1989) identificam o cuidado como um dos componentes do conforto. O cuidar, para as autoras, é considerado a essência da enfermagem e o confortar como um dos seus objetivos. Para Neves-Arruda (1994), apesar do conceito de conforto na prática de enfermagem apresentar uma universalidade do ponto de vista do cliente, há divergências quanto a sua definição, alcance e significado. Assim, para a pesquisadora há necessidade urgente de realizar estudos e pesquisas que proporcionem uma transformação no processo de cuidar-confortar. Até agora,

não existe uma explicação única das diferentes percepções que as enfermeiras e os doentes têm dos componentes do cuidar em enfermagem.

A profissão tem de agir com cautela para garantir que o cuidar não seja transferido, porque se tal acontecer há indícios que as enfermeiras acabem por trabalhar como técnicas de saúde ou assistentes dos médicos. A enfermagem como profissão, segundo Singer apud Mello (1986), tem de reconhecer e promover o cuidar como fundamento de uma prática especializada, racional e científica. A enfermeira está cada vez mais distanciada e insegura para desempenhar um papel para o qual foi preparada, a do cuidado direto com o paciente. A enfermagem, hoje, corre o sério risco de cumprir um papel oposto ao que atribuíram no passado que foi, contribuir para a humanização do hospital e sua conversão numa instituição centrada no cuidado ao doente.

Mckenna (1994) enfatiza que poucos duvidariam de que cuidar é parte integrante da arte e ciência da enfermagem. No entanto, caso as enfermeiras não reconheçam e promovam o valor do cuidar como uma base para uma prática racional, científica e humana, seu futuro para prestação de cuidados de saúde pode ser limitado.

De acordo com Santin (1995), o doente, por sua vez, é o mais violentado em suas necessidades emocionais. A doença, pelo fato de ser uma situação extremamente delicada, que afeta o equilíbrio da pessoa inteira, necessita de um relacionamento inspirado na sensibilidade. O que acontece, entretanto, é o contrário. O doente é afastado de todos os seus elos afetivos e entregue e enclausurado num ambiente desconhecido e habitado por pessoas estranhas. Na maioria das vezes, sem voz e sem rosto. Também Epstein (1977) considera que o paciente não deixa sua essência humana na portaria do hospital. Traz consigo seus sentimentos, muito dos quais não têm relação direta com a doença, vem

com numerosas percepções desenvolvidas por sua cultura ambiental e toda sua experiência de vida.

Geertz (1978) diz que é necessário “descer aos detalhes”, além das etiquetas enganadoras, além dos tipos metafísicos, além das similaridades vazias, para apreender corretamente o caráter essencial não apenas das várias culturas, mas também dos vários tipos de indivíduos dentro de cada cultura. Com frequência os pacientes se sentem mais apoiados quando vêem que a conduta terapêutica expressa um interesse baseado em uma compreensão pessoal deles, do que, quando este se mostra somente com uma competência autoritária. Germano (1993) afirma que poucas vezes o paciente é respeitado na sua individualidade, privacidade, valores culturais, religiosos e até no seu natural pudor e intimidade, apesar do que prenunciam os Códigos de Ética.

Motivar o paciente a expor sua opinião sobre sua enfermidade pode ser uma meio importante de expressar interesse e de lhe dar apoio. As informações aos pacientes acrescentam, sem dúvida, rapidez e eficácia na recuperação quando se une com as preocupações e idéias particulares dos pacientes (Fitzpatrick et al, 1990). Embora a doença seja a sua maior e imediata preocupação, as suas atitudes e seu comportamento estão em função de tudo aquilo que ele é como ser humano. O paciente cirúrgico não é objeto portador de doenças mas constitui realmente a finalidade dos cuidados, que não adquirem sentido senão a partir dele, daquilo que é, do que representa no seio de seu ambiente social. Já não é objeto dos cuidados mas torna-se objeto de cuidados (Colliére, 1989).

Leininger (1978), em sua Teoria de Enfermagem Transcultural considera que os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras através das quais eles experimentam e percebem seu

cuidado de enfermagem, como também de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde. Portanto, para **Leininger**, o cuidado de enfermagem deriva-se do contexto cultural no qual ele deve ser propiciado. Promover e respeitar valores e crenças do paciente perpassa pelas questões éticas, e deveria ser um compromisso diário das práticas de enfermagem. Assim trabalharíamos cristãmente, defendendo e promovendo a vida. Tudo na preocupação de que todos tenham vida em abundância (Jo 10, 10).

Assim vejo o cuidado cultural como parte do desenvolvimento da própria ética do cuidado em enfermagem; esta minha concepção é compartilhada por Eliason (1993), ao enfatizar que a teoria e prática de enfermagem não pode ser ética a menos que os fatores culturais sejam levados em consideração e que enfermagem ética-transcultural não é uma especialidade esotérica, mas central para a filosofia e prática da enfermagem. O cuidado cultural é o cuidado oferecido pela enfermagem de acordo com as crenças, valores e modos de vida do ser que é cuidado, aflorado e decorrente do processo de interação (Lenardt, 1995).

As influências culturais estão profundamente enraizadas, são penetrantes em seus efeitos e muito resistentes às mudanças. Está de acordo com a ética de enfermagem aceitar a cultura do paciente como parte valiosa e significativa do ser humano que, segundo Atkinson et al (1989), não deve ser alterada para adaptar-se à organização de assistência à saúde.

As crenças, valores, normas e ritos de cuidado têm uma poderosa influência na sobrevivência humana, crescimento, estado de doença, saúde e bem-estar (Leininger, 1981). A cultura, entendida como uma rede de significados elaborados pelos seres humanos para orientar as ações da vida

cotidiana, é fundamental para entender os sentidos que uma realidade cultural traz para aqueles que a vivem. Praticamente todas as culturas têm seus pontos de vista sobre saúde e doença e comportamentos de cuidados próprios. Através da cultura o homem determina suas necessidades e obtém recursos para o atendimento dessas necessidades. Assim, concordo com Grunies; Burns (1992), quando afirmam que o conceito de cultura é essencial para a prática de enfermagem, porque a resposta de um indivíduo para a saúde e doença deve ser vista no contexto de sua cultura. A enfermagem deve tentar desvelar a realidade do cotidiano do ser que assiste, de modo a construir junto destreza e habilidades para enfrentar as condições de saúde. Considerando os fatores culturais, diminuem-se os desentendimentos e frustrações entre as enfermeiras e clientes e aumenta-se a satisfação e aceitação das recomendações de cuidados de saúde (Bellack; Edlund, 1992). A experiência de ser um paciente cirúrgico, para Hense (1987), traz consigo a vivência de uma crise situacional. O problema central é a cirurgia. Apesar dela ser considerada pelo paciente como o maior problema, não é o único. Ligado a ela há outros problemas, que despertam no paciente uma maior ou menor tensão inicial. A experiência de ser um paciente cirúrgico envolve uma crise maior, com várias e sucessivas crises menores sobrepostas.

Para Graison et al (1984), os aspectos culturais do paciente servem de guia para o plano de cuidado de enfermagem. Esta pode comunicar-se melhor compreendendo o background e expectativas culturais do paciente. A comunicação é tão fundamental para a vida humana que ela ocorre o tempo todo, sem que tenhamos consciência disto. A comunicação mantém as pessoas juntas, e é também o que as aproxima pela primeira vez Argyle; Trower (1981). Para tais autores a comunicação constitui uma das partes mais importantes do

comportamento humano, e já não pode ser mais considerada apenas como um dos instrumentos básicos de enfermagem, conforme Stefanelli (1990), mas tem de ser considerada como capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pela enfermeira. Esta, usada de modo terapêutico, vai permitir à enfermeira atender às necessidades do paciente em todos seus aspectos, levando em consideração a sua cultura. Carneiro apud Sinno (1987) escreve que a omissão ou falhas na comunicação do pessoal de enfermagem constitui-se em uma fonte de ansiedade, solidão, medo e depressão dos paciente. Carneiro; Luck, (1984) afirmam que contato, criação imaginativa e ação constituem-se em um tripé base para as diversas formas de relacionamento o qual pode ser satisfatório ou insatisfatório, variando em gradatividade para todos ou apenas para um ou alguns dos membros do universo participativo. Para Travelbee apud Rodrigues (1990) a comunicação exata da experiência requer um processo constante de clarificação e avaliação. Se o objetivo é comunicar de forma correta uma mensagem, os dois indivíduos envolvidos devem participar de forma ativa do processo e cada um comprometer-se com o propósito de compreender e ser compreendido. A comunicação é o denominador comum de todas as ações de enfermagem e influi decisivamente na qualidade da assistência prestada àquele que necessita dos cuidados (Stefanelli, 1988).

Em um estudo de investigação analisando a interação entre enfermeiro-paciente, os autores Tfonl et al (1991) afirmam que a interação entre enfermeiro e paciente, tem somente aparência de diálogo, principalmente porque não há negociação de significado entre os interlocutores e porque as individualidades estão apagadas e substituídas por entidades abstratas: o enfermeiro representa o hospital; o paciente representa a doença. Rogers (1980) refere quatro competências básicas na orientação das relações com outrem: a competência

empática, a aceitação incondicional, autenticidade e o respeito. A estas quatro competências Mendes (1994) acrescenta, como fator importante da comunicação com o outro, a disponibilidade.

Minzoni (1979) enfatiza a importância de envolvimento com o outro para se ter uma percepção mais clara do outro e Moscovici (1985) refere que à medida que as atividades e interações prosseguem, os sentimentos despertados podem ser diferentes dos indicados inicialmente e, então, inevitavelmente, os sentimentos influenciarão as interações e as próprias atividades. Talvez tenhamos que reconhecer, segundo Santin (1995), que o homem se distingue de todos os outros seres vivos pelo sentimento, pela emoção, pela compaixão. A racionalidade é apenas uma das possibilidades da sensibilidade humana.

Porrit (1984), em seu estudo diz que a comunicação é a base para toda interação humana, mas que a realidade dessa interação é afetada pela situação na qual a comunicação ocorre. Essa situação, geralmente complexa, está relacionada ao fato de que, em qualquer interação, entram em jogo todos os passos que podemos descrever na rede interpessoal do processo de enviar e receber mensagens, assim como aqueles fatores que ocorrem dentro de nós, mesmos afetando as mensagens ou a interpretação das mensagens, assim como, recebidas na comunicação. Podemos salientar que são duas personalidades distintas em interação. Embora o objetivo a ser alcançado neste tipo de abordagem possa ser o mesmo, a maneira de encarar ou de lidar com um determinado problema ou dificuldade difere, segundo as vivências e os conhecimentos que cada um dos elementos envolvidos traz em si mesmo. Além disso, podemos perceber que antes que ocorra um relacionamento significativo em que o paciente perceba ser-lhe a enfermeira útil, de certa forma, e esta sinta satisfação em desempenhar seu papel de ajuda, há um caminho a ser percorrido.

Neste caminho, Gattás (1981) enfatiza a importância de ambos se conhecerem pessoas distintas com suas próprias singularidades, assim como de desenvolverem um certo grau de confiança mútua para que possam se sentir à “vontade” na interação.

Interferências ou reações, voluntárias ou involuntárias, intencionais ou não intencional, constituem para Moscovici (1985), o processo de interação humana, em que cada pessoa na presença de outra pessoa, não fica indiferente a essa situação estimuladora. Tal processo é complexo e ocorre permanentemente, sob forma de comportamentos manifestos e não manifestos, verbais e não-verbais, pensamentos, sentimentos, reações mentais e ou físico-corporais. A forma de interação humana mais frequente e usual contudo é representada pelo processo amplo de comunicação, seja verbal ou não-verbal. A interação auxilia a enfermeira a perceber, compreender e colher informações. Evita a imposição cultural e permite elaborar de forma compartilhada o caminho a ser percorrido para se chegar ao cuidado personalizado e humanizado aos pacientes. A interação com o indivíduo-doente, segundo Lalanda (1995), deverá ter em conta a pessoa; não apenas o corpo biológico, mas a individualidade psicológica, sócio-cultural e espiritual. Bernard (1977) por sua vez considera a relação enfermeira-paciente, antes de tudo, uma experiência vivida que se inicia de maneira espontânea e que não se estabelece tanto pela linguagem verbal, mas por atitudes afetivas. Para Sinno (1987) esta autenticidade do encontro seria verificada pela manifestação que ocorreria no olhar, no gesto, no sorriso e no silêncio das pessoas que vivem o processo. Argyle (1978) argumentou que a comunicação não-verbal é cinco vezes mais eficaz do que as palavras para a compreensão de uma mensagem por parte de uma pessoa. Na presença do paciente cirúrgico a expressão facial é um instrumento fundamental para o

processo de interação (Lenardt, 1994). Uma das áreas mais expressivas do corpo é o rosto. No homem, é uma área especializada de comunicação, e a acuidade visual é suficiente para percebê-lo. Ele é a área que é observada mais de perto durante a interação, pois comunica atitudes interpessoais. Para Levinas (1977), a partir do reconhecimento do outro é que me faço presente, na “epifania do rosto”. Evidentemente, temos olhos, nariz e boca em nossas faces como instrumentos dos sentidos da visão, olfato e paladar, todos necessários para a sobrevivência. Contudo, afirma Argyle; Trower (1981), a face tem uma função adicional e bastante diferente no envio de mensagens sociais, e seu complexo de músculos é tão amplo que a torna capaz de produzir inúmeras expressões. A face é única, e é a parte mais expressiva do corpo para Argyle; Trower (1981).

Segundo Argyle (1976), a expressão facial desempenha vários papéis na interação social humana, e entre estes, vale destacar que: a) Mostra o estado emocional, embora às vezes tente escondê-lo; b) Fornece um “feedback” contínuo do que é percebido e comunicado, evidencia surpresa, concordância e outros sentimentos referentes ao que está sendo explicitado. Depois da fala a expressão facial é o principal canal de comunicação; c) Indica atitudes em relação aos outros; d) Pode agir como uma metacomunicação, modificando ou criticando o que está sendo dito ou feito no momento.

O cuidado cultural pelo exposto, constitui um desafio para a Enfermagem, pois a enfermeira, em aceitar o que ela mesma se propõe, possibilita uma interação real, a partir da comunicação, reciprocidade, solidariedade, respeito mútuo, liberdade e acolhimento, atuando sobre os entraves de forma a neutralizar, ou ao menos minimizar, seus efeitos sobre a relação pessoa-pessoa, que deve constituir o cerne da assistência de enfermagem ao cliente (Sinno, 1987).

Os subsídios teóricos aqui apresentados servirão de base para a elaboração do meu marco referencial, eixo norteador deste estudo.

3 - MARCO REFERENCIAL

O marco de referência elaborado por mim permeou minha *prática de cuidar com* e as reflexões contidas neste trabalho. Ele reflete crenças, valores e os elementos dominantes do meu cotidiano pessoal e profissional. A **Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madaleine Leininger**, que preconiza um cuidado que se ajusta às crenças, valores e modos de vida das pessoas, ou seja, um cuidado que considera a cultura e o contexto social do indivíduo ou do grupo, foi o incitante e o alicerce para a construção deste marco de referência, no qual são considerados os conceitos básicos de: cultura, paciente cirúrgico, interação, enfermagem, saúde-doença e cuidado cultural.

Sinto necessidade de enfatizar que a escolha deste marco referencial coteja com minhas crenças de que:

- Alegria, atenção, respeito e carinho são instrumentos básicos para o processo de interação da enfermeira com o paciente cirúrgico.
- A interação é o componente fundamental para a enfermeira que pretende desenvolver o cuidado cultural com o paciente cirúrgico.
- O *cuidado cultural* é a melhor maneira de cuidar com o *paciente cirúrgico*.
- *Cuidado cultural* é parte do desenvolvimento da própria *ética* do cuidado de enfermagem.
- A *competência técnica* é um dos instrumentos facilitadores e propulsores do *processo de interação*.

Tendo em vista o exposto, apresento o meu entendimento dos conceitos centrais do meu estudo:

Ser humano/ Paciente cirúrgico

Ser humano/paciente cirúrgico, é um *ser humano* que *interage* com o *contexto ambiental* de forma singular, que apresenta necessidades de cuidado quando saudável ou não. As *necessidades*, por sua vez, são elementos essenciais e modificadores do cotidiano de um ser humano, diferem de pessoa para pessoa, têm influências sócio-culturais e permitem a continuidade da vida. As necessidades do paciente cirúrgico devem ser satisfeitas de acordo com suas crenças, pois ele é um ser sócio-cultural, que elabora significados conforme a sua visão de mundo. O *paciente* cirúrgico é um *ser humano*, que se encontra internado em uma clínica cirúrgica, e precisa ser conhecido e compreendido através de seus valores culturais próprios, para que possa estar satisfeito com os cuidados recebidos. Isto pode significar uma diferença decisiva para conseguirmos a cooperação dos pacientes e aceitação das recomendações de cuidado.

O processo de atribuir significado a sua experiência não é inventado; o paciente usa os significados e as interpretações que sua vida social lhe têm dado. É herdeiro de um longo processo cumulativo, que reflete o conhecimento e as experiências adquiridas pelas numerosas gerações que o antecederam. Para Leininger (1985), os seres humanos têm valores, crenças, normas e práticas de vida que foram aprendidas, partilhadas e transmitidas, que orientam seus pensamentos, decisões e ações de maneira padronizada.

O *Contexto ambiental* envolve coisas e seres; é físico, biológico, social, cultural e interage com o homem trocando matéria, energia, informação e proporcionando estilos de vida. O estilo de vida seria a maneira peculiar de ser: preferência, hábitos, costumes e modos de viver, os quais podem afetar positivamente ou negativamente a saúde dos indivíduos. Esse *contexto* é definido por Leininger (1985) como a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais. A mudança deste *contexto ambiental* é algo que caracteriza também a experiência de *ser um paciente cirúrgico*. Segundo Hense (1987), o ser humano precisa deixar o ambiente que lhe é conhecido e vir para um ambiente que lhe é desconhecido. Ele está exposto às mesmas fontes de tensão que outros pacientes hospitalizados: o afastamento dos familiares e de suas atividades diárias, ambiente diferente de seu meio social e linguagem nem sempre compreensível, algumas também são peculiares: o trauma fisiológico, a dor, o conhecimento do diagnóstico e do objetivo da cirurgia, a anestesia, e as consequências para o seu estilo de vida, imagem corporal e auto-imagem. É neste *contexto ambiental* que este *ser humano* vivencia comigo, numa prática de cuidar, um *processo interativo*.

Interação

A *interação* é uma constante no processo de viver de cada ser humano e este é único, inicia-se na concepção e vai até a morte, desenvolvendo-se contínua e dinamicamente, a partir de todos os eventos, acontecimentos e experiências que descrevem sua história e trajetória de vida, através de

ininterruptos *processos interacionais*. Esses processos são desenvolvidos consigo mesmo, com o ambiente e com outras pessoas, medidos pela cultura na qual vive.

A *interação* neste estudo é um “modo de caminhar com” o paciente cirúrgico para chegar ao *cuidado cultural*. Este “modo de caminhar com” se constrói com os elementos: carinho, atenção, respeito, alegria e competência. Considero a *interação* enfermeira-paciente como sendo dois universos culturais que interagem com representações e sentimentos diversos, que inicialmente encontram-se implícitos e que, com o “caminhar com”, tornam-se explícitos mediante a comunicação verbal e não-verbal, propiciando uma fonte mútua de informação e ajuda. Este momento se caracteriza pelo diálogo, pela conversação que, para Cherry (1971), forma um vínculo bidirecional de comunicação; há uma medida de simetria entre os partícipes e mensagens passam de lá para cá. Existe uma ação cíclica contínua de estímulo-resposta; comentários suscitam outros comentários e o comportamento dos dois indivíduos se torna combinado, cooperativo e orientado para algum objetivo.

A *interação* é um instrumento necessário para colher as informações, com o intuito de conhecer melhor o paciente cirúrgico e desenvolver o *cuidado cultural*. O *cuidado técnico* será considerado a primeira etapa, o ponto de partida para impulsionar as *interações interpessoais*. Portanto, utilizo o *procedimento técnico* como um instrumento fundamental no primeiro contato, com o intuito de descontrair neste início de comunicação com o doente. Acredito que o cuidado técnico associado à *competência*, poderá despertar o sentimento de *confiança* no paciente, condição indispensável para a qualidade e finalidade da interação enfermeira-paciente. Para que haja comunicação eficiente Argyle; Trower (1981) enfatizam que as aparências precisam

significar alguma coisa. A interação enfermeira-paciente segundo Lalanda (1995), implica repensar a própria observação, as atividades e motivações, o valor atribuído às ações e as representações que ambos utilizam nesse processo.

Cuidado técnico é um conjunto de processos ou procedimentos padronizados e aprendidos para um fim, que não levam em conta a individualidade psicológica, sócio-cultural e espiritual do paciente. A competência que enfatizo durante esse cuidado técnico advem de um conjunto de competências, que foi por mim representada: a competência de ordem técnico-científica e a competência sócio-afetiva. O conhecimento técnico-científico defino como um conjunto de elementos que instrumentaliza a ação do procedimento, assim como: destreza manual, habilidade sequencial - finalizadora, criatividade e embasamento científico da técnica. Esses elementos necessariamente estarão acompanhados de outros elementos de ordem sócio-afetiva, como: carinho, atenção, respeito e alegria (expressão facial alegre). Aubrun ; Orofiamma apud Lopes; Nunes (1995) definiram competência de ordem sócio-afetiva como um grupo de competência de terceira dimensão - assim designadas por serem não técnicas e agrupam em quatro categorias distintas: os comportamentos profissionais e sociais, as atitudes, as capacidades criativas e as atitudes existenciais. Estas competências de terceira dimensão são suportadas por alguns tipos de saberes, que elas destacam como sendo as estratégias cognitivas e ao saber social.

Na presença do paciente cirúrgico a *expressão facial* é um instrumento fundamental para o *processo de interação*, Lenardt (1994). O rosto é a área que é observada mais de perto durante a interação, ele comunica atitudes interpessoais; é uma área especializada de comunicação (Argyle, 1976). Os elementos carinho, atenção, respeito e alegria perpassam toda a prática

assistencial e, portanto, são os alicerces para o meu relacionamento com o paciente cirúrgico. São elementos que na prática se interligam na demonstração, frequência e significado. O carinho pode ser expresso como um comportamento tátil (toque) ou um simples sorriso (alegria), ou até mesmo uma expressão facial triste ao compartilhar seu sofrimento e que também pode demonstrar respeito e atenção daquele momento vivido. A enfermeira é uma facilitadora que busca meios para desenvolver os componentes da comunicação, para construção de relacionamento.

Na prática de enfermagem, Gattás (1981) afirma que toda a assistência ao indivíduo se processa a nível das relações interpessoais. É na *interação*, segundo Orlando (1978), que o enfermeiro possibilita ao paciente expressar o significado específico de seu comportamento de modo a identificar os seus problemas. Também Meleis (1985) compartilha desta afirmação ao enfatizar que a interação da enfermeira com um ser humano em uma situação de saúde e doença poderia ser o domínio para que uma teoria de enfermagem pudesse ser desenvolvida.

Enfermagem

A *enfermagem* e o *paciente* vivem em uma sociedade onde o ambiente físico, a cultura e a estrutura influem diretamente sobre a saúde, a doença e as necessidades do cotidiano. O enfermeiro é um profissional de saúde que procura conhecer, compreender e cuidar do ser humano na saúde ou na doença, levando **em conta o contexto ambiental**. A enfermagem tem conhecimentos e habilidades próprias, interage, descobre, compreende e desenvolve suas ações de cuidar de forma congruente com os hábitos de cuidar e de vida do paciente

cirúrgico. Essas ações de cuidar, segundo Leininger (1985), fazem-se preservando o cuidado já conhecido pelo paciente, acomodando e ou repadronizando os cuidados. Esses três modos de agir, para Leininger apud George (1993), podem conduzir à execução do cuidado de enfermagem que melhor se adapte à cultura do cliente, diminuindo, assim, o estresse cultural e o potencial para o conflito entre o cliente e o provedor de cuidado.

Percebo que a enfermeira, como o ser humano, é capaz de compreensão, de carinho e atenção através de uma *interação*. Os objetivos da enfermeira neste processo residem em conhecer o paciente, identificar e satisfazer às necessidades dele. No entanto, para que esta interação seja real e significativa, a enfermeira precisa conhecer o ambiente em que vivem o paciente e sua família, suas reais condições de vida.

A Enfermeira, como ser humano, tendo sua própria cultura, ao entrar em contato com o paciente cirúrgico, precisa ter consciência de que imposições pessoais nas ações de cuidar refletirão em cuidado menos personalizado e menos desejado pelo paciente, e que se opõe ao cuidado cultural, cerne desta proposta.

George (1993) escreve que Leininger não define enfermagem, mas afirma que esta é o fenômeno que necessita ser explicado. Ela declara em seus pressupostos que a enfermagem é, essencialmente, uma profissão que envolve *cuidado cultural coerente*.

Considero que o cuidar para a enfermagem tem uma *abordagem antropológica* da condição do doente e da doença vivida. Também para Lalanda (1995) essa abordagem levanta os olhos e encara os do doente, observa as lágrimas, o nervosismo pré-operatório, a vergonha, a perda de confiança, o medo e inter-relaciona a informação, a das fontes escritas e a que se obtém do

relacionamento com o paciente ou família, sabendo encontrar no próprio paciente a fonte informativa por excelência.

Este estudo será uma tentativa de resgatar para o paciente, para si mesmo e para a enfermagem, o antigo carisma de humanidade que se perdeu na relação enfermeira-paciente. A enfermagem, com essa abordagem creio ser possível voltar a definir como uma arte e uma ciência.

Saúde/Doença

Saúde é aqui concebida como aquele momento no qual o indivíduo interage com seu ambiente de maneira equilibrada, flexível e harmônica, satisfazendo suas necessidades segundo a dinâmica da sua evolução social e cultural. A saúde e a doença permeiam todo o processo de viver de um ser humano. É uma experiência subjetiva, varia entre os indivíduos, grupos culturais e classes sociais. Cada cultura possui sua linguagem própria para expressar a condição de saudável e de sofrimento.

Os fatores culturais, segundo Helman (1994), determinam que sinais ou sintomas sejam percebidos como anormais; eles também ajudam a dar forma às mudanças físicas e emocionais difusas, colocando-as dentro de um padrão identificável tanto para o paciente quanto para as pessoas que o cercam. Entre estas pessoas destaco a enfermeira, profissional responsável pela elaboração junto com o paciente do cuidado cultural.

Leininger (1978) vê saúde como um estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita um indivíduo ou grupo a efetuar atividades ou a alcançar objetivos e padrões de vida desejados.

Vivenciando o *processo saúde-doença* o *paciente cirúrgico* encontra-se em um *contexto ambiental* desconhecido, com pessoas, procedimentos e linguagem que são desconhecidos e atemorizantes. Ainda mais quando se trata de uma Clínica Cirúrgica, pois só a palavra implica num aumento da ansiedade e temor do paciente. Os procedimentos, as mudanças da sua imagem corporal, as mudanças de seu sistema de vida, de hábitos, a espera para a cirurgia, as reações dos familiares, fazem parte de sua nova situação. Portanto, é neste contexto ambiental e de desequilíbrio vivido pelo ser humano que se desencadeia o encontro enfermeira-paciente. E essa situação dolorosa, traumatizante, deve ser superada durante a permanência hospitalar e oportunizando um estilo de vida saudável, dentro dos condicionalismos e significados próprios de cada paciente.

Cultura

Conforme a minha caminhada, ficou explícito que o mundo das formas, dos símbolos, dos significados, darão o tom na minha proposta; este mundo da *cultura*, já previamente definido, caracterizado nas páginas referentes à revisão de literatura. Destaco, contudo, que concebo *cultura* como padrões apreendidos de valores, crenças e práticas de vida, que são compartilhados no cotidiano e que foram transmitidos por um grupo ou sociedade. Esses padrões têm possibilidade de transformar-se em outros padrões culturais. O que caracteriza a existência social de um indivíduo é a sua experiência vivida.

Cuidado Cultural

Este marco referencial, o cuidado com o paciente cirúrgico será feito mediando uma abordagem antropológica; A ação de cuidar será desenrolada por dois seres humanos com seus valores, crenças e costumes, compostos por todas as espécies de laços simbólicos; agem e interagem trocando conhecimentos, informações e ajuda mútua. O *cuidado cultural* com o paciente cirúrgico é o cuidado oferecido pela enfermagem de acordo, ou o mais próximo possível, das crenças e valores de cuidado e modos de vida do ser que é cuidado, aflorado e decorrente do *processo de interação*. O *cuidado cultural* se desenvolve num cenário de *confiança mútua*. O grau de confiança interpessoal é tido como uma variável importante, segundo Mendes (1994), que influencia nossa comunicação e interação com outros. Para a autora, somos testemunhas de que a confiança permite maior efetividade da comunicação na medida em que, a depender dela, a pessoa sente-se mais à vontade para externar de modo sincero o que pensa e o que sente. Para oferecer o cuidado cultural ao paciente cirúrgico é preciso também conhecer a realidade sócio-cultural-familiar cotidiana, pois poderei observar e receber informações e dados expressivos da cultura que poderão auxiliar significativamente o paciente e enfermeira no cuidado cultural. A *família*, o paciente e o *contexto* ambiental, detêm o fio condutor, que serve para guiar o *cuidado cultural*.

O cuidado cultural é definido por Leininger (1985) como os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências. Para a autora o *cuidado cultural* é o mais amplo meio de conhecer,

explicar, justificar e prever fenômenos de cuidado em enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem.

Quando também as dimensões culturais do paciente são consideradas, a enfermeira poderá fazer com que o paciente “sinta-se mais em casa” e, conseqüentemente, estará praticando um cuidado mais humanizado. O cuidado cultural aproxima a relação enfermeira-paciente-família e maximiza a adaptação do paciente em seu contexto ambiental e situacional. Ignorar as crenças, valores e os hábitos de vida cotidiana do paciente cirúrgico, podem propiciar o aparecimento de problemas, de insatisfação, de pouca cooperação e o risco de fazer recomendações de cuidado para alta hospitalar as quais poderão ser ignoradas.

Com estes conceitos internalizados parti para o desenvolvimento de minha prática *de cuidar com* centrada no cuidado cultural.

4 - PROCESSO DE CUIDAR

4.1 - Contexto do processo de cuidar

A prática *de cuidar com* proposta neste estudo, foi realizada em uma Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário da Cidade de Curitiba, com pacientes adultos, internados nesta unidade, e seus familiares. Este hospital tem como finalidade precípua promover ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. O hospital tem a seguinte estrutura hierárquico-funcional: Conselho de Administração, Conselho Diretivo e Direção Geral. Atualmente o hospital tem a capacidade de 654 leitos, distribuídos em 28 serviços de internação.

Segundo o regimento deste hospital a diretoria de enfermagem é um órgão executivo, subordinado à Direção Geral do Hospital e tem por finalidade prestar assistência de Enfermagem voltada à assistência integral do paciente e promover o desenvolvimento gerencial dos serviços de enfermagem, para melhor atender a toda a clientela das atividades de enfermagem. Os docentes de enfermagem pertencentes ao quadro da UFPR em sua grande maioria usam os serviços deste hospital apenas como campo de estágio, para disciplinas pelas quais são responsáveis, portanto, sem vínculo ou compromisso de uma integração hospital-escola. No momento, o hospital conta, pela primeira vez, com uma docente na direção de enfermagem que, com entusiasmo, incita a mudança desta cultura institucional.

A clínica de Cirurgia Geral está localizada no 8º andar do hospital. Contem 8 enfermarias e um total de 27 leitos. É composta por uma equipe de enfermagem, médicos, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e

secretárias. É frequentada também por alunos, componentes destas equipes. A de enfermagem é composta por 21 auxiliares e 3 enfermeiras, sendo que no período da manhã uma desenvolve oficialmente atividades, assistências e, a outra, funções administrativas. Durante o período da tarde há apenas uma enfermeira, que tem funções assistenciais e também administrativas. Fazem parte, também da equipe de enfermagem, duas secretárias administrativas.

Esta clínica realiza em torno de vinte e oito cirurgias semanais, como: gastrectomia, tireoidectomias, esofagectomias, herniorrafias, enterectomias, safenectomias, laparotomias, e outras de menor porte. O centro cirúrgico fica localizado no 5º andar do hospital e o acesso dos pacientes se dá pelo elevador exclusivo de transporte de pacientes.

Nesta clínica cirúrgica o poder médico é grande e percebo que eles justificam esta autoridade enfatizando a complexidade crescente das suas atividades. Nesta situação compartilho o pensamento de Carapinheiro (1993) quando considera que os grupos que controlam o hospital são os que desempenham as tarefas mais difíceis e críticas. Como efeito, vejo que há domínio dos médicos, influenciando significativamente a organização do modelo de prestação de cuidados de enfermagem. Este, prestado na Clínica Cirúrgica, vem a reboque das atividades e decisões médicas. Exemplificando esta influência, refiro-me à higiene geral do paciente (banho) que, obrigatoriamente, deve ser realizado pela manhã, antes da visita médica. Os cuidados de enfermagem tornam-se tarefas a cumprir, com horários demarcados, com pouco tempo para permanecer ao lado do paciente, deixando, assim, de oportunizar um cuidado individualizado que o contente. A enfermeira assistencial absorve ainda muitas atividades burocráticas e se distancia muito do cuidado direto com o paciente. Lalanda (1995) também considera que as

próprias instituições criam rotinas de admissão, de tratamento, de visita, de alimentação, entre tantas outras. O problema para ela não está tanto na rotina em si, necessária à instituição e condição da sua permanência, mas na simplificação, estagnação e acomodação que ela pode gerar na atuação do indivíduo, fixando limites ao desempenho do papel, contribuindo para uma lentidão de qualquer processo de mudança.

A cultura do processo de cuidar da clínica foi o marco que me impulsionou a desenvolver o trabalho; além de ser também o local de minha atuação profissional como docente de enfermagem e onde encontro um número significativo de pacientes no período pré-operatório e pós-operatório.

4.2 - Os participantes

Os participantes denomino de pacientes, apesar de não gostar e concordar que, o termo *paciente*, não é adequado à abordagem deste estudo, não encontrei em nosso idioma uma palavra que se revelasse compatível com a proposta deste.

Desenvolvi minha prática com três pacientes adultos: dois do sexo masculino e um do sexo feminino, com idades de vinte e seis, vinte e oito e quarenta e seis anos. Para proteger a identidade dos pacientes e familiares, coloquei nomes fictícios. O primeiro paciente identifiquei como Sr. Carlos, o segundo como D. Maria e o terceiro como Sr. Mario. Foram nomes que ocorreram no momento em que efetuava o primeiro registro de cada paciente no meu diário. Para os três pacientes desenvolvi uma ficha, com dados de identificação. Também foram participantes os familiares durante a visita hospitalar e durante as visitas no domicílio. Quando iniciei a prática todos se

encontravam no período pré-operatório e suas cirurgias foram consideradas necessárias, de grande, médio e grande porte respectivamente. Os critérios que fundamentaram a seleção dos pacientes foram:

- a) permanência acima de cinco dias de internação, prazo que consideramos o mínimo suficiente para colhermos as informações a nível de internação hospitalar e domiciliar.
- b) ser residente em Curitiba ou cidade da região metropolitana. Não haveria tempo suficiente, durante a prática, para viagens mais longas.

Esses critérios foram passados e enfatizados à equipe de enfermagem da Clínica, para facilitar a informação daqueles pacientes, que internavam fora do horário de minha permanência na Clínica Cirúrgica.

Esta prática foi desenvolvida no período de 05 de setembro a 31 de outubro de 1994.

4.3 - Método de registro e análise de dados

Durante o processo de cuidar obtive informações a respeito do paciente, provenientes da equipe de enfermagem e médica; das leituras no prontuário; dos alunos do curso de Enfermagem; da enfermeira supervisora do estágio dos alunos; familiares e, principalmente, dos próprios pacientes. Com exceção das informações recebidas dos pacientes e familiares, elas foram anotadas na forma de simples registro, de imediato, assim que recebia a comunicação, no *diário do enfermeiro*. Já os dados da comunicação verbal e não verbal com pacientes e familiares, e as impressões e opiniões pessoais foram registradas na forma de notas no *diário de campo*, tão logo fosse possível, e assim que não estivesse na

presença de ambos. O registro e a guarda se constituíram uma parte importante deste estudo porque serviu, principalmente, como elemento de orientação, para exame retrospectivo dos passos dados. Quanto aos registros na forma de notas, segui Schatzman (1973), que os denomina *notas de observação*, *notas teóricas* e *notas metodológicas*. As notas de observação (NO) são sentenças relacionadas a eventos experienciados principalmente através da observação e audição. Elas contém um mínimo de interpretação possível. A nota teórica (NT), representa consciência própria, tentativa para extrair significado de uma nota de observação. Uma nota metodológica (NM) consiste principalmente de lembranças e instruções para o próprio pesquisador e reflete um ato operacional. À medida que os dados foram emergindo no desenrolar da prática *de cuidar com*, eles foram analisados e refletidos e constituíram os alicerces das etapas subsequentes do processo, ou constituíram os reajustes que pronunciaram outro caminho a seguir. A cada encontro com o paciente e familiares germinaram elementos para este e para as próximas situações, e que a todo momento estavam submetidos ao estudo. Não foi uma série de passos lineares, mas as etapas do colher dados e a análise se conjugaram com as ações de cuidar.

Tendo em vista o propósito deste trabalho, as informações obtidas e vivenciadas com cada paciente foram organizadas de forma sequencial, seguida de uma reflexão com base no marco referencial de onde emergiram as etapas do processo. Os resultados serão apresentadas de uma forma narrativa tal qual ocorreu na prática.

4.4 - Método de abordagem

Durante as ações de cuidar prevaleceram os critérios de respeito à dignidade do ser humano, à proteção, aos direitos e seu bem-estar. Para preservar os direitos dos pacientes que participaram do estudo, como também da instituição onde foi realizado, tomei as seguintes medidas:

- a) A direção do hospital foi comunicada e esclarecida quanto a viabilidade do estudo e do compromisso de manter o anonimato da instituição.
- b) Os pacientes que fizeram parte do estudo a partir das observações e entrevistas foram consultados e esclarecidos. Foi garantido o direito de desistirem da participação do estudo, assim como o completo anonimato.
- c) Foi mantido sigilo das informações prestadas.
- d) Procurei dar atenção aos demais pacientes das enfermarias.
- e) Não fiz suposições a respeito das crenças e valores do paciente cirúrgico.
- f) Os pacientes tomaram decisões conjuntas sobre seus cuidados.
- g) Não gravei as entrevistas; o bom senso revelou, no momento, que o aparelho seria um instrumento dificultador de minha interação com o paciente cirúrgico.

Defino cuidado cultural como sendo o cuidado oferecido pela enfermagem de acordo com as crenças, valores e modos de vida do ser que é cuidado. A partir da minha definição tomo a liberdade de dizer que esta prática assistencial do cuidado cultural é parte do próprio desenvolvimento, da própria ética dos cuidados de enfermagem. Eliason (1993) enfatiza que a teoria e prática de enfermagem não pode ser ética a menos que os fatores culturais sejam

levados em consideração e que enfermagem ética-transcultural, não é uma especialidade esotérica, mas central para a filosofia e prática de enfermagem.

Durante a prática do cuidado cultural, nas minhas reflexões e atitudes, empreguei como alicerce a Carta Brasileira dos Direitos do Paciente, e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.

Este processo é visto por mim como sendo um caminho crescente de interação, com momentos onde as informações e o cuidar se *configuram* num processo *único* de fazer. O processo de cuidados de enfermagem criar-se-á a partir daquilo que se descobre manejando as informações provenientes da situação, decodificando-as com a ajuda dos conhecimentos, para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar. Esta abordagem do processo não tem razão de ser se não se enraizar no como as pessoas vivem, numa abordagem antropológica, para podermos descobrir e compreender os pacientes e tornar significativas as informações que eles transportam. A abordagem antropológica é aquela que situa as pessoas no seu contexto de vida, tentando compreendê-las em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças e valores. Acredito que, para esta abordagem ter credibilidade, se faz necessário ir além do contexto hospitalar e conhecer os familiares e seu domicílio. Aí poderei encontrar dados ainda mais significativos do mundo da pessoa que está doente. Para Leininger (1978), é essencial que o enfermeiro faça, antes de iniciar o seu trabalho, a “avaliação culturoológica”, através da apreciação sistemática ou de exame dos indivíduos, grupos ou comunidades, em seus valores, crenças e práticas culturais, atuais e no passado, para determinar a necessidade e ser como um guia para a elaboração de planos de intervenção de enfermagem, no contexto cultural do cliente.

Considerando que o objetivo deste estudo é desenvolver um processo metodológico, projetei e programei o seguinte: *a etapa inicial, os roteiros das entrevistas, contatos com familiares e as visitas domiciliares.*

Nos últimos anos, acompanhando estágios dos discentes do curso de enfermagem, tenho vivenciado situações das mais variadas quando do primeiro contato aluno-paciente. Comecei a questionar... Por que o aluno já vem com a idéia fixa de que a entrevista, necessariamente, deve ser a primeira etapa do Processo de Enfermagem? E ainda, na maioria das vezes, o paciente já está cansado de responder a tantas perguntas! Neste momento inicial da comunicação aluno-paciente, comecei a perceber que havia pouco significado para ambos e que a relação interpessoal que se propunha naquele momento era superficial ou até mesmo inexistente. Quando nascia a sensibilidade para o diálogo, já se passara muitas horas, dias ou até mesmo faltavam poucas horas antes da alta. Concordo com Porrit (1984) quando diz que a comunicação é a base para toda interação humana, mas que a realidade desta é afetada pela situação na qual aquela ocorre. A ênfase do primeiro contato enfermeira-paciente é fundamental para que ambos possam se sentir à vontade na interação e estabelecer uma base de confiança com o paciente, de tal forma que este possa aceitá-la com uma pessoa fidedigna. Considero a confiança como um sentimento fundamental no relacionamento enfermeira-paciente, portanto este sentimento deve ser incitado desde o primeiro momento. Hofling et al (1970) define confiança como um sentimento que temos a respeito da lealdade de outra pessoa e que faz com que o indivíduo se sinta seguro nesta companhia. Para restabelecer um “clima” no qual o sentimento de confiança possa ser desenvolvido e afluído, segui uma incursão introdutória planejada.

Esta abordagem inicial com o paciente cirúrgico foi através do *cuidado técnico* usado, portanto, como instrumento fundamental para descontrair e despertar sentimento de confiança. O *cuidado técnico* é para mim, neste momento (primeira etapa), ferramenta essencial para desencadear o *processo de interação* enfermeira-paciente. Na tentativa que esta ferramenta não se torne frágil e impraticável, associei dois elementos; a *competência técnico-científica* e a *competência sócio-afetiva*. A competência técnico-científica transporta os elementos necessários para desenvolver e instrumentalizar a atividade técnica, tais como: destreza manual, postura, início-sequência-fim, criatividade e conhecimento científico. Os elementos que considero, de competência sócio-afetiva são os comportamentos de respeito, alegria, atenção e carinho. A expressão facial alegre exerce um grande efeito no processo de comunicação. Segundo Argyle; Trower (1981) demonstraram em estudos experimentais, mesmo uma mensagem hostil, se for transmitida num tom de voz amável e com uma expressão sorridente, será, em grande parte, relevada e pensar-se-á que é favorável.

Reconhecendo, também, que desta fase inicial dependem as subsequentes num constante ir e vir, proponho alcançar a compreensão de “como” desenvolver essas etapas. Os avanços e retrocessos irão surgir e representam, segundo Dall’agnol (1994), as metas propulsoras que dão sustentação e direcionamentos ou indicam redirecionamentos, como fruto de ações conjuntas entre mim e o paciente. Tomando como pressuposto que a *interação* é um instrumento fundamental para a enfermeira que pretenda desenvolver o cuidado cultural, acredito que a interação seja o componente que possibilita a execução dos cuidados culturalmente congruentes.

As *entrevistas* perpassam todo o *processo de caminhar com* o paciente cirúrgico. São diálogos informais, sem caráter de entrevistas estruturadas. As perguntas desses diálogos foram baseadas nos componentes significativos da cultura, apontados por Titiev (1972), que sugeriu três níveis de relação: o homem e as coisas, o homem e os homens e o homem e o sobrenatural. Elas apresentam um roteiro necessário para servir de guia e dar apoio ao propósito deste trabalho. São perguntas memorizadas que têm objetivo de levar a conhecer o estilo de vida do paciente, hábitos e crenças de cuidado e que surgem a qualquer instante, nas conversas informais com ele e seus familiares. Os contatos com estes últimos são importantes na tentativa de angariarmos informações sobre as crenças, dos valores, do cotidiano familiar e, assim, obter e conferir dados da cultura do paciente. Essas ocasiões aconteceram durante as visitas ao hospital pelos familiares e quando da minha ida ao domicílio do paciente. Foi reservada uma sala para conversar com paciente e familiares nos momentos em que fosse necessário e assim o desejassem para preservar a individualidade.

As *visitas à casa do paciente* tiveram dois momentos e foram imprescindíveis para a proposta deste estudo. Na primeira, tive como objetivo conhecer a casa dele, os membros da família e seu cotidiano. Esta foi feita enquanto o paciente ainda estava no hospital. A *segunda* ocorria após a alta. Este momento, pode se transformar em mais de uma ocasião, o que dependerá da necessidade e/ou desejo do paciente e familiares. Esta visita é mais uma oportunidade para oferecer e conferir o *Cuidado Cultural*. É o momento de avaliar o cuidado cultural que foi oferecido durante a hospitalização. As ações de cuidado de preservação, acomodação e repadronização foram conferidas pela

observação direta, questionamentos ao paciente e familiares e ainda pela demonstração de satisfação e bem estar deles.

Durante a execução dos cuidados de enfermagem, o cuidado cultural é proporcionado à medida que o paciente cirúrgico se desvela para mim. Este momento não é definido; o processo de *interação inicial* e o *mantido* é decisivo para restringir ou liberar esse tempo.

Com a pretensão de auxiliar na compreensão do exposto, transpus o *processo de cuidado* cultural, para um diagrama, representado pela figura nº 1. Os *momentos* deste *cuidado*, foram também esquematizados mas separados na figura nº 2, por encontrar dificuldades na representação conjunta das figuras.

realizar uma prática idealizada, com vistas à transformação do meu modo de assistir ao ser humano. Assisti, então, ao ser humano com conceitos elaborados e que foram minha referência nesta abordagem. Entre esses conceitos destaco os por mim operacionalizados.

Seres humanos são pessoas que estão hospitalizadas no pré e pós-operatório de ostomia que necessitam de apoio específico dos familiares e equipe de saúde....

Nestas três narrativas há a possibilidade de identificar três diferentes abordagens de enfermagem a seres humanos hospitalizados para realização de ostomia, e conseqüentemente, três formas distintas de interação, pois cada um percebe e exige conforme a sua visão de mundo.

Tentando manter uma coerência com os objetivos propostos e a minha prática assistencial, pontuei nas três narrativas momentos nos quais os conceitos de interação, percepção e comunicação se apresentam com maior densidade.

A interação conceituada como um processo de percepção e comunicação verbal e não-verbal entre paciente/ostomizado, paciente/enfermeiro, pacientes e familiares paciente e profissionais de saúde, no ambiente hospitalar sendo um comportamento observável e voltado para um determinado objetivo.

Ressalto que, deste processo de interação, emergiram vários temas que puderam ser observados e analisados, de acordo com a percepção e comunicação de cada um dos indivíduos envolvidos na situação.

Para que a interação se processasse era necessário que a percepção e a comunicação fossem efetivas. Através da comunicação consegui estabelecer o relacionamento com as três pacientes, como afirma Stefanelli (1993, p.29):

“a comunicação permeia toda ação da enfermeira e a sua utilização auxilia a forma de como o paciente a vê... com quem ele pode interagir, partilhar suas idéias, seus anseios, seu sofrimento e sua necessidade de ajuda”.

A comunicação não-verbal foi observada nas expressões faciais de Rita e Januária; o que fornecia subsídios para o encaminhamento dos encontros.

O processo de interação supõe a comunicação, mesmo que haja intenção contrária. Comunicamos algo por meio de palavras e por outros meios não-verbais, pois o simples fato de estar na presença do outro ajuda a modificar a percepção que temos da situação (Moscovici, 1985, p.87); a percepção dá significado às interações com o outro; e é a comunicação elemento necessário à percepção, o denominador comum de todas as ações da enfermagem, influenciando a qualidade da assistência prestada àquele que necessita dos cuidados profissionais da enfermeira. (Stefanelli, 1990, p.59).

Comunicação é entendida, neste trabalho, como um processo pelo qual ostomizados, familiares, amigos e enfermeiras expressam suas opiniões, dúvidas e percepções que são influenciadas pela hospitalização, objetivos pessoais e expectativas.

A comunicação com Ana foi iniciada de forma explícita para orientação e ajuda, afinal o diálogo foi norteado por questões referentes ao procedimento, bem como seus medos, receios e estigmas referentes tanto ao estoma, quanto ao seu aspecto, alterações de imagem corporal, medo de rejeição por parte dos outros, de aceitação à nova condição nos relacionamentos, como as suas conseqüências uma vez que o estoma modifica o viver do indivíduo, pois acarreta alterações de auto-imagem e de auto-estima, o que pode ser observado nas falas de Ana:

... *Que tipo de fezes sai?...*

... *Como são as tais bolsinhas?...*

A comunicação não-verbal foi percebida no sorriso discreto de Ana no início da conversa, ao permitir que se registrasse o seu depoimento:

4.5 - Entrada no campo de prática

Estes *primeiros passos na caminhada com o paciente cirúrgico* rumo ao cuidado cultural foram a oportunidade de constatar a importância e necessidade de incorporar e se fundamentar em conceitos consubstanciados na literatura existente e, principalmente, naquilo em que acredito como ser humano e o vivido na minha prática profissional. É fundamental que o marco conceitual surja das nossas crenças e valores porque nossa prática de enfermagem urge ser aquilo que desejamos para nós e para o ser humano que necessita de cuidados. Assim, acreditando no que faço, é que irei desenvolver com competência e sentimento minha prática de cuidar. Faço estas considerações com a pretensão de salientar o que documento a seguir, os *meus primeiros passos no caminhar com o paciente cirúrgico*, objetivando o cuidado cultural.

No dia cinco de setembro de 1994, iniciei minha prática *de cuidar com* na clínica, mesmo estando lá desde agosto como docente da disciplina de Assistência de Enfermagem à Saúde do Adulto e Idoso do curso de Enfermagem da UFPR. Estava bastante ansiosa pois não sabia por onde começar e percebia que faltavam dados em que pudesse me amparar e, assim, iniciar e prosseguir a caminhada. Fui ler os prontuários mas não encontrei pacientes com provável internação, condizentes com os critérios pré-estabelecidos. Não sabia como registrar e organizar as observações feitas. Levei duas cadernetas, em cujas capas escrevi... “diário da enfermeira” e “diário de campo” respectivamente. Naquele escrevi, como primeira nota:

Parece um amontoado de dados sem valor algum. Estou desanimada! Estranho, nunca antes experimentei esta sensação, justo na clínica em que eu tenho tanto domínio... (05/09/94)

A enfermeira contratada para nos auxiliar em campo de estágio com os alunos de graduação, sabendo o que se passava comigo e percebendo meu sentimento de insegurança, muito prestativa, veio me informar que acabava de internar um paciente, o que poderia ser interessante para meu estudo. Naquele mesmo instante fui conversar com o paciente. Identifiquei-me, falei do meu estudo e perguntei se gostaria de participar do trabalho. Fiz algumas perguntas e obtive respostas lacônicas, porém objetivas. Saí do campo da prática assistencial com a “sensação do dever cumprido” e anotei no diário de campo:

Tenho agora um paciente e até posso dizer que é receptivo. Preciso conversar com a equipe de enfermagem e médica para que possam repassar informações de quando eu não estiver com o paciente. (05/09/94)

No dia seis de setembro apresentei minha proposta de estudo aos médicos que estavam na sala do cafezinho e, após uma breve exposição, um deles me disse: “É, realmente nós, médicos, e principalmente a enfermagem, não tocamos mais no paciente”. Fiquei refletindo sobre isto, comentei com a enfermeira assistencial, e ela concordou dizendo: “A falta nossa de tempo na cirúrgica é demais, veja como está isto!” Conversei com alguns auxiliares de enfermagem, enfermeira assistencial e coloquei minhas pretensões com o estudo. Não compareceram todos da equipe de enfermagem, pois neste horário iniciava o preparo da medicação. As auxiliares comentavam ser interessante a proposta, mas diziam que “para adaptar isto na clínica cirúrgica precisavam de mais pessoal.”

Neste mesmo dia, após a conversa com a equipe de enfermagem, voltei a observar e conversar com o paciente selecionado. Comecei e me sentir mais à

vontade quando estrevistava o paciente, e então fomos até uma sala de aula, onde sentamos e continuamos a conversar. O paciente falava rápido e dava pouca abertura para perguntas. Num dado momento pedi permissão para visitar sua residência e ele imediatamente respondeu: “Ah! doutora, na minha casa não. Na minha casa não gostaria que fosse”. Depois deste encontro, escrevi no meu diário:

Está difícil conseguir uma continuidade... Acho que o roteiro da entrevista precisa ser modificado, não não é isto, são os meus conceitos que preciso modificar... Por que me chamou de doutora? É meu conceito de interação, ele não está adequado, mas qual o conceito que estou seguindo? O paciente não está confiando em mim...

No dia seguinte foi feriado nacional e resolvi viajar. Quando retornei conversei com colegas do mestrado e coloquei que estava perdida no campo e gostaria de desistir... Todas me incentivaram dizendo que era assim mesmo e que também estavam encontrando dificuldades. A insatisfação persistiu e comecei a pensar em desistir deste primeiro paciente, sobretudo pela recusa dele em aceitar minha visita à sua residência; percebia ser este o resultado da intrincada e talvez ainda inexistente interação. Estava indecisa quanto a desistir do estudo com este paciente ou insistir na visita à sua residência. Procurei ajuda no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e encontrei, no capítulo IV, artigo 27, que é dever nosso respeitar e reconhecer o direito do doente de decidir sobre sua pessoa... Considerando o domicílio como um lugar de privacidade do ser humano, também encontrei no capítulo IV do artigo 28 que é dever respeitar a privacidade do paciente. Refletindo sobre isto achei que minha negociação ou insistência para conhecer sua casa poderia ser entendida como uma agressão à sua intimidade e tomei a decisão de desistir do estudo com ele.

Dei-lhe minhas explicações e justificativas, colocando que na minha proposta de estudo havia uma etapa importante que era a visita domiciliar, mas que a qualquer momento em que ele estivesse necessitando de esclarecimentos e ajuda, estaria disposta a atendê-lo.

Se se deseja comunicar de forma correta uma mensagem, segundo Travelbee apud Rodrigues (1990), os indivíduos envolvidos devem participar de forma ativa do processo e cada um comprometer-se com o propósito de compreender e ser compreendido. Parece que não houve este significado quando iniciamos a prática o processo de cuidar com este primeiro paciente e exemplifico através da sua fala: *“Ah! doutora na minha casa não gostaria...”* Iniciei o processo de interação através de uma entrevista amigável e considerei este processo, incompleto pois não houve, por parte do paciente, a interpretação de estímulo proveniente de mim e foi falha para esta situação. A qualidade da comunicação, segundo Mendes (1994), dependerá, em primeira instância, do grau de confiança que a pessoa depositar no receptor da mensagem.

Depois deste ocorrido, resolvi refazer todo o projeto da prática assistencial. Busquei levantar uma nova revisão da literatura sobre os conceitos do meu marco referencial, mais especificamente sobre o conceito de **interação**. Lendo detalhadamente o capítulo do livro Interação Social, de Michael Argyle sobre interpretação dos elementos de interação, concluí que talvez o problema não estivesse com o paciente selecionado mas com o meu comportamento, as emoções expressadas, o excesso de preocupação comigo mesma, as expressões faciais... Para Argyle (1976), o “feedback” em uma conversa é obtido ao se observar a expressão facial do outro, e depende também do que a outra pessoa diz e da maneira como ela o faz. Thayer e Schiff (1967) variaram a expressão facial e os movimentos de aproximação e afastamento usando rostos animados e

descobriram que a expressão facial era a pista mais forte para julgamentos de amigável-hostil.

Concordo com Argyle (1976) quando escreve que muitos encontros do dia-a-dia são desagradáveis, embaraçosos e infrutíferos, por causa de um comportamento inepto... Muitas daquelas dificuldades e frustrações poderiam ser eliminadas por um maior entendimento, e melhor treinamento de habilidades da interação.

Também a leitura do livro Enfoque Humanístico à Comunicação em Enfermagem, de Isabel Amélia Costa Mendes, despertou em mim um novo plano de *abordagem inicial com o paciente*, especificamente quando a autora cita os resultados da pesquisa efetuada por Santos (1972), enfatizando a informação como condição essencial para o estabelecimento da comunicação produtiva enfermeira/paciente. Depois destas reflexões, decidi procurar e estudar, ainda com mais detalhes, o que existe na literatura a respeito do **processo de interação**. Após esta determinação, refiz os conceitos do marco referencial e elaborei uma nova metodologia para a prática assistencial. Escrevi no diário:

Na abordagem inicial com o paciente tentarei iniciar a interação através do cuidado técnico, que será um instrumento estimulador da interação. A entrevista não pode ter momentos definidos: fica muito formal. Vai acontecer durante todo o processo

Superada a etapa anterior e acreditando ter buscado um caminho mais adequado, *reinicie* minha prática no dia 15 de setembro de 1994.

4.6 - Momentos vividos do processo de cuidar

Relato aqui os diversos momentos do *Vivido com o paciente cirúrgico*, que a Disciplina de Prática Assistencial oportunizou configurar, alicerçada em um Marco Referencial específico elaborado por mim para proporcionar o cuidado cultural com o paciente cirúrgico. A partir da *etapa inicial* as outras subseqüentes foram muito mais instantes crescentes, interligadas e indeterminadas por isso faço questão de nomeá-las de *momentos vividos*. Os Momentos do Processo Vivido foram em alguns instantes muito emocionantes e extraordinariamente gratificantes. As ocasiões em que foi possível oferecer o cuidado cultural me fartavam de entusiasmo pelo trabalho que desenvolvia e, principalmente, quando os alunos do Curso de Graduação, que executavam este processo faziam comentários assim:

“Professora, está tão legal meu trabalho! A paciente até me convidou para comer aquele pastel chileno na casa dela. Ela é chilena”. (aluna do 7º período)

“Agora a gente não fica só escrevendo; o processo é bem mais a realidade do paciente”. (aluna do 7º período)

“Adorei a visita domiciliar. Pude observar muita coisa. Até me deram presentes, fiquei amiga.” (aluna do 7º período)

Durante a IX Jornada do Setor de Ciências da Saúde uma dessas alunas do Curso de Graduação apresentou o trabalho Desenvolvendo uma prática de Cuidado Cultural com o paciente cirúrgico, empregando as etapas deste processo. Foram as seguintes, a Etapa Inicial e os Momentos Vividos do Processo de Cuidar:

- 1 - Contato inicial enfermeira/paciente;
- 2 - Conhecimento mútuo enfermeira/paciente/família;
- 3 - Conhecimento do ambiente familiar.

Paciente Sr. Carlos

Meu primeiro contato com o paciente Carlos partiu da informação da auxiliar de enfermagem:

“Tem um paciente para você que internou ontem e vai fazer uma cirurgia complicada. Chama Carlos e está internado na enfermaria tal”. (15/09/94)

Fui até o posto de enfermagem ler a prescrição dos medicamentos para os pacientes da enfermaria em que o Sr. Carlos estava internado. Preparei a medicação também dos outros três pacientes. Procurei dar atenção a todos daquela enfermaria porque, em experiências anteriores com os alunos, alguns pacientes expressavam seu descontentamento por estarmos priorizando os cuidados de enfermagem de alguns.

Ao vivenciar esta prática como tentativa de construção de um processo para o cuidado cultural, ficou transparente, para mim, a necessidade de um estímulo inicial que impulsionasse o processo interativo enfermeira-paciente. Assim, o Cuidado Técnico surgiu como o recurso empregado, nesta etapa, para impulsionar o “caminhar com o paciente cirúrgico”, pois é um estímulo utilizado para extrair respostas dele.

Às dez horas entrei na enfermaria com a medicação, demonstrando uma expressão facial alegre e cumprimentei a todos com um anunciado “bom dia!”

Um dos pacientes estava todo coberto com o lençol e se descobriu respondendo o cumprimento após os outros. Todos ficaram me olhando sem falar. “Vamos tomar remédios, senhores!” (isto foi dito num tom de brincadeira, para descontrair). Aproximei-me do leito de um deles e pedi que se identificasse; administrei o medicamento e perguntei: “Doeu?”

- *Ich que nada...*

- Vocês sabem para que servem seus remédios, gostariam de saber?

- *Eu acho que é para dor; o outro paciente achava que era “antibiótico”; não “lembrava”; e ainda pensava o outro que era para o que tinha na “barriga”.*

- Vocês querem saber? - Antes de qualquer atividade ou tomada de atitude, durante todo o processo, sempre perguntava se era desejado pelo paciente.

O único paciente que soube responder sobre a medicação foi justamente o Carlos (paciente selecionado). Durante as explicações todos me olhavam, aparentando estarem muito interessados, e faziam perguntas. O paciente que cobria o rosto com o lençol sentou-se na cama e parecia estar muito atento. Senti que eu tinha *despertado algum sentimento...* Dava as explicações de forma pausada, numa linguagem acessível e associada a uma expressão facial alegre. Procurei demonstrar muita *competência* ao desenvolver a injeção intramuscular; tinha quase certeza de que o paciente responderia que não havia doído porque usei tal técnica que diminui a sensação dolorosa... Perguntei se gostariam de saber mais alguma coisa sobre a medicação, chamando cada um pelo nome, por uma questão de *respeito*. Ao sair da enfermaria, disse: “*até logo*” e todos responderam. Fiz anotações sobre a medicação nos impressos próprios da equipe de enfermagem da clínica e fui fazer as anotações no diário

do enfermeiro e ler anotações do prontuário do Carlos. Do prontuário, escrevi em meu diário:

Têm muito pouco significado para meu estudo esses dados... O histórico do Carlos colocado aqui são meros dados técnicos que viriam a propósito também para outro paciente... (15/09/94)

Neste dia (segundo dia com o Carlos) entrei na enfermaria e, antes mesmo de cumprimentá-los um dos pacientes falou:

Ah! Já estava te esperando, ficamos na dúvida se era você que vinha. O Carlos perguntou se poderia indagar mais coisas. Eu estava administrando a medicação, conversando e respondendo as perguntas dos pacientes, quando um deles perguntou:

- *“Você é doutora?”*

Ao que lhe respondi: não, sou enfermeira.

- *Não é doutora e explica direitinho. Você forma as enfermeiras? Pensei que só mais velho era professor da faculdade...”*

Neste encontro mantive uma *“conversa longa com os pacientes”* e ela representou a fase inicial de conhecimento mútuo: Causou-me enleio o interesse dos pacientes em meu conhecer. Como planejei *“alguns quilômetros desta viagem”* e que estes iriam determinar a rota, à medida que viajava, se fez necessário seguir o planejado, caso contrário o tempo não seria suficiente para atingir o objetivo desta viagem. Cheguei mais perto do Carlos e perguntei se gostaria de participar de um estudo, e o convidei para irmos até a sala onde poderíamos conversar melhor.

Assim que sentou na cadeira da sala, disse: *“Tenho muito medo, mas sinto medo da dor...”*. Este paciente não sentia dor, mas medo da dor.

Desenvolvemos uma conversa interessante, tentei dirigir a conversa dentro do roteiro (Anexo I) pré-estabelecido pelo estudo, mas nem sempre foi possível. Muitas vezes as conversas extrapolavam, contudo, deixei acontecer; pareceu oportuno que esses diálogos ficassem mais informais. O Sr. Carlos aparentemente estava à vontade, demonstrando interesse em conversar. A seguir, transcrevo as informações mais significativas do diálogo que mantivemos:

“Doença é quando a gente tá com o corpo mole, sem força, vontade... O que mais queria é estar em casa! Minha mãe vem hoje aqui, ela também tem a mesma doença, meus outros dois irmãos também e já operaram. Sou noivo ia casar agora, mas...”
- Balançou a cabeça, demonstrando uma expressão triste.- ...Não gosto de verdura, só “afogadinha”; gosto de uma pura antes do almoço e janta. Minha diversão é a televisão e o vídeo. Eu sou católico, vou `a missa quase que todo o sábado, se fechamos a mercearia mais cedo. Minha mãe é espanhola lá de Madri e meu pai é italiano,mas nasceu no Brasil. Não gosto de política e tenho raiva quando na época da política os vereadores vão lá a mercearia pedir voto. Fui na escola até a primeira série do 2º grau. Moro com a mãe, é um sobradinho na Vila Hauer e meu irmão casado mora bem pertinho, o que tem a mercearia. Gosto de ir nos bailes mas agora só quando a noiva vem, ela é de fora.”

Perguntei se ele não se acha doente para ir a bailes:

- *Doente é o corpo mole sem força para trabalhar.*
- *E você está doente?*
- *Não. O doutor “João” me chamou para fazer a operação porque mais cedo é melhor. Ele operou a mãe e meu irmão da mesma operação.*
- *O que é ser um doente cirúrgico?*
- *Preciso me cuidar depois da operação e dói muito.*
- *Como você vai se cuidar depois da cirurgia?*
- *Não vou trabalhar, fazer força, vou comer comida leve e a mãe tem uma porção de remédio para dor.*
- *E a ferida, cirúrgica?*
- *Ah! compro na farmácia o remédio que receitarem. Você pode me ensinar?*

- Quem você gostaria que estivesse com você logo que acordasse da anestesia?

- *Alguém lá de casa.*

Apesar da literatura enfatizar o conhecimento mútuo enfermeira-paciente, constato que, na fase de hospitalização, percebe-se no indivíduo uma exacerbação de individualismo; ele quer falar dele e das coisas que o rodeiam, do mundo que vive e conhece. São poucas as informações que ele deseja saber *das pessoas* que estão tratando e/ou cuidando dele. Nesta situação o “conhecer mutuamente” tem um rumo maior, quase que unilateralizado na direção do paciente.

Conversando com uma auxiliar de enfermagem, recebi as seguintes informações: “Sr. Carlos sempre tem visitas dos irmãos da mãe e cunhada. Todos muito preocupados com a cirurgia e a dor que vai sentir no pós-operatório. Assiste TV o dia todo e está incomodando os outros que querem dormir. Precisa desligar... Ele só desgruda da televisão quando você chega”.

Assistir a televisão para o Sr. Carlos era um hábito diário, visto que trouxe para o hospital a televisão e o vídeo. Conversando com o paciente, contou que na mercearia está sempre ligada e quando está no “caixa” assiste direto, e é a coisa de que mais gosta. Atentando para o observado, para a fala do paciente e da equipe de enfermagem, procurei proporcionar ao Sr. Carlos a continuidade de seu costume diário. No mesmo dia consegui trocá-lo de enfermaria, de modo que poderia assistir a televisão durante tempo desejado. Proporcionei, assim, um *cuidado cultural* ao Sr. Carlos.

Quando cheguei pela manhã na Clínica, não encontrei mais nas anotações da equipe de enfermagem as reclamações dos pacientes quanto à televisão do Carlos. Ele demonstrava estar satisfeito e assim se expressou: “Professora, aqui

sim é legal!” Os momentos do cuidado cultural são significativos porque correspondem ao que o paciente deseja, principalmente quando proporcionam a ele hábitos importantes e arraigados ao seu cotidiano.

O Sr. Carlos tinha uma convicção íntima que até chegava a ser um temor sobre a dor que iria sentir no pós-operatório. Em consideração a esta crença fui conversar com o grupo da dor do hospital, para verificar a possibilidade de se instalar a A.C.D. (Analgesia Controlada pelo Doente).

Cheguei na enfermaria durante a visita hospitalar e fui apresentada à mãe, cunhada e irmão. Quando o Sr. Carlos me viu, rapidamente começou a falar:

“Esta é aquela professora, ela vai lá em casa amanhã, ela conseguiu que vão colocar um aparelho e não vou sentir dor. Já vieram me ensinar. Mãe, você precisa falar com ela”.

Todos me olhavam muito atentos e sorrindo talvez como resposta à minha tentativa de dar-lhes atenção, porque procurei transmitir alegria através da expressão facial e brincadeiras com o Sr. Carlos e familiares. O respeito e atenção para com os familiares surgiu de forma muito espontânea, servindo como preparo e base do relacionamento para com eles. Um dos recursos empregados para demonstrar meu respeito e atenção foi, logo de início, perguntar seus nomes, não com o intuito de preencher mais uma ficha, porque na grande maioria das vezes isto se torna enfadonho, uma imposição, e tampouco desperta sentimentos positivos na pessoa que responde, mas reconhecer, nas suas identificações, elemento importante para o nosso relacionamento, com o objetivo de favorecer o Sr. Carlos.

A mãe, D. Carmem, demonstrava estar interessada em conversar comigo e perguntou “se eu trabalhava com o Dr. João”. Resolvemos ir até a sala para

conversarmos. Ela evidenciava, um certo grau de nervosismo mas, ao mesmo tempo, estava muito atenta a nossa conversa; sempre que eu falava olhava profundamente em meus olhos. Contou-me que todos seus filhos têm a doença e que sua única filha (mulher) morreu com vinte e um anos também da doença; disse que não levou ao médico para não escutar que ela tinha a mesma doença que ela, e logo emendou: “Só para você eu conto, o Dr. João não sabe”. Ficou muito nervosa e começou a chorar... “Sabe, é bom conversar assim, com o médico nunca dá tempo... Amanhã meu filho vai operar e a dor que ele vai sentir! Lá em casa, qualquer dor eu dou remédio para todos.

A tônica da conversa foi sobre a dor e remédios; ainda combinamos a visita na residência no outro dia pela manhã, após levar o filho até o centro cirúrgico para se submeter à cirurgia.

Cheguei por volta das 7 horas no hospital e o “maqueiro”, que já estava esperando para levá-lo ao centro cirúrgico, comentou: “Este cara disse que só ia operar quando você chegasse, pode!”. Verifiquei os sinais vitais, acompanhei o paciente e, durante o trajeto para o centro cirúrgico, Sr. Carlos me falou: “Eu tomei uma injeção agora para a dor; disseram que não vou sentir dor; e você vai cuidar para que eles façam as coisas certas, hein?” Desejei que tudo sucedesse da melhor maneira, que estaria ali na recuperação pós-anestésica quando ele estivesse saído da sala de cirurgia e que naquele instante eu iria visitar sua casa. Neste momento, percebi que o paciente já depositava total *confiança* em mim e que eu era um elemento importante na sua expectativa de que tudo pudesse ocorrer conforme o desejado por ele.

Estudei o mapa que fiz do endereço do Sr. Carlos mesmo assim demorei para encontrar a casa do Carlos. Quando cheguei fui muito bem recebida pela mãe, cunhada e netos. “Vai entrando, a casa é sua.” - Disse D. Carmem, e

desculpava-se pela sujeira e bagunça. Aparentemente estavam todos esperando pela minha visita, pois as crianças (1 menina e 1 menino) estavam vestidos como se fossem passear.

A casa, um sobradinho muito bem cuidado com muitos enfeites de cores bastante fortes e vivas. Plantas ornamentais em toda varanda, com vasos de cerâmica bem coloridos. Havia um quintal nos fundos, quase sem plantas, apenas salsa plantada. Resolvi perguntar para a mãe quais as verduras que comiam: “Aqui em casa é difícil gostarem de verdura; tomate às vezes, ou refogada”.

O problema cirúrgico que a família apresenta requer alimentação à base de fibras; entretanto o almoço estava pronto e não havia verduras preparadas. Insistiram para que eu ficasse para almoçar. Conversamos sobre como poderiam introduzir fibras na alimentação da família; já que utilizavam a salsa, negociamos o uso freqüente e em maior quantidade nos alimentos.

Observei muitos detalhes da casa, inclusive uma caixa enorme em que estava escrito “remédios”; perguntei quando a usavam. Dona Carmem respondeu: “Aqui em casa não tem essa de chá; aqui em casa ninguém toma chá ou espera para melhorar, prá isso tem comprimido.”

“Como vocês cuidam de uma ferida, por exemplo, a da operação do Sr. Carlos?”- Perguntei, e ela respondeu:

“Ah! Colocando remédio que o hospital receitar.”

O hábito da família é colocar remédio. Desconsideram as alternativas caseiras e populares. Conheci o quarto do Sr. Carlos. Além da TV e vídeo que levou ao hospital, tinha mais uma TV pequena e um CD, gravador e muitas fitas

de CD e vídeo. Achei que Dona Carmem estava hoje mais tranqüila, conversava muito, queria contar muitas histórias do filho, inclusive que ele não gosta de tomar banho. “Tenho que brigar com ele para tomar banho. Pão ele come só feito em casa, de trigo”. Perguntei se ele não iria gostar de pão com centeio ou integral que seria mais saudável pela necessidade que tinha de ingerir fibras. Ela não sabia que seria mais saudável e achava que ele não ia gostar. Dona Carmem queria saber se poderia ver seu filho naquele dia. Falei que fosse até o hospital, eu iria tentar...

Como já tínhamos nos encontrado no hospital antes desta visita domiciliar, não foi necessário que eu usasse de mecanismos que estimulassem o *processo de interação* com os familiares. A mãe desenvolveu uma relação tão próxima que, durante a visita domiciliar, por várias vezes me abraçou. Mesmo assim, neste momento não deixei de demonstrar alegria, respeito e competência durante todo o relacionamento com os familiares.

À tarde voltei para o hospital e consegui que a mãe e o irmão fizessem uma rápida visita à Recuperação pós-anestésica. A mãe beijou o filho e perguntou se estava com dor. Ele abriu os olhos e disse que não.

A bomba de analgesia controlada pelo doente estava instalada e o paciente injetava todo o instante o analgésico. Mantive um diálogo franco e explicativo com o Carlos para que diminuísse a quantidade de analgésico, porque o volume restante deveria ser gasto nas próximas 3 horas. Ao sair da recuperação pós-anestésica, o irmão comentou: “A minha não foi assim, quase morri de dor, você que conseguiu isto”.

O Carlos permaneceu por mais duas horas na recuperação pós-anestésica. Desenvolvi todos os cuidados de rotina e neste momento, concomitantemente, sempre perguntava se eram desejados. Houve a recusa num momento quando ia

verificar a pressão venosa central. “Outra hora, agora quero dormir...” Se desejo oferecer o cuidado cultural, esses momentos devem ser respeitados desde que não tragam risco à saúde do paciente.

No primeiro dia de pós-operatório de Sr. Carlos, cheguei mais cedo no hospital para acompanhar a visita médica, durante a qual ele perguntou se eu iria fazer o curativo. Respondi que depois do banho. O Carlos rapidamente perguntou se precisava fazê-lo. Olhei para ele e fiz um sinal afirmativo com a cabeça.

Durante a passagem da equipe médica percebi que os pacientes demonstravam estar satisfeitos de eu estar junto, acompanhando a visita. As expressões foram as seguintes:

- *Olá, professora! Que bom que você está aqui.*
- *Quem é este que fala tanto?*
- *Não vai sair agora, né?*
- *Diga o que aconteceu comigo prá eles. Viu como eles não sabem?*
- *Depois você vai vir fazer meu curativo?*

Seguravam minha mão; acenavam; sorriam... Após a visita aos pacientes fui até a enfermagem do Sr. Carlos, onde já estavam as auxiliares de enfermagem que iriam dar o banho. Neste momento lembrei que a D. Carmem contou que o ele não gostava de tomar banho, e até na sua expressão facial me pareceu que não desejava tomá-lo. Conversei com a auxiliar de enfermagem para que deixasse-o neste dia sem o banho de leito e, assim que pudesse, ele mesmo iria tomar no chuveiro. O Sr. Carlos exibiu uma expressão facial sorridente e perguntou como eu havia adivinhado que ele não estava querendo tomar banho. Respondi, brincando, o que sua mãe havia me contado que ele não era “chegado a um banho”.

Deste momento escrevi no diário a seguinte nota:

Quando proporcionamos um cuidado que faz parte da vida diária do paciente, aqui no hospital, isto até parece que acelera sua recuperação. (20/09/94)

O *cuidado cultural* proporcionou uma satisfação e estimulou o desejo de recuperação no paciente. Percebi isto quando o Carlos disse: “Amanhã vou tomar banho; até lá já vou estar mais forte e vou andando ao banheiro.” No segundo dia de pós-operatório conversei com o Carlos sobre seus cuidados com o curativo e perguntei como ele iria se cuidar em casa. Disse que compraria tudo na farmácia e que a mãe tem uma caixa de remédios que tem “metiolate”. Expliquei que o mais recomendado seria o *P.V.P.I.*, que o merthiolate já estava em desuso. Porém, não insisti, porque a crença no methiolate era grande. Segundo o Sr. Carlos, “tudo que arde é bom para a ferida”. Iria receber alta na manhã seguinte a ferida provavelmente já estaria cicatrizada, então procurei manter este cuidado do paciente que em nada iria afetar o processo de cicatrização. Caso contrário, eu manteria um diálogo no sentido de “negociar” com ele. A enfermeira da clínica, conversando comigo, disse: “O Sr. Carlos falou que está sendo cuidado como um rei, mas você vai deixá-lo manhoso”- E continuou brincando: “Também gostaria de ser cuidada assim”.

No dia 22 de setembro o Carlos recebeu alta hospitalar. Os familiares deixaram-me presentes e agradecimentos por escrito. Essas retribuições foram mais uma maneira de fazer perceber que o *cuidado cultural* proporciona uma grande satisfação com os cuidados recebidos.

No dia 26 de setembro, após quatro dias da alta hospitalar, fiz uma visita ao Sr. Carlos. Foi muito mais uma tentativa de avaliar as ações de negociação e

manutenção de cuidado. Avisei por telefone que chegaria lá pelas 11 horas da manhã. Propositadamente cheguei na casa perto do almoço para avaliar nossas negociações quanto cuidado com os hábitos alimentares. Quando da primeira visita procurei sugerir que colocassem muita salsa na comida, já que gostavam, tinham no quintal, substituía em parte a verdura que não comem e, ainda, porque precisam fazer uma dieta com resíduos e fibras. Constatamos que no arroz havia muita salsa e, segundo, a mãe, “a pinga antes do almoço” foi trocada pela cervejinha-preta, mais fácil trocar porque fazia muito tempo que Sr. Carlos não bebia. O curativo estava sendo feito por ela com o anti-séptico que compraram na farmácia. Insistiram para que eu almoçasse com eles. A comida estava bem apimentada. Conversando com a mãe na “hora do cafezinho”, negociamos a troca da pimenta por pimentão ou temperos mais suaves que eles têm na mercearia, como mangerona, sálvia e orégano. Saí com muitos presentes como kiwi, mamão e peixe. Todos vieram me abraçar e agradeceram minha vinda. A mãe falou: “nunca tinham tratado nós assim”. O irmão também concordou: “Quando me operei não foi assim”.

A mãe do Sr. Carlos, no dia 28 de setembro, telefonou-me perguntando se eu gostaria de ir almoçar em sua casa. Desculpei e disse que ficaria para outro dia. O Sr. Carlos também conversou e disse que estava com “um ponto inflamado”. Pedi que fosse ao hospital na segunda-feira quando eu poderia dar uma olhada e perguntei se estava com febre. Ele achava que não. Pedi que verificasse, e se estivesse acima de 37°C, que voltasse a telefonar. Não telefonou. Com essas atitudes do paciente e familiares, percebo a *confiança* que depositavam na profissional enfermeira. Também saliento e acredito que devido à *atenção* que proporcionava a eles, induzia a tomarem essa postura.

Na segunda-feira, chegaram no hospital o Carlos, a mãe e mais o irmão do Sr. Carlos. A mãe demonstrava muita ansiedade na expressão facial e falava rapidamente. Achei que o nervosismo da mãe era devido ao ponto inflamado da cirurgia do Sr. Carlos, quando tentei consolá-la, disse-me:

“Estou nervosa, tenho logo mais uma consulta com o psiquiatra e tomo muito remédio e nada adianta”.

Segundo a mãe, o psiquiatra havia “entupido de remédios e foi pior, deu remédios para os nervos”. Ficamos conversando até que a D. Carmem ficasse mais calma. Durante a conversa ela falou: “Sabe, vou te contar, nós era rico e agora estamos sem nada, é isto que está me deixando loca”. Neste instante, o outro filho interrompeu a mãe e, discordou: “Que nada, a mãe é muito nervosa, não é por isso não. Nós estamos bem, não?” Falei para D. Carmem que conversaria com o médico dela. Neste mesmo dia procurei o psiquiatra e fiz colocações a respeito do problema enfrentado pela sua paciente. De fato o profissional médico não estava ciente da doença familiar que a mãe havia transmitido para seus filhos. Este médico disse-me que encaminharia dona Carmem para outro profissional, com competência para desenvolver uma terapia adequada para o possível “sentimento de culpa gerado nesta mãe”.

Quando a interação prospera na relação enfermeira-paciente, percebo que os familiares também começam a revelar seus problemas e depositam no profissional toda a confiança para solucioná-los. A enfermeira deve estar preparada para isto, tanto a nível de competência técnico-científica, como na vontade de querer ajudar o outro e, para isto, ela precisa ter muito amor pelo próximo!

Paciente D. Maria

No período de 3 de outubro a 11 de outubro de 1994 desenvolvi minha prática de cuidar com a dona Maria. No primeiro dia pela manhã, quando cheguei à clínica cirúrgica, a enfermeira assistencial informou que estava internada na enfermaria “tal” uma paciente que privilegiava meus critérios de seleção, mas alertou que a paciente “não era de conversar”. Ainda perguntou se estava dando certo o trabalho e que depois iria conversar comigo. Então fui até a sala do prontuário, anotei alguns dados de identificação no diário e preenchi a ficha de identificação da D. Maria. No posto de enfermagem li a prescrição médica e de enfermagem, com o objetivo de obter uma atividade (cuidado técnico) para desenvolver durante o primeiro contato com a paciente. Optei pela lavagem intestinal pelo fato de ser a primeira vez em que estava prescrita e, a D. Maria, como iria se submeter também pela primeira vez, provavelmente desejaria explicações do procedimento a ser realizado; isto poderia produzir um efeito desejado para o processo inicial de interação.

Entrei na enfermaria animada, alegre, cumprimentei todas as pacientes, (algumas já conhecia) com um sorriso e fui até o leito da dona Angelina pois estava descoberta e a ferida cirúrgica sem curativo. Ela disse: “O Doutor foi buscar o esparadrapo”. Ajudei o doutorando a fazer o curativo, aproveitei e fiz alguns comentários sobre como deveria ser feito aquele curativo, já que com frequência sou convidada a dar aula sobre curativo cirúrgico aos doutorandos de medicina desta clínica. Não deixei de observar, enquanto isto a D. Maria paciente escolhida para o estudo. Estava deitada no leito, com travesseiro, somente com a cabeça descoberta; olhava para nós (doutorando e eu) o tempo todo, um olhar que demonstrava uma profunda tristeza. Fui até seu leito e

conversei a respeito da lavagem intestinal. Perguntei se já tinha feito antes. “Já, sim, no outro hospital. Ih! Aquilo de novo!” A paciente ao lado, D. Angelina, tentou consolá-la, disse que não se preocupasse porque a professora e as alunas eram bem dispostas, “anjos que caíram do céu”. Perguntei à D. Maria por que o “Ih!”. Ela disse que no outro hospital onde estivera internada fizeram muito ligeiro e doeu; Ficou com “pontada” o dia inteiro e, no outro dia, colocaram água gelada e doeu demais. Informei que lá na sala onde iríamos realizar a lavagem intestinal poderíamos conversar, daria explicações se ela desejasse e que logo viria buscá-la. Enquanto isto, fui esquentar mais a solução, já que havia doído quando a solução estava gelada. Durante a lavagem intestinal (muito lenta), eu conversei com a D. Maria) sobre todos os detalhes da lavagem; eu sempre questionava se doía ou se sentia algum desconforto. Demonstrei competência ao desenvolver a técnica e fiz brincadeiras com D. Maria. Mantivemos um diálogo no qual, de início, as respostas às minhas perguntas eram breves, mas após minhas brincadeiras tornaram-se mais detalhadas; D. Maria demonstrava mais interesse em respondê-las. Contou-me que tem cinco filhos e que o marido e sua mãe estão cuidando deles. Num momento, D. Maria, tentou ler meu nome no crachá; eu disse que me chamava Maria Helena e era professora da Escola de Enfermagem, e que estava desenvolvendo um estudo no hospital. Dei explicações sobre o trabalho enquanto ela retinha a solução introduzida no intestino. Perguntava seguidamente se estava doendo, e a resposta era a mesma: “Que nada! bem que eu vi que você era melhor que as outras.”

Percebia uma tristeza muito grande na expressão facial da D. Maria, achei melhor voltar logo à tarde para acompanhá-la melhor e colher outras informações sobre sua vida e de seus familiares. Voltei à tarde para a clínica

cirúrgica. Demonstrando alegria e escondendo meu cansaço, entrei na enfermaria, cumprimentei todas desejando uma boa tarde. “Olha, ela chegou” disse dona Angelina sorridente. Dona Maria esboçou um sorriso (pequeno puxar de lábios) e a entusiasmei a sorrir mais; brinquei dizendo que, assim, ela ficaria mais bonita. Perguntei se gostaria de participar do meu estudo e rapidamente respondeu que “achava já estar nele”. Disse-lhe que não, estaria somente se quisesse. Continuei questionando se poderia visitar sua casa, onde morava “Ih! na minha casa é difícil porque está fechada, atrás dela (nos fundos) mora minha mãe, onde estão as crianças e meu marido. É bom porque daí vai trazer notícia da Matilde que tá doente. Mas é pobre, viu?” Sentou-se na cama e queria conversar para contar a história da sua doença com a participação das demais da enfermaria. Já não percebia tanta timidez e tampouco o rótulo de “paciente de pouca conversa”. Passei a compreender que a D. Maria necessitava apenas de uma *atenção* diferenciada, por ela ser uma pessoa muito introvertida. O que não se pode é colocar rótulos nos pacientes e se excluir de tentativas de aproximação, como freqüentemente podemos observar. A procura de aproximação é a forma que a enfermeira deve utilizar para conhecer melhor este ser humano. Percebo que a D. Maria necessitava muito mais de mera *atenção*, para despertar nela a *confiança* e *descontração* em nossa relação interpessoal do que a necessidade de constatar minha competência técnica ao realizar a lavagem intestinal. Cada paciente é estimulado de forma *singular* e, do mesmo modo, interage de forma *única*; para tanto, ao abordar o paciente, a enfermeira deve estar sensível a este fato, tão importante para a eficácia da comunicação e, conseqüentemente, para o processo interativo enfermeira-paciente.

No terceiro contato que tive com a D. Maria, verifiquei os sinais vitais de todas as pacientes da enfermaria. Estavam muito falantes, fizeram perguntas

sobre pressão arterial. D. Maria participava apenas com o olhar. Fomos até a sala para conversar, pois percebi que quando eu fazia perguntas, ela respondia num tom de voz muito baixo, e julguei que não estava gostando que as outras pacientes ouvissem. Alimentei um diálogo bastante informal, mas tentando seguir o roteiro de perguntas programadas que mais manifestassem o estilo de vida cotidiana de D. Maria. Transcrevo alguns dados resumidos e mais significativos deste diálogo:

- Doença é quando a gente abusa. Abusa comendo pouco e trabalhando muito.

- Porque a senhora usa cabelos compridos?

- Sou crente em Nosso Senhor Jesus Cristo, ele também tinha. Na minha casa é tudo pobre; só meu marido que trabalha e temos cinco filhos e minha mãe “prá tocá” e eu agora assim... A Marisa tem 12 anos, e Marislei de 10 anos, a Matilde de 7 anos, a Roseli de 5 anos e o Rogério de 3 anos. A Marisa ajuda, só que agora está doente. A Matilde “gumitô bicho” pela boca, ela come terra, é fraquinha. Nós vivemos como pobre. Como o que tem, carne só as vezes, arroz, feijão e batatinha é o que tem. O meu marido Jair sai do serviço prá casa e da casa prá igreja. Na igreja temos ajuda. Votamos para o pastor da igreja, ele é vereador.

Dona Maria não sabia o nome do Presidente da República. Disse que foi na escola até o 2º ano primário e que sabe ler e escrever. Ela falava com entusiasmo das coisas da sua igreja e dizia que era o seu único lazer ir à igreja para ajudar na cozinha. Chegou a hora da paciente fazer um exame; perguntei se gostaria de saber alguma coisa sobre ele. Dei explicações e respondi seus questionamentos. Fomos conversando até a sala de exames, perguntou se eu tinha filhos e qual era minha religião. Fiquei surpresa quando perguntei se ela já tinha sentido dor e como era esta dor. Respondeu que foi no nascimento dos filhos, principalmente da Marisa (mais velha); além disto, quando vieram contar

que seu pai tinha morrido, que foi um aperto no coração tão grande porque ele não tinha salvação, ele não era crente em Jesus.

Na vida da D. Maria a crença religiosa era muito forte, e influenciava sua maneira de falar, o seu vestuário e aparência pessoal. Dos pertences que trouxe para o hospital fazia parte uma bíblia evangélica, que lia diariamente. Neste dia saí da clínica pensando de que maneira poderia proporcionar um suporte para esta crença religiosa durante a hospitalização.

Neste dia, assim que saí do elevador a D. Maria me viu, veio ao meu encontro e disse que iria operar no outro dia. Percebi que ela desejava minha companhia, e já se dirigia à sala onde no dia anterior estivéramos conversando. Pediu que eu fizesse o preparo para a cirurgia, porque não queria fazer a lavagem com determinada auxiliar de enfermagem. Quando perguntei à D. Maria o que significava estar doente na clínica cirúrgica, ela começou a chorar e balbuciou: “Lá em casa...” Disse que iria naquele dia ver sua família. Ficou mais animada e então perguntei como ela iria se cuidar depois da cirurgia.

- *Vou comer coisa leve.*
- *O que é leve?*
- *Fruta, mingau, chá.*
- *Como a senhora vai cuidar da ferida?*
- *O que me mandarem fazer.*
- *Mas como a senhora cuida em casa?*
- *Põe pomada e pano quente, às vezes põe chá de macela.*
- *E cura?*
- *Cura. Senão leva na igreja.*
- *Como a senhora quer ser cuidada, gostaria que alguém da sua igreja viesse visitá-la?*
- *Queria muito. Mas não tem como.*
- *Quem a senhora gostaria que viesse?*
- *Tem o telefone aqui da minha comadre, ela trabalha de diarista neste telefone.*
- *Gostaria que eu ligasse para ela?*
- *A professora faz isto?!*

Ficou surpresa e pareceu não acreditar na possibilidade da comadre vir vê-la. Quando entrou para a enfermaria voltou a falar baixinho. Uma auxiliar de enfermagem contou que ela não conversa com as colegas da enfermaria e com os outros funcionários, “é só sim e não”. No meu caminhar com D. Maria era perceptível a confiança e descontração, que pude constatar no diálogo anteriormente descrito.

À tarde voltei até a clínica e contei para D. Maria que havia falado com a comadre Eraldina e que ela viria hoje ao hospital visitá-la.

Saí da enfermaria para conversar com um médico amigo. Quando voltei, encontrei o esposo de D. Maria e D. Eraldina conversando com ela. O esposo segurava sua mão e D. Eraldina falava dos filhos da D. Maria. Não trouxeram objetos, mas os dois rezaram com a paciente. Conversei com o Sr. Jair (esposo). Identifiquei-me, mas parecia que já tinha informações minhas. Disse que pretendia ir amanhã em sua residência.

- Acho bom demais, daí a doutora dá uma olhada na filha que não anda boa.

- Sou enfermeira, Sr. Jair. - Não houve reação, e perguntou se poderia vir amanhã antes da cirurgia. Disse-me que gostaria de ler um trechinho da bíblia para a esposa antes da operação. Falei que estivesse às 7 horas na portaria do hospital e que esperaria por ele lá, para que pudesse entrar.

Dia da cirurgia. Eram 07:05 e o Sr. Jair ainda não tinha chegado na portaria do hospital.

Quando chegamos à clínica o pessoal (equipe) de enfermagem, estava impaciente com a demora para eu encaminhar D. Maria ao Centro Cirúrgico.

Rapidamente Sr. Jair leu um trecho da bíblia e foi lendo até o Centro Cirúrgico. Ele beijou a esposa e disse para que ficasse com Deus.

O paciente cirúrgico e seus familiares precisam e têm necessidade de serem conhecidos e compreendidos através de seus valores culturais próprios. O cuidado cultural está geralmente presente nas pequenas atitudes que facilmente a enfermeira poderia tomar, é uma questão de querer, e de amor a seu ofício. A satisfação da D. Maria e do Sr. Jair fazia-se perceber quando comparava-se as expressões destes, dos outros pacientes que aguardavam a entrada para a sala de cirurgia. Os agradecimentos constantes me deixavam contente, mas provocavam um certo constrangimento quando os outros pacientes reparavam que não tinham o mesmo atendimento, e reclamavam. Foi nesta época que resolvi apresentar a Teoria do Cuidado Cultural de Leininger e meu projeto para os alunos, que começaram então a aplicar a proposta, sob minha orientação, com os outros pacientes da clínica.

O esposo da D. Maria também demonstrava muita timidez e perguntei se poderia acompanhá-lo a sua casa porque sabia, segundo informações da esposa, que era difícil encontrar a rua onde moravam. Conversamos durante todo o trajeto. As respostas do Sr. Jair confirmavam as informações obtidas pela D. Maria. Esses encontros são importantes, bem como é importante que alguns sejam longe da presença do paciente, para que se possa checar dados e colher outros sem interferência. Transcrevo a seguir, resumidamente, alguns trechos da nossa conversa:

- Como vocês se cuidam quando estão doentes, Sr. Jair?
- *Com chá, descanso e rezamos; agora, quando não tem jeito, vem para o hospital.*
- O que é ser doente?
- *Quando a gente não tem vontade para trabalhar e as crianças desanimadas para brincar.*

O Sr. Jair estava meio sem jeito no carro. Mexia rápido com as mãos.

- O Sr. votou para presidente?

- *Sim, na nossa Igreja a gente foi bem orientado.*

Quando chegamos à residência, fiquei surpresa! Era muito pobre mas com muitas flores no jardim. O Sr. Jair disse que todos gostavam de flor e plantavam. Duas crianças vieram correndo encontrar, a outra maior voltou e correu para os fundos da casa quando me viu. D. Josefa, uma senhora de 58 anos, obesa, parecia estar sentada há horas na cadeira, e não ter vontade de levantar dali tão cedo. Falava devagar e pausadamente. A casa era sem pintura, cheia de flores no quintal, um pouco mal cuidadas, muitos locais com bastante umidade. Tinham oito galinhas, que davam ovos. Uma pequena horta com cheiro verde, erva cidreira ou capim limão, couve, alecrim, alface e muitas árvores. A casa da frente tinha: cozinha, sala, 2 quartos e um banheiro. Aquela onde estavam morando tinha o mesmo número de cômodos, e era mobiliada com fogão a lenha, geladeira, alguns móveis como cama, cadeiras, mesa e armário bastante danificados.

A avó me recebeu sem sair da cadeira onde estava sentada e o Sr. Jair disse que eu estava ali para ver a Matilde, que eu era do hospital, a pessoa que deixou ele orar e que a Maria entrou com Jesus na operação graças à enfermeira. Cumprimentei todos demonstrando alegria e fiz questão de saber seus nomes; D. Josefa identificou-os com certa dificuldade, justificando que “eles têm apelido”. Levou-me até o quarto onde estava a Matilde, que dormia. O aspecto físico da menina era de causar pena. Muito magra, palidez acentuada, cabelos quebradiços, transparecendo sofrimento. Ao lado da cama, no chão, dois copos, um com água e outro com chá (macela). D. Josefa a acordou dizendo que eu era do “hospital da mãe” e que viera vê-la. A menina não

esboçou qualquer reação; fiquei preocupada... A avó falou que ela tinha “soltado mais bicha” e era o chá que fazia soltar tudo. Falei para o pai que a Matilde precisava de uma consulta lá no hospital. Peguei os dados da menina e resolvi marcar a consulta no ambulatório. A avó estava preocupada em mostrar os crochês que fazia:

- Veja, estou vendendo. Gostaria de ensinar prá meninas mas a linha é muito cara. Se elas aprendessem, daí sim rendia. A Maria sabe fazer, aprendeu comigo, não sabia se podia levar para o hospital.

Comprei uma toalha da dona Josefa e prometi levar linhas velhas para as meninas. Conversamos sobre os cuidados de higiene e pedi ao pai que levasse as crianças até o posto de saúde mais próximo, para se submeterem a exames parasitológicos e disse que voltaria para visitá-las quando a Maria já estivesse em casa.

A visita domiciliar oferece oportunidade para as enfermeiras ampliarem e tomarem conhecimento das reais condições de vida do paciente. É a chance do profissional observar o ambiente em que vive o paciente e sua família, proporcionando-lhe a possibilidade de identificar as facilidades ou dificuldades que eles enfrentam cotidianamente e, assim, abranger com maior dimensão e realidade o cuidado prestado. A visita domiciliar é imprescindível para qualificar e também avaliar o cuidado cultural.

No outro dia, levei para o hospital um rolo de linha de crochê e uma agulha. Dona Maria achou que foi a Eraldina que havia mandado. Quando falei que fiquei sabendo que ela gostava de crocheter, começou a chorar e me abraçou. Também fiquei muito emocionada! Realmente, quando enveredamos

pelos caminhos da compreensão humana, vemos que todo relacionamento exige interação e envolvimento emocional de ambas as partes.

Contei que sua filha Matilde viria à tarde ao hospital para consultar-se, seu esposo iria trazê-la, eu já marcara a consulta. Agradeceu a Jesus Todo Poderoso, pediu que ele me abençoasse e quis saber como cuidaria da ferida cirúrgica em casa.

Respondi: A senhora não disse que costuma colocar nas feridas pano limpo e lavar com macela? Então D. Maria, faça isto, é muito bom. Ficou surpresa e disse que achava que eu ia receitar alguma coisa, e já estava nervosa, porque não podia comprar. Prossegui: A comida, a senhora sempre foi de comer pouco, não é? Então é isto mesmo, comer pouco mas mais vezes ao dia. A couve, o ovo, a alface são alimentos bons e sei que a senhora tem em casa. A recomendação de dieta para a alta é uma dieta fracionada. No outro dia, 08 de outubro, D. Maria recebeu alta hospitalar.

Proporcionar uma manutenção dos hábitos da paciente e até mesmo uma negociação destes requer, da enfermeira, muito interesse e competência técnico-científica. Afinal, não podemos incentivar a continuidade de um hábito se não temos plena certeza de que ele não irá prejudicar a saúde do paciente. Exemplificando, uso o caso da lavagem da ferida cirúrgica com macela, assim que observei que era a planta mais usada para o chá nesta família, procurei saber das propriedades medicinais e contra-indicações desta erva.

Após três dias de alta hospitalar fui visitar dona Maria. Fui recebida pela Matilde. Sorrindo para mim, recebeu-me no portão, já não demonstrava o desânimo como na primeira visita. Disse-me que estava melhor com o “chá da vó e o remédio do hospital”. E continuou “Estou com nemia e bicho na barriga”. Perguntei se ela sabia fazer gemada, e que fizesse todos os dias que

era um “santo remédio”. Deixei as linhas de crochê que havia prometido para a avó. Ela não estava, tinha ido ao supermercado. A D. Maria estava deitada na cama, fazendo crochê nas pontas de um pano de prato. Cumprimentei-a: “Olá, D. Maria! Mas a senhora ainda está na cama? Não precisa ficar aí, vamos levantar!”.

- Já levantei hoje e tomei banho, mas não devo abusar. Tem que resguardar a cirurgia. As meninas fazem o resto.
- Está bem; então, vamos ver a ferida?

Estava com um pano branco, aparentemente muito limpo, por dentro da calcinha. Disse-me que trocava todos os dias e que iria retirar os pontos quinta-feira e gostaria que eu o fizesse. Prometi que estaria no ambulatório neste dia, esperando por ela. Falou que as crianças já tinham feito o exame e que na próxima semana iriam ver o resultado. Na despedida insistia em agradecer, sempre acrescentando o agradecimento a Jesus.

Paciente Sr. Mario

Após a aula com alunos da graduação, fui até ao hospital para verificar a internação de outros pacientes. Passei antes na biblioteca do Setor de Ciências da Saúde, para devolver alguns livros e encontrei com um residente da Clínica Cirúrgica do hospital. Informou que três pacientes novos haviam se internado. Apenas um dos três pacientes beneficiava os critérios de seleção por mim adotados. Quando cheguei ao hospital, resolvi verificar a prescrição médica do paciente Mario. Havia prescrito anti-ácido, naquele momento. É rotina nesta clínica, quando prescrito este medicamento, deixá-lo na mesa de cabeceira e o

próprio paciente ingere quando sente dor. A auxiliar de enfermagem, que estava no posto, veio conversar comigo; depois juntaram-se a nós mais dois funcionários.

- *Como está o estudo?*
- *Vim dar uma olhada, ver o paciente que internou.*
- *Ih! Maria Helena! Este é chato e nervoso...*

No primeiro contato com o Sr. Mario, procurei demonstrar uma expressão facial alegre, cumprimentei os pacientes, num tom de voz alto para que todos ouvissem e ainda brinquei com um deles (que já conhecia) por estar fora do leito e sem chinelos. Todos riram, inclusive o Sr. Mario. Perguntei a ele, se já conhecia o remédio, identifiquei-me e dei as explicações necessárias para possibilitar a auto-medicação. Procurei ser competente, pois o paciente desejava saber mais detalhes sobre a medicação. Cada exposição minha era seguida de várias perguntas do paciente. Ele ouvia atento, balançava a cabeça, conversava, gesticulava muito e olhava nervosamente para todos os lados. Frequentemente demonstrava expressões de dor, colocando a mão no abdômen. Tinha uma presença inquietante e, ao mesmo tempo, estimuladora. Enquanto conversava com o Sr. Mario, os outros pacientes olhavam atentos para nós e um deles segurava a cabeça com uma das mãos para melhor enxergar. Eu já conhecia todos eles, pois costumava fazer seus curativos. Fiquei surpresa quando perguntei ao Sr. Mario se poderia deixar o medicamento sobre a mesa de cabeceira e ele recusou, dizendo: “Prefiro que a enfermeira traga quando eu tiver dor.” Levei o medicamento até o posto de enfermagem e comuniquei tal desejo para os auxiliares de enfermagem. Demonstraram desacordo, mas aceitaram. Esta rotina é imposta ao paciente há muitos anos e dificilmente é

questionado seu desejo. Está muito enraizada nesta clínica, a crença, principalmente nos funcionários mais antigos, de que as rotinas que estão estabelecidas são as corretas e o novo, a mudança, é vista com desdém, algo que chega para atrapalhar.

Quando voltei à enfermaria, o Sr. Mario conversava com os outros pacientes, entusiasmado e sua fala era intercalada com expressões de dor e a mão no abdômem. Perguntei num tom de brincadeira se em Campo Largo tem muita gente com a mesma dor e ele respondeu que duvidava que alguém pudesse sentir dor igual. Ainda ficou surpreso como eu estava sabendo que era morador da cidade de Campo Largo. Fiz mais brincadeiras e perguntei se ele gostaria de falar alguma coisa, porque eu já estava indo embora. Segurou no meu braço e disse: “Sabe, a gente precisa mesmo brincar, senão não agüenta”. Respondi: “Então, Sr. Mario, amanhã vamos rir um pouco mais! Tenham todos uma boa noite. Mas na cama, Sr. Carlos, aí sim, é sem chinelos.” Todos riram.

No posto de enfermagem encontrei com uma auxiliar de enfermagem com a “cara fechada” e perguntei o que havia acontecido:

- Ah! M^a. Helena! É difícil toda noite estar levando o remédio para aquele paciente, Só vou fazer porque é teu trabalho!

No outro dia constava nas anotações de enfermagem o seguinte: “O paciente Sr. Mario não dormiu a noite toda”.

Ao entrar na enfermaria, cumprimentei:

“- Bom dia! Soube que tem gente que não dormiu a noite toda...” Um dos pacientes respondeu: “É nós também, ele não deixou; coitado, tem dor mesmo”. Convidei o Sr. Mario para irmos conversar um pouco na sala. Rapidamente “saltou” da cama e acompanhou-me até lá. Perguntou se eu era

professora. Disse que era enfermeira-professora e que também estava desenvolvendo um estudo no hospital. Dei explicações sobre o trabalho, indaguei sobre a possibilidade de conhecer a sua residência e também se desejava participar do meu estudo. Não houve recusa: “Se for para cooperar com a ciência, estamos aí”. De início conversamos futilidades, como a temperatura que fazia e a sujeira da sala. A conversa que mantivemos neste momento e as colocações mais representativas para meu estudo estão no diálogo a seguir:

- Senhor Mario, o que é ser doente?
 - *Nunca fiquei, não me acho doente. O problema é não ter apetite. E só uma valvulazinha que não está funcionando bem.*
 - O que é ser saudável?
 - *Saudável tipo eu, quando podia andar na chuva, pegar frio e nada acontecia. Olha, fiquei doente, vou te contar, para o médico não contei, sou muito emotivo. Sabe, no terceiro dia que o Senna morreu, estava muito nervoso e comi um caqui da geladeira. Sabe, comi aquele caqui nervoso e daquele dia em diante... foi o caqui.*
 - Com o que o sr. trabalha?
 - *Oficina Mecânica, nós somos de família bem conhecida em Campo Largo, você não conhece os Soares Pinto de lá? O prefeito é meu primo! Agora é meu filho que está cuidando, já estou “pendurando as chuteiras”. Sabe, de tarde dou umas voltas na cidade...*
 - Como o sr. se cuida?
 - *Ah! na comida.*
 - Como é sua comida?
 - *Sabe, a patroa faz muita verdura, toda em conserva no vinagre. Todo dia tem.*
 - E o senhor acha isso saudável?
 - *É verdura e do jeito que eu gosto.*
- Parecia acreditar mesmo que se alimentava bem.
- Conte mais da sua comida.
 - *Então, vou começar pelo café. É aquele pão branco que a patroa faz, já viu esse italiano sem esse pão! Queijo e café preto. O almoço é de tudo. Sempre carne, e tomo vinho junto, do branco, do bom, de Campo Largo mesmo. A janta é o que sobra do almoço mais um angu que a patroa faz.*

Contou que come poucas vezes, com grandes intervalos. Fuma há mais ou menos 30 anos.

- O Sr. acha que seria melhor comer mais vezes?

- *Não tenho costume.*

- Sr. Mario, fale dos seus hábitos.

- *Bem, você sabe que gosto de fumar. Tenho diminuído, mais depois do café da manhã não agüento. Ah! tenho uma mania! Não uso meia de jeito nenhum. Gosto de lavar bem o pé quando não tomo o banho, mas não durmo sem meias.*

- Quando o Sr. toma banho?

- *Olha, isto é desde meu pai, o italianão era limpo, no mínimo 3 vezes por semana.*

Pela sua expressão, ele tinha certeza de que isto era suficiente.

- O senhor tem religião?

- *Sou católico, mas depois deste meu estrago, minha namorada está me levando num centro espírita, fico mais calmo. Sou muito nervoso.*

- Gostaria de perguntar mais alguma coisa Sr. Mario?

- *Sim. Como é esse exame?*

Expliquei como é feita a Colonoscopia.

- O Sr. gostaria que alguém conhecido o acompanhasse no exame?

- *Sim, a senhora.*

Prometi que à tarde estaria de volta. Expliquei também o preparo que faria para o exame. Não aceitou a lavagem intestinal; disse que já havia feito no outro hospital e não passou bem.

À tarde fui conversar com a Dr.^a “Joana” (que faria o exame no Sr. Mario) da possibilidade de só administrarmos o laxante e não fazer a lavagem intestinal. Concordou desde que fizesse só dieta líquida.

Para proporcionar ao paciente cirúrgico certas vontades como o exemplo acima, requer do profissional um bom entrosamento com a equipe médica. Por este entrosamento perpassa também o *respeito*, a *confiança* e a *competência* mútua.

Neste dia procurei oferecer mais *atenção* aos demais pacientes. Parece que durante esses cuidados, o Sr. Mario teve a oportunidade de me observar, e

pensei que se essas observações fossem positivas, certamente seriam instrumentos também do nosso processo de interação.

Cheguei perto dele e comuniquei que não precisaria mais fazer a lavagem intestinal. Normalmente, quando o paciente não adquiriu confiança no profissional, nesta hora ele quer falar com o médico ou checar com os demais funcionários. Houve total concordância do Sr. Mario e percebi como dava crédito a tudo que eu falava.

Enquanto fazia o curativo dos outros pacientes as conversas foram muitas, mas fiquei observando Sr. Mario, que falava muito e pouco ouvia, fazia questão de falar dos seus parentes. As falas eram seguidas de expressões de dor e muita gesticulação. O Sr. Francisco pediu para que eu fizesse todos os dias seu curativo, porque achava que os doutorandos não sabiam fazer, ficava soltando tudo...

Dentro de uma sacola muito limpa pude ver que o sr. Mario trouxe para o hospital alguns pertences como: cuecas, sabonete (num recipiente), desodorante, toalha de rosto, a de banho (estava estendida na cabeceira da cama), as meias, pasta de dente e uma escova de dente e outra de cabelo. Tinha chinelos de couro nos pés e pijama que trouxe de casa, todos muito limpos e conservados.

Anotei nos registros de enfermagem o aspecto dos curativos. Quando voltava à enfermaria encontrei o Sr. Mario na porta me esperando. Falou:

- *D. Maria não aguento de nervoso...*
- Por que o Sr. está tão nervoso?
- *Sempre fui assim...*
- Venha aqui, vamos conversar.

Fomos até a sala e o paciente foi conversando, dizendo que tem muitos problemas e por isto é nervoso.

- Mas Sr. Mario, problemas todos nós temos.

Conversamos sobre o que poderia acalmá-lo. Ele achava que precisava de terapia. Se havia uma crença que com terapia poderia melhorar, eu deveria ajudá-lo. Realmente estava muito nervoso. Neste dia fui para casa pensando em como poderia ajudá-lo...

Cheguei na enfermaria por volta das oito horas e ele já estava lendo. Brinquei com o Sr. Francisco dizendo que hoje estava preguiçoso, porque ainda dormia. Verifiquei os curativos de cada paciente. Percebia que o Sr. Mario continuava lendo, mas muito atento aos acontecimentos do ambiente na enfermaria. Aproximei-me do seu leito e perguntei qual era o assunto que lia. Respondeu ser um livro policial, e que adorava ler sobre qualquer coisa. Neste instante lembrei de um livro muito interessante que eu tinha em casa sobre técnicas de relaxamento. Já que gostava tanto de ler, o Sr. Mario poderia fazer os exercícios do livro e, assim, aprender a amenizar seu nervosismo. Desenvolvi alguns cuidados na enfermaria, sempre muito disposta e alegre, respondendo as perguntas dos pacientes. Convidei o Sr. Mario para conversarmos na sala e avisei a equipe de enfermagem que lá estaríamos, pois iriam chamá-lo para a Colonoscopia. Conversamos sobre técnicas de relaxamento, e ele disse-me que fez meditação uma vez no centro espírita e sentiu um grande alívio. Colocamos então em prática uma técnica de relaxamento. “Como está se sentindo?” - Perguntei - “Bem melhor, mas tenho que fazer sempre...” Falei sobre o livro, e disse que iria trazer à tarde. Fomos para o exame. Permaneci pouco tempo com

o paciente porque a Dr.^a “Joana” comunicou que o exame estava difícil e iria demorar.

Mais tarde encontrei o Sr. Mario emocionalmente instável. Disse estar muito nervoso. “Nervoso porque me machucaram na colonoscopia, estou evacuando sangue”. Trocamos algumas palavras:

“- Olha o que trouxe, acho que vai ajudá-lo. - E mostrei o livro. Pegou e leu o título:
- *Ame-se e cure sua vida, Louise Hay. - Pô, será que é bom mesmo?”*

Já começou a ler a dedicatória do livro. Neste instante chegaram os visitantes dos pacientes. Para o Sr. Mario, sua esposa. Antes mesmo de se cumprimentarem, ele me apresentou: “Rosângela, esta é a professora de que te falei”.

Cumprimentei-a, sorridente, trocamos algumas palavras e disse que depois voltaria para conversar com ela. Conversei com a esposa do Sr. Francisco, que já conhecia de outras visitas e aproveitei para observar o Sr. Mario e a Sr^a Rosângela. Ficaram de mãos dadas, parecia ter muito carinho entre eles. Após meia hora, voltei à enfermaria e convidei a esposa para conversarmos na sala ao lado. Antes de sentar, a Rosângela falou que não era a esposa, só a namorada. Disse que desde que o conhece ele é bastante nervoso. Ela parecia muito jovem, bem mais que o Sr. Mario. Perguntei sobre hábitos, religião, relacionamento e as respostas confirmaram as informações do paciente. Quando as visitas foram embora, o paciente veio conversar comigo:

- *“Sabe, professora para a senhora tenho que contar, não posso mentir. Essa Rosângela é só namoradinha, minha mulher mesmo está em casa. Ela vem amanhã. Só vamos fazer um trato: ela não*

sabe da... E lá em casa, quando a professora vai?” Explicou que o endereço que consta no prontuário é de seu filho, o que cuida da oficina mecânica, e mora com sua primeira mulher. Disse que gostaria que eu fosse na casa da sua esposa atual, a Ana.

A cada dia que passava, surgiam mais dados sobre o paciente, e bem me lembro que sempre foi ensinado que o histórico é a primeira etapa do processo de enfermagem, ainda que com uma conotação estanque e, conseqüentemente, pouco dinâmico e prático.

Durante minha conversa com o Sr. Mario não observei expressões de dor. Estava mais tranqüilo e só queria falar a respeito de técnicas de meditação, que provavelmente já tinha lido no livro trazido para ele.

Foi difícil encontrar a casa do Sr. Mario, pois a continuidade da rua tinha outra direção. A casa com aparência limpa, um jardim com poucas flores, a maioria da sua superfície calçada. Encontrei com uma criança brincando na garagem. Perguntei se a D. Ana estava. Correu para dentro da casa, demorou alguns minutos e surgiu na janela uma senhora de cabelos claros, rechonchuda e com uma expressão corporal bastante desanimada. Perguntei se era a esposa do Sr. Mario disse que eu era do hospital de Clínicas, que estava tudo bem como ele e que gostaria de fazer uma visita. Procurei demonstrar descontração e alegria brincando com a criança e perguntei quem era. D. Ana respondeu que era seu filho. Sentamos na sala, fiz mais algumas identificações e expliquei meu trabalho. Só após alguns minutos que ela perguntou como estava seu marido. Eu disse que ele iria operar no outro dia. Pela experiência que obtive com os dois pacientes anteriores percebi a importância de desenvolver, neste momento, algum cuidado com os familiares. Porque agrada, descontra, estimula a confiança e, portanto, contribui para uma melhor interação entre o profissional e o familiar. Então perguntei se ela gostaria de verificar a pressão arterial.

Permaneci quase duas horas na casa da D. Ana. As conversas, muito informais, resumi-as no seguinte diálogo:

- Dona Ana, como a senhora vai cuidar do sr. Mario?
- *Comida leve, ficar na cama, não trabalhar. Tomar banho de bacia.*
- O que é comida leve, D. Ana?
- *Ah! Chá, bolacha, pão, purê de batata, sopa; é isto.*
- Por que tomar banho de bacia?
- *Prá não molhar o curativo.*
- O menino ouvia atento e riu quando a mãe falou do banho.
- Como vocês se divertem?
- *TV e dormir. Não saio prá nada, o pai (sr. Mario) fica nervoso quando vou até o mercado.*
- O que é doença para a senhora?
- *Quando precisa ser cuidado e tomar remédio e ir no hospital.*
- A senhora nunca ficou doente?
- *Não. Agora, o Mario, com o nervoso dele, deixa todo mundo doente.*
- O nervoso dele é doença?
- *Olha, acho que é porque não tem quem agüenta. Ele ficou doente por ser muito nervoso. Está nervoso, come e fica ruim. Quando está em casa todo mundo fica nervoso, porque sempre tem dor. Quando ele sai melhora.*
- O que é dor para a senhora?
- *Se a gente não quer, ela vai embora.*
- Como é sua vida em família?
- *Só tenho aqui o Júnior e o pai, sou do Rio Grande, lá estão meus pais e irmãos. É difícil, o Mario é muito nervoso...*
- O que a senhora mais gosta de comer, e o Júnior?
- *Macarrão e conserva, que nem o pai.*
- D. Ana, posso conhecer sua casa?

A casa possuía três quartos muito limpos, enfeitados com muitos bibelôs e toalhinhas de crochê. Cozinha, área de serviço, varanda, sala e um porão com muita lingüiça pendurada e muita conserva (picles, pepino, beterraba, cenoura, repolho e ovos de codorna). Algumas garrafas de vinho. Varal com roupas estendidas, uma grama nos fundos da casa muito bem cuidada.

- *É para coará a roupa (grama). Esse vinho quem toma é o Júnior. O Júnior olhou para mim e riu.*
- Dona Ana, isto não faz mal?
- *Não, já acostumou, é sangue italiano.*

Dona Ana, não parecia mais desanimada e triste. Rapidinho, mostrava o que achava de bonito na casa. O Júnior também trazia coisas dele. Na casa não tinha horta mas havia muito espaço para plantar.

- A senhora compra verduras para fazer as conservas?
- *O pai traz da horta da prefeitura; o primo dele é o prefeito.*
- A senhora não usa salsa, cebolinha na comida (tempero verde)?
- *Não, até que não; só alho e pimenta; o Mario gosta com bastante pimenta. É o rei da pimenta.*
- D. Ana, amanhã a senhora vai ao hospital; nos encontramos lá.

As visitas domiciliares oportunizam à profissional enfermeira compartilhar com os familiares as alegrias e tristezas e, principalmente, os hábitos diários que dificilmente conseguiríamos captar e seu significado real durante uma conversa no hospital.

No dia da cirurgia do Sr. Mario, cheguei na clínica e a auxiliar de enfermagem já verificava os sinais vitais dele. Este, quando me viu, falou:

“- O seu livro, professora, olha, muito bom”!

Fez sinal com o polegar de positivo. Espontaneamente fez um exercício de relaxamento. Fui acompanhá-lo até o centro cirúrgico, esperei até ele ser chamado; enquanto isto, ele queria saber o que achei de sua casa e pediu que, se fosse possível não deixasse muita claridade na enfermaria quando retornasse.

Antes de entrar na sala de cirurgia pegou na minha mão e disse: “Professora, o que lhe devo? Muito obrigado, mesmo.”

Segundo o Dr. “João”, a cirurgia foi “tudo bem”, e queria saber porque eu estava tão interessada. Expliquei resumidamente o trabalho.

*- Interessante! Lembro quando você falou isto, é tua dissertação?
- Ih! será quando nós, médicos, vamos ter tempo para atuar desta maneira? Precisa muito tempo, mas é interessante, mostre-me os resultados.*

Já percebo uma pequena mudança nas falas médicas nesses últimos anos e é com muita felicidade que escrevo isto, pois há algum poucos anos conversar na área médica sobre o atendimento ao paciente que dá ênfase ao que o próprio paciente acredita e valoriza, soava como uma pilhéria. Espero que não seja somente meu entusiasmo!

O Sr. Mario chegou à recuperação pós anestésica imediata às 13:20 da tarde, reclamando da sonda vesical. Pedi que tentasse relaxar, que eu iria verificar... Disse-me que estava tentando relaxar mas não conseguia. Deixei as janelas da recuperação pós-anestesia semi-fechadas e perguntei se a penumbra estava “de acordo.” Concordou mas, pela primeira vez, não queria conversar. Os sinais vitais estavam nos parâmetros normais para quem acabava de sair da cirurgia e, aparentemente, ele estava relaxado. Perguntei se gostaria de colocar as meias. Nesta hora fiquei emocionada quando ele apertou minha mão e disse: “*Que beleza!*” Os cuidados que foram proporcionados, em virtude daquilo que conseguimos extrair do paciente através do processo de interação e que refletiam valores e hábitos próprios deixavam-me muito emocionada e me davam uma grande satisfação, porque realmente sentia estar cuidando daquele ser humano.

Fui até o andar da Clínica Cirúrgica para verificar se a enfermaria estava preparada. Consegui colocá-lo em um quarto onde poderia deixar as janelas fechadas (escuro). Poderia ficar neste local apenas 24 horas. Ajudei a transportar o Sr. Mario, que estava com sonda nasogástrica, sonda vesical, soro glicosado e fisiológico. No horário de visitas a dona Ana chegou; o filho mais velho e um dos irmãos do Sr. Mario chegaram um pouco mais tarde. Ficaram alguns minutos porque ele dizia que queria dormir. Fui conversar com o filho. Perguntei seu nome, como era seu trabalho, quanto tempo morou com o pai, como era o relacionamento. Doença era estar no hospital, sem trabalhar e namorar. Apresentava muita timidez e demonstrava pressa...

No dia da alta ainda conversei com o Sr. Mario e perguntei como ele iria cuidar da ferida cirúrgica.

- “Ah! Vou pedir para meu primo, ele manda me buscar e faço no hospital lá de Campo Largo mesmo, todos os dias”.

Várias vezes recebi recados dizendo que o Sr. Mario havia ligado para o hospital e queria falar comigo. No terceiro dia me encontrou e falou: “Professora, gostaria de agradecer mais uma vez os seus cuidados e paciência comigo. Vou fazer inscrição numa academia de Yoga, aqui perto de casa, para aprender novas técnicas de meditação. Sabe que o negócio funciona...” Comuniquei: “Segunda-feira vou a sua casa visitá-lo. Posso ir?”

- Terei o máximo prazer em recebê-la.

Quando cheguei à casa do Sr. Mario, ele estava sentado na sala, com três livros na mesa ao seu lado. Um deles era o que eu havia dado para ele. Falou

dos outros dois livros, segundo ele, muito bons. Um ensinava a viver mais com a natureza e o outro de aprender a relaxar. Disse que a doença o ajudou a rever algumas coisas em sua vida, como a fumar e beber menos... Dona Ana interrompeu:

“-Ele está um santo; será que vai continuar assim?...”
- Agora quem precisa ficar menos nervosa é ela, disse Sr. Mario.

Verifiquei que no local da incisão cirúrgica estava com a pele “avermelhada”! No posto de saúde estavam passando mercúrio! Achei melhor deixar assim, pois não havia sinais de que a ferida estivesse aberta. A proposta deste estudo é tentar manter os hábitos e crenças do paciente. Quando há risco de vida ou a possibilidade de agravar o estado de saúde, procuramos negociar com o paciente uma atitude que mais se assemelha ao seu hábito.

Em meu diário, escrevi:

A enfermagem precisa desenvolver as visitas domiciliares. Como são ricas as informações, como ajuda e como valoriza o profissional enfermeiro!

5 - ANÁLISE DA CAMINHADA

5.1 - Análise da caminhada com o paciente cirúrgico

Julgamento sempre envolve uma reflexão que, por sua vez, envolve representação o que significa dizer que esta relação não é imediata, mas mediatizada pela representação que cada um de nós faz das coisas. Assim sendo, a análise a que me proponho descrever, na verdade, brota de um grande esforço pessoal com a intenção de examinar o que de real significado se descortinou do encontro teoria-prática trilhado neste trabalho.

Percebendo o caminho percorrido, sinto necessidade, para aquietar minha auto-crítica, de fazer alguma censura pessoal, relacionada a autores de obras literárias a que dei pouca importância deixando de empregá-los por acreditar que iriam pouco contribuir para o estudo. Ao vivenciar o processo de interação com o paciente na prática de cuidar, compartilho agora com Martin Buber da sua abordagem na relação EU-TU, assentada em uma perspectiva dialógica. A relação EU-TU, diz Buber apud Sidekum (1979), é uma atitude de genuíno interesse na pessoa com quem estamos interagindo verdadeiramente como pessoa. A relação enfermeira-paciente cirúrgico não apresentou a intensidade tão forte do encontro genuíno de Buber, mas a essência da terapêutica pelo diálogo me pareceu muito semelhante. Não foi a mesma intensidade, pelo fato do paciente cirúrgico ter alta rotatividade e permanecer por curto período hospitalizado e, conseqüentemente, pouco tempo junto a mim. Acredito ter chegado muito perto de um diálogo genuíno, pela postura inclusiva, pela preocupação com a singularidade do outro, pelo diálogo humano efetivo e pelo sentido maior de luta compartilhada. Seguir o outro momento a momento requer

grande esforço e envolvimento, o que, é inevitavelmente, sentido pelo outro. Isso, segundo Hycner (1995), significa esquecer-se de si pelo menos momentaneamente.

O alicerce do processo metodológico para o Cuidado Cultural foi edificado a partir dos dados que ia obtendo da prática com o paciente cirúrgico e familiares, e durante a aplicação do marco referencial. Esses dados eram alvo de reflexão e análise durante toda a construção do processo para que, da reflexão-análise surgisse a ação e, em consequência a estas novas reflexões e análises. Portanto, o processo de caminhar com o paciente cirúrgico não buscou apenas levantar dados para uma posterior análise, mas análises em contexto, para a implementação concomitante do cuidado.

Quando minha reflexão é embasada em uma teoria e vinculada a um Marco Referencial, a ação torna-se menos arriscada, porque tenho onde me amparar para me sentir mais confiante.

Sistematizei esta apreciação do meu trabalho de forma a ponderar cada conceito do Marco Referencial, procurando relacioná-lo ao caminhar com o paciente cirúrgico. Posteriormente, faço considerações dos momentos vividos durante o processo de cuidar.

SER HUMANO

O paciente cirúrgico é um ser humano que interage com o contexto ambiental de forma singular...

Segundo Hycner (1995), cada pessoa é um poema esperando para ser escrito. Este trabalho foi permeado pela valorização e atenção ao **ser único** que é o paciente cirúrgico, e pela constante preocupação com a natureza rica e variada

da pessoa humana como um todo. Na caminhada com os três pacientes cirúrgicos, a todo momento eles davam mostras do quanto é rica e diversificada a vinculação dos pacientes com o contexto ambiental. Isto foi percebido também na fala da auxiliar de enfermagem quando deu as primeiras informações sobre os pacientes Carlos, Maria e Mario:

“Ele assiste TV o dia todo e está incomodando os outros que querem dormir.”16/09/1994.

“Ela não é de conversar nem com os colegas de enfermagem.”03/10/1994.

“Ih! Maria Helena! Ele é chato e nervoso, fala pelos cotovelos”.17/10/1994.

O escasso conhecimento e pouca importância que a enfermagem manifesta às diferentes maneiras como o paciente interage com as coisas e pessoas, muitas vezes a impede de estabelecer uma relação horizontal com ele. O etnocentrismo característico do modelo médico (que perpassa pela enfermagem) condiciona a conceituar o paciente como um *ser passivo* e, muitas vezes, dotado de capacidade interativa inferior. Devo conhecer o paciente e sua forma de interagir com o contexto ambiental, para que não se façam julgamentos errôneos, pois a falta de informação sobre o paciente pode ser uma fonte de julgamentos falsos. Para fazer juízo, necessita-se de atributos estáveis, como a personalidade, capacidades e, principalmente, as crenças, atitudes e hábitos do julgado. Começo a acreditar em atributos estáveis, segundo Argyle (1976), só depois de vermos uma pessoa em várias ocasiões diferentes, ou de obter informações seguras de outros observadores. Assim foi quando conversei

com familiares dos pacientes e fiz as visitas domiciliares. Exemplifico com o paciente Mario quando da conversa com sua esposa:

“O nervoso dele deixa todo mundo doente. Acho que é doença, fala muito para diminuir o nervoso, com todo mundo ele é assim. Está nervoso, come e fica ruim. Quando está em casa todo mundo fica nervoso” 20/10/1994.

Sabendo desta situação, procurei compreender e ajudá-lo. Para este paciente, a maneira de se relacionar era falar muito, na preocupação de que realmente as pessoas o ouvissem. Concordo com Minzoni (1979), quando enfatiza a importância do envolvimento com o outro para se ter uma percepção mais clara do outro.

... é um ser sócio-cultural, que elabora significado conforme a sua visão de mundo...

A cultura é o resultado de uma cultura individual. Assim não é possível uma cultura nacional sem a cultura individual, como não é possível uma cultura universal sem as culturas nacionais. No âmago de nossa existência, cada um de nós incorpora um mundo de significados únicos, dentro de um contexto de significados socialmente aceitos. Assim somos, segundo Buber apud Hycner (1995), confrontados com um dos maiores dilemas da existência humana: somos todos únicos e ainda assim somos todos semelhantes.

Qualquer que seja a sociedade, não existe a possibilidade de um indivíduo dominar todos os aspectos de sua cultura (Laraia, 1993). A participação do indivíduo nela é sempre limitada, nenhuma pessoa é capaz de participar de todos seus elementos. Posso afirmar que durante o caminhar com o paciente cirúrgico percebi que, no processo de internalização da cultura existem

diversos fatores causadores, como o ambiente familiar, escolar, social (incluindo o próprio ambiente de trabalho) e ainda a própria natureza do ser humano. Cultura e personalidade são duas realidades que interagem reciprocamente. Observando a família do paciente Carlos, sua mãe espanhola, que demonstrava ter uma personalidade bastante imediatista, havia internalizado muito dos hábitos e crenças de sua origem. Já o uso da terapia alternativa no seu cotidiano, tão enraizado no povo espanhol, não foi cultivado, pois sua crença era somente nos remédios industrializados fruto talvez daquela característica de sua personalidade.

A paciente Maria demonstrava uma crença religiosa muito forte a ponto de influenciar sua maneira de falar, seu vestuário, objetos pessoais, lazer, aparência pessoal e até suas atitudes e decisões. Sua visão de mundo tinha significado na religião. A religião, para Ullmann (1991), por ser fenômeno universal no espaço e no tempo, é um fenômeno cultural e, ao mesmo tempo, criador e conservador de manifestações culturais.

Durante a caminhada com o Carlos, Maria e Mario, a crença religiosa revelou, em sentido amplo, que é transmissora de legados culturais. Outro papel da religião, não menos importante para eles, é o de dar um sentido à vida e também um respaldo psicológico ao indivíduo. Assim, a religião projeta luzes sobre a essência e existência do homem e do mundo, possibilitando uma autêntica criação de cultura.

INTERAÇÃO

... é um modo de caminhar com o paciente cirúrgico, para chegar ao cuidado cultural. Este modo de caminhar se contrói com os elementos: alegria, atenção, respeito, carinho e competência...

A interação foi o instrumento e o conceito fundamental que me oportunizou receber informações fidedignas e significativas do paciente cirúrgico. Considerando o pouco tempo que os pacientes cirúrgicos, na sua grande maioria, permanecem hospitalizados, o processo de interação precisou de uma viçosa incitação inicial, na tentativa de que o paciente percebesse logo que eu ali estava para compartilhar e verdadeiramente ajudá-lo.

Para Mendes (1994), a confiança durante o processo de comunicação parece ser um fator indispensável para o paciente, independente da modalidade de assistência adotada. Segundo a autora, os enfermeiros têm que estimular o desenvolvimento de confiança se quiserem realmente utilizar o componente fundamental de processo de assistir em enfermagem: a comunicação. Presencio esta fase inicial, de conhecimento mútuo há anos, na prática com alunos e constato esta falha no processo de comunicação. A interação é baseada num diálogo de perguntas e, respostas e, na sua grande maioria, repetidas de estágio a estágio, para o aluno e, conseqüentemente, para o paciente. A possibilidade de uma interação efetiva através do diálogo requer tempo para que ela se estabeleça. Nesta abordagem há necessidade de existirem as etapas de “namoro” e “paixão”. Pela falta deste tempo com os pacientes cirúrgicos, empregamos o *cuidado técnico* como instrumento de aproximação com a intenção de despertar, o mais breve possível, o sentimento de confiança e descontração. Durante este contato inicial, através do *cuidado técnico* percebi que as atitudes já não eram as mesmas dos momentos anteriores. Aquele paciente do leito “tal” que permanecia todo coberto com o lençol mesmo quando a enfermagem entrava na enfermaria, já dava sinais de reação e escrevi no diário:

O paciente que cobria o rosto com o lençol sentou-se na cama e parecia que estava muito atento. Senti que eu tinha despertado algum sentimento... 15/09/1994.

No segundo contato, assim que entrei na enfermaria antes mesmo de cumprimentá-los, um dos pacientes falou:

“Ah! já estava te esperando, ficamos na dúvida se era você que vinha”. 16/09/1994

Por si só o cuidado técnico não garante esse despertar de sentimentos e atração no paciente; precisa de outras ferramentas para que sirvam de apoio. Os instrumentos de apoio foram: a alegria, atenção, respeito, carinho e competência.

Inspirada no trabalho de Argyle; Torwer (1981), decidi associar a expressão facial alegre, não somente no primeiro contato ao desenvolver o cuidado técnico mas durante toda a caminhada com o paciente cirúrgico.

Evidentemente, temos olhos, nariz e boca em nossas faces como instrumentos dos sentidos da visão, olfato e paladar, todos necessários para a sobrevivência. Contudo, segundo Argyle; Trower (1981), a face tem uma função adicional bastante diferente no envio de mensagens sociais, e seu complexo de músculos tão amplo, que a torna capaz de produzir inúmeras expressões. Estas são feitas, principalmente, de várias posições e movimentos das sombrancelhas, de abrir e estreitar os olhos, do movimento do globo ocular e de mudanças na forma da boca. Para que haja comunicação eficiente, estas aparências e sons precisam *significar* alguma coisa. A face é a parte mais expressiva do corpo. Toda a face é única e as pequenas variações em detalhes

anatômicos são maiores do que em qualquer outra parte do corpo. Demonstramos nossos sentimentos principalmente por meio do rosto, ao invés de fazê-lo por meio de palavras ou de utilizar qualquer outra parte do corpo, e se sentirmos uma emoção forte o suficiente esta, automaticamente, transparecerá. Atualmente o sorriso quer dizer que temos intenções cordiais.

Quando envolvidas numa conversa, a maioria das pessoas olha nos olhos uma das outras durante um terço do tempo ou mais, declara Argyle (1976), pois isto as mantêm em *atenção mútua*. Esta linguagem silenciosa foi um dos aspectos mais importantes da minha comunicação com os pacientes. Os próprios pacientes e familiares demonstravam isto:

*Mãe você precisa falar com ela. Ela é tão disposta e alegre.
(Sr. Carlos para sua mãe.) (18/09/1994)*

*...As enfermeiras, quando operei, tinham a cara fechada... (irmão
do Sr. Carlos). (26/09/1994)*

A *atenção* e o *respeito* para com os pacientes também perpassou pela expressão facial. Procurava demonstrar esta consideração, olhando alegremente em seus olhos, numa intensidade dependente do *feedback* que obtinha. Nesses momentos a sensibilidade para perceber este retorno deve ser aguçada porque, se olho com muita intensidade e freqüência, posso causar ansiedade e inibir o paciente. Há grandes variações culturais em matéria de freqüência aceitável de contato visual.

Ainda considere o *respeito* e a *atenção* enquanto desenvolvia os cuidados. Eram sempre antecidos de questionamentos sobre, quanto desejável ou não. A própria proposta deste trabalho tem, como essência, o *respeito e atenção* à singularidade do ser humano. Isto significa estar disponível, despir de

nossos significados deixando-os o mais livre possível das lutas egóicas, para dar um sentido maior de luta compartilhada. Neste caminhar com *respeito* e *atenção*, também pude perceber que as conversas inadequadas durante as visitas da enfermagem, dos médicos e visitantes, deixaram os pacientes tristes e preocupados. A partir do percebido, procurei conversar com a enfermeira da clínica, que concordou com a sugestão de realizarmos cursos para os funcionários, para que despertassem para atitudes mais positivas quando na presença dos pacientes. Para Mendes (1994), respeito significa considerar e valorizar as posições pessoais do paciente, como de alguém igual a nós. Significa respeitar o outro, considerando interesse pelos seus sentimentos e opiniões.

A saudação (cumprimento) também fez parte de minha demonstração de *respeito* aos doentes. Quando no meu contato com o Carlos (primeiro paciente de estudo) percebi que meu “*alô, como vai*”; foi uma preparação para a aproximação. Goffmann (1971) descreveu a saudação como um ritual, por duas razões: primeiro, porque ela não diz nada, mas simboliza o início de uma conversa, (segundo ele, quase como núpcias simbolizam o início de um casamento); em segundo lugar, como em qualquer ritual, os participantes sabem exatamente o que devem fazer. Durante minha permanência nas enfermarias, percebi a falta de apreço dos profissionais ao entrar e sair das enfermarias. Muitas vezes são ilustres desconhecidos para os pacientes e, mesmo assim, não percebem a necessidade de se identificarem e muito menos a cordialidade de exprimir um “bom dia!”.

Ao associar, nesta caminhada com o paciente cirúrgico, os elementos *alegria*, *respeito* e *atenção*, a floravam espontaneamente o *carinho* que era sentido por mim e por eles. Quando projetei este meu trabalho, colocava que as

expressões de *carinho* poderiam ser demonstradas através do *toque*. Com o paciente Sr. Carlos e o Sr. Mario não foi possível, pois mantinham uma certa distância, inclusive dos familiares, a exceção de suas namoradas. Já com a paciente Sr^a Maria, freqüentemente partia dela a atitude de pegar na minha mão e abraçar-me. Encontrei na literatura uma pesquisa feita por Whitcher; Fischer (1979), que demonstrava o efeito que o *toque* tinha em doentes do sexo oposto. Os doentes recebiam o toque profissional por um enfermeiro durante um minuto no período pré-operatório. Os resultados indicaram um elo positivo quando tocavam doentes do sexo feminino, de tal forma que estas demonstravam menos dor no pós-operatório e tiveram pressão sanguínea menor e menos ansiedade. Já os doentes do sexo masculino revelaram um efeito negativo, ansiedade crescente, maior pressão sanguínea e maiores dores no pós-operatório. A minha prática com a paciente Maria revelou resultado oposto a esta pesquisa. Percebi que os pacientes têm uma espécie de “espaço pessoal” ao seu redor, e que, somente certas pessoas podem transpor. Segundo Argyle; Trower (1981) em algumas culturas ocidentais o *toque* é um tabu tão grande que o espaço pessoal é raramente invadido. Percebo que o uso do espaço pessoal varia de acordo com a cultura do indivíduo, e no caso do Carlos, do Mario e da Maria sua natureza, a própria índole, foi determinante nos movimentos de aproximação e afastamento.

A alegria, respeito, atenção e carinho que comento anteriormente foram as ferramentas de competência de ordem sócio-afetiva de apoio ao cuidado técnico, mas não suficientes para estimular o sentimento de confiança tão importante durante uma comunicação efetiva. A competência técnico-científica foi imprescindível no primeiro contato com o paciente, e muito importante durante todo o caminhar com o paciente cirúrgico. Essa competência teve seu

mérito na execução da própria técnica e também na modalidade da linguagem aplicada às respostas das perguntas feitas pelos pacientes. Durante a realização dos procedimentos técnicos, a enfermagem pouco percebe e geralmente dá pouca importância às observações que o paciente faz. Na sua grande maioria, ele é um observador atento a tudo que ocorre na enfermagem, percebe detalhes nos procedimentos que surpreendem. Isto percebido, dentre tantas falas me reporto a uma das mais significativas:

... os esparadrapos, ele não coloca como você, tudo errado... Você pode fazer todos os dias o meu curativo? (Paciente Francisco da enfermagem do Sr. Mario). (18/10/1994)

Ressalto a importância que percebo nisto e volto a perceber, nesta prática, a necessidade de esmero na execução das técnicas de enfermagem, principalmente quando desenvolvidas junto ao paciente. Hoje, o papel profissional da enfermeira tem-se constituído, basicamente, de atividades de caráter administrativo e limitadas em sua aproximação do paciente. Isto parece que fez surgir variada literatura que enfatiza e prioriza a linha humanística, com a intenção de reverter a situação e afastar o profissional do excesso de tecnicismo. Entretanto, está também tornando a enfermeira menos próxima dos elementos que dão apoio a esta caminhada humanística. Diariamente constatamos isto, quer nas falas e queixas de outros profissionais, quer com os próprios pacientes e familiares.

A competência para a linguagem verbal na relação paciente-enfermeira requer vontade por parte da enfermeira de conhecer, compreender e respeitá-lo como *ser único*; uma vontade habilidosa, um sentimento de carinho para com o paciente cirúrgico. Essa compreensão veio ao longo do processo e foi percebida

a tempo. Enfrentei uma situação interessante com um acadêmico que chegou para a D. Maria e perguntou, demonstrando uma expressão facial segura e objetiva: “A senhora já eliminou flatus?” Dona Maria não entendeu, mas respondeu afirmativamente. Para mim, negou, quando voltei a perguntar numa linguagem acessível. Um estudo de Paynich apud Mendes (1994) enfatiza a necessidade de que a enfermeira use termos adequados quando conversa com os pacientes; em seu estudo foi verificado que a compreensão do paciente e o comportamento cooperativo foi consideravelmente maior quando não foram usados conceitos técnicos ou jargão profissional. Contudo, mais que isto, a enfermeira deve conhecer ou perceber um pouco da cultura do paciente para conseguir empregar os termos compreensíveis à linguagem da pessoa. O paciente pode ser também um médico, uma enfermeira, um intelectual e conhecer termos técnicos e a enfermeira deve estar atenta para isto. Também Helman (1994) diz que as consultas médicas são normalmente conduzidas com um misto de linguagem coloquial e jargão médico e que o desconhecimento da maneira como os pacientes conceituam e rotulam os problemas de saúde pode resultar em interpretações errôneas dos sintomas durante a consulta. Segundo o autor, o médico deve familiarizar-se com a linguagem do sofrimento específica do paciente. Falar a linguagem do paciente significa adequar a mensagem aos interesses dele, não aos meus. Significa dar-lhe a informação que ele está procurando, não aquela que queremos dar. A metodologia do Cuidado cultural fala a linguagem do paciente. A enfermeira precisa refletir sempre sobre o papel de seu próprio background social, sua cultura, status econômico, religião, educação, gênero, preconceitos pessoais e poder profissional, no sentido de melhorar a comunicação com o paciente cirúrgico e prover uma assistência à saúde efetiva.

ENFERMAGEM

... a enfermagem tem conhecimentos e habilidades próprias, interage, descobre, compreende, e desenvolve suas ações de cuidar de forma congruente com os hábitos de cuidar e de vida do paciente cirúrgico...

À medida que percebia a direção, os objetivos e os valores do paciente, tornei-me capaz de ajudá-los a descobrir significados pessoais na doença, a integrá-los positivamente em sua vida ou a usar criativamente o tempo da doença. Segundo Remen (1993), o profissional ouve duas coisas em especial: a percepção de significado e a direção da vida dessa pessoa. A direção que as pessoas percebem em suas vidas e o objetivo que acreditam existir nelas contribuem para a recuperação. Para Remen, um dos papéis do profissional da saúde é o de servir como um espelho bem nítido. Sem controlar a vontade do paciente ou agir como se fosse sua sabedoria, aconteceram os momentos com os pacientes e também familiares. Momentos em que os ajudei a decidir por outra alternativa de percurso, usando a criatividade sem alterar o valor e significado pessoal que atribuíam:

...o problema cirúrgico que a família apresenta requer alimentação com resíduos e o almoço estava pronto e não havia verduras preparadas. ...conversamos de que maneira poderiam introduzir a dieta com resíduos. Já que utilizavam a salsa, negociamos o uso freqüente e em maior quantidade nos alimentos... (primeira visita a casa do Carlos)

...a senhora não disse que costumava colocar nas feridas pano limpo e lavar com macela? Faça isto, D. Maria, é muito bom. Ficou surpresa porque achava que ia receitar alguma coisa e já estava nervosa porque não podia comprar. Conversamos sobre os “poderes” da macela... (trocando idéias sobre o cuidado pós-alta, com D. Maria)

A enfermeira para aplicar o processo de enfermagem, objetivando o cuidado cultural que se caracteriza pelas interações efetivas paciente-enfermeira, precisa fugir do seu etnocentrismo e levar em consideração os interesses alheios, ser capaz de sentir em profundidade, de indignar-se, de se enternecer diante das situações. Necessita manter um relacionamento inspirado na sensibilidade, eminentemente no amor. Assim precisamos rever nossa crença segundo, Santin (1995), de que a razão foi a que nos arrancou de estado selvagem, e aceitar o que Nietzsche diz: “o fenômeno, para todos os povos, que os fez emergir da escravidão do estado animal, foi a alegria com a aparência, a inclinação para o enfeite e para o fogo”. A ciência nos levou para lá destas aparências que são tratadas como enganosas. Assim perdemos a noção da presença, de estar perto, junto com os outros numa comunhão existencial. Somente a sensibilidade é capaz de cultivar as aparências, isto é, aquilo que aparece, manifesta-se, que nos olha face a face.

Com o Sr. Carlos, a D. Maria e o Sr. Mario aprendi que, para interagir, descobrir compreender e desenvolver o cuidado de forma congruente com os hábitos de cuidar e de vida deles, é preciso cultivar e cultuar a sensibilidade humana.

SAÚDE/DOENÇA

...é uma experiência subjetiva que varia entre os indivíduos, grupos culturais e classes sociais...

A história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e os demais seres que os cercam. Segundo Sevalho (1993) elementos naturais e sobrenaturais

habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissoluvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte. Ainda Le Goff apud Sevalho (1993) aponta que a doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades.

Durante os momentos vividos do processo saúde-doença com os pacientes, percebi que o significado da doença diverge de indivíduo para indivíduo, mas todos consideravam a doença um evento desagradável e indesejável. Embora indesejada a doença era vista pelo Sr. Carlos, D. Maria e o Sr. Mario como algo inerente à própria natureza do mundo:

... “todo mundo fica doente, os animais, os rios”... (Sr. Mario quando conversava sobre sua doença)

Para o Carlos estar doente é ter corpo mole sem forças para trabalhar; ele não se sentia assim e por isso dizia não estar doente:

...o doutor “João” me chamou para fazer a operação porque mais cedo é melhor. Ele operou a mãe e meu irmão da mesma operação...

O sentido que dava a causa de sua doença o Sr. Mario expressou assim:

...olha, fiquei doente, vou contar para a sr^a, para o médico não contei, sou muito emotivo. Sabe, no terceiro dia que o Senna morreu, estava muito nervoso e comi um caqui da geladeira. Sabe comi aquele caqui nervoso e daquele dia em diante... foi o caqui...

A D. Maria percebia a doença de uma maneira semelhante ao Sr. Carlos, relacionava à falta de forças físicas, mas o seu significado da causa apontava para as questões de fundo religioso.

Na realidade, as doenças não existem. O que existe são pessoas doentes. A interação com a pessoa-doente deverá ter em conta a pessoa; não apenas corpo biológico, mas a individualidade psicológica, sócio-cultural e espiritual. Transpondo-me às ricas representações e significados de saúde-doença que os pacientes revelaram, percebo que preciso fazer toda a força possível para não me reduzir à suma ignorância a expressão do meu conceito.

CUIDADO CULTURAL

...é o cuidado oferecido pela enfermagem de acordo, ou o mais próximo das crenças e valores de cuidado e modos de vida do ser que é cuidado, aflorado e decorrente do processo de interação...

Para entender o universo cultural distante do nosso, é preciso evitar as lentes de etnocentrismo. Nesta prática de *cuidado cultural*, tentei captar em suas significações próprias, as ações e relações simbólicas com o que me defrontei e foi preciso desvencilhar-me das minhas antecipações, dos modelos que habitualmente cultivei. O modelo que me guiou, o cultivado antes deste estudo, já mostrava-se insuficiente e exigia um novo olhar, um caminho novo, ainda não explorado na minha prática profissional. O modelo de *cuidado cultural* desenvolvido com o paciente cirúrgico exige, necessariamente, que o cuidado

seja personalizado para que realmente possa haver a satisfação e maior cooperação do paciente e familiares nos cuidados recebidos.

A abordagem do *cuidado cultural* proporciona uma extensão dos cuidados aos familiares. À medida que interagia com os familiares e eles percebiam meu interesse em verdadeiramente compartilhar e ajudar o parente hospitalizado, revelavam e pediam orientações e ajuda quanto a seus sofrimentos e problemas cotidianos. Os pedidos e questionamentos eram diários. Como quando disse ao esposo da D. Maria que pretendia ir à sua residência: “...Acho bom demais, daí a doutora dá uma olhada na filha que não anda boa.”

Para desenvolver o cuidado cultural exigiu-se de mim um diálogo e uma observação atenta, constante e efetiva para com os pacientes/familiares e ainda um bom relacionamento com as pessoas da equipe de enfermagem e outros profissionais. Foi uma amostra, o quanto é imprescindível a enfermeira manter um convívio diário cordial, respeitoso, participativo e harmonioso com todos os profissionais envolvidos no processo de cura e de cuidados dos pacientes. Por várias vezes encontrei representada esta importância de bom relacionamento nas falas dos membros da equipe da clínica: “...Ah! para você eu faço...”. Ou, ainda; “Pode fazer, em você eu confio...” Também observei que os pacientes percebem quando existe esta proximidade entre os profissionais e demonstram satisfação e mais segurança nos cuidados recebidos. A enfermeira não pode manter-se alienada às questões ligadas a todas as equipes da clínica, àquelas aderidas ou revertidas para uma melhoria da qualidade dos cuidados ou aquelas que dão suporte à recuperação dos pacientes.

O *cuidado cultural* foi possível desenvolver a partir do momento em que conheci alguns componentes significativos da cultura do paciente a nível de

relação como: o paciente e as coisas; o paciente e os homens; o paciente e o sobrenatural. Num primeiro contato, nem sempre consegui captar o verdadeiro significado e necessitei de outras considerações e confirmações do próprio paciente ou de familiares. Assim desde o início exercitei a incorporação do Cuidado Cultural, todos os momentos houve troca de crenças, valores, práticas, conhecimentos entre mim e os indivíduos.

O cuidado cultural proporciona ao paciente a valorização como ser humano, no momento em que ele sente sua vida ameaçada pela doença. E, conforme a sensibilidade de Santin (1995), o que há de mais necessitado de carinho, de compreensão e de amor do que a pessoa que sente sua vida elanguescer?

5.2 - Momentos dessa caminhada para o cuidado cultural

Refletindo sobre os primeiros momentos do meu processo de cuidar, me conscientizo de que foram atitudes de inocência primária. Só não comparo à suma ignorância porque esta pureza de enfrentamento logo transpareceu e foi percebida a tempo, quase de imediato. Esses tropeços iniciais já relatados em capítulo anterior, sofreram meu início da caminhada, mas foram os felizes apontadores da melhor trilha, para iniciar o caminho rumo ao cuidado cultural. Sentia-me, então, motivada para prosseguir, principalmente porque começavam a surgir, na caminhada, elementos do marco referencial que a embasavam. Para obter uma continuidade motivadora foi indispensável que as colocações do marco refletissem verdadeiramente as minhas crenças e vivências; assim, consegui fazer aflorar e perceber também o real e verdadeiro do paciente.

Do percurso com o paciente cirúrgico, vieram à tona três etapas importantes e necessárias para que ocorresse o cuidado cultural; elas foram: “o

contato inicial enfermeira/paciente; conhecimento mútuo enfermeira/paciente/família; e conhecimento do ambiente familiar. Nessas etapas do caminhar com o paciente cirúrgico foram vários os momentos que se intercalaram. Planejada e delimitada só ocorreu a etapa inicial e, mesmo assim, com um dos pacientes conjugou-se com momentos do conhecer os familiares. O contato inicial foi a etapa programada com os instrumentos que sustentaram interações efetivas, tão necessárias neste momento e ao prosseguir do caminhar com o paciente. Neste primeiro encontro o *cuidado técnico*, associado às competências *técnico-científicas* e *sócio-afetivas*, proporcionaram intencionalmente o brotar de sentimentos de confiança e descontração, indispensáveis ao diálogo verdadeiro.

O paciente valoriza a competência técnica e, por mais simples e matuto que seja, e que a seu favor, no hospital, permaneça apenas o verbo “matutar”, (alto sinônimo de reflexão), ele sabe e procura distinguir o profissional competente tecnicamente. A amabilidade do profissional, por si só, não garante toda a confiança do paciente. Ele precisa presenciar, consigo e com os demais, atitudes técnicas adequadas. A confiança que o paciente depositou em mim acentuou-se ao associar também os elementos de competência sócio-afetiva. Acontece uma maior descontração e, conseqüentemente, ele passa a interagir melhor e revelar o que de real sente e deseja. Durante esta etapa de primeiro contato, é fundamental que os estímulos sejam fortes o bastante para que sejam sentidos rapidamente pelo paciente, para que ele possa responder com atitudes que sejam significativas para o processo de interação e, deste modo facilitar o cuidado cultural.

Percebi que o *cuidado* foram aquelas atividades desenvolvidas por mim com o paciente, onde associei as competências técnico-científica e sócio-

afetiva, mas sem conhecer dados significativos e suficientes das crenças e ou hábitos do paciente, relacionado àquele cuidado. Portanto, o primeiro contato pontua-se muito mais pelo cuidado e pequenas possibilidades de realização do cuidado cultural.

O conhecimento mútuo enfermeira-pacientes-familiares foi o fundamento básico para a caminhada do cuidado cultural. No diálogo que mantinha com os pacientes, recebia informações que posteriormente confirmava com familiares. O processo do cuidado cultural estimula o paciente a dizer o que realmente sente e a revelar verdadeiramente seu cotidiano; postura nem sempre percebida assim, quando desenvolvia outras metodologias na prática profissional.

Os familiares participavam oferecendo informações, considerações e compartilhando os cuidados. Compartilhavam comigo o que fosse possível de suas crenças e hábitos e chegavam por várias vezes a transmitir conhecimentos como: cozinhar determinado alimento e a confeccionar pontos de trabalho manual. Aperfeiçoei e diversifiquei hábitos que fazem parte do meu cotidiano e/ou que ainda poderão ser assimilados. É importante para o processo de interação que a enfermeira seja passível de ensinamentos e acreditar que eles poderão vir também daquele paciente hospitalizado e seus familiares. Concordo com Patrício(1994) quando caracteriza a metodologia do “Referencial do Cuidado Holístico” como uma “Prática Educativa”. Nesse processo educativo, segundo a autora, a troca de universos culturais na interação enfermeira-cliente promove transformações também na primeira. A vontade recíproca de conhecer tem intensidades diferentes em enfermeira e pacientes. Constatei que eles tem necessidade de conhecer apenas alguns dados de identificação inicialmente, e quando as interações prosseguem mais alguns detalhes dessas identificações. Perguntam, por exemplo: “Você é casada”? E posteriormente, “Você tem

filhos”? Na sua grande maioria, querem falar deles, da doença e de seus familiares. O individualismo é exarcebado na doença e, principalmente, quando o paciente está hospitalizado. Criam um mundo interior sob o impulso da doença. Em parte, esta postura pode ser explicada como algo que foi introjetado pela própria situação pressupõe-se de atendimento massificado nas instituições de saúde, onde o paciente é mais um número que pode ser confundido a qualquer momento com outro número. Sabendo disto, o paciente toma a conduta individualista na tentativa de se proteger.

No domicílio dos pacientes foi possível compreender melhor as crenças, práticas e valores dos pacientes sobre saúde-doença e necessidade de cuidado. Antes das visitas a minha percepção dos significados, das relações que o paciente fazia com as coisas e pessoas era mais limitada. As visitas domiciliares me fizeram sentir com mais profundidade os seres humanos que compartilhavam suas vidas ao máximo. O neurologista Shermitte(1995), escreveu seu relato particular quanto às visitas a domicílio. Quando seu pai começou a considerar com relutância a aposentadoria, aos 90 anos, disse ao pai: “Pelos menos elimine as consultas a domicílio”. E o pai respondeu: “Não, vou mantê-las - em compensação, abro mão de todo o resto. Com isso em mente, o neurologista tirou seu guarda-pó branco e desertou, em grande parte, dos hospitais onde passara os últimos 25 anos, para pesquisar a vida de seus pacientes no mundo real, sentindo-se em parte como um naturalista que examina formas raras de vida, em parte como antropólogo, um neuroantropólogo, segundo ele, em trabalho de campo; mas, sobretudo, como um médico, chamado aqui e acolá para visitas a domicílio, visitas às fronteiras distantes da experiência humana. Durante minhas visitas, experimentei sensações semelhantes ao do médico neurologista. A casa do paciente oportunizou-me enriquecer a história de vida

dos pacientes e familiares e, assim, contribuiu para ainda melhorar minha interação com eles. Elas ofereceram, também após a alta, verificar o autocuidado e a conferir práticas de cuidados familiares. Preciso enfatizar a importância da relação enfermeira-paciente e o ambiente familiar. Esta intimidade não pode mais ser considerada como um elemento gratificante de teses e dissertações. Deve começar a fazer parte do cotidiano profissional porque é uma prática que valoriza o cuidado da enfermeira, estimula a participação efetiva dos familiares, afasta o profissional da alienação das questões referentes ao processo saúde-doença dos pacientes e familiares, e ainda proporciona mútua satisfação nos cuidados desenvolvidos e recebidos. Não podemos pensar que as coisas são inviáveis e aceitar passivamente.

A sociedade espera de nós a prestação de um serviço com competência. Sei que, ao privilegiar o cuidar personalizado, característica primeira de cuidado cultural, estou valorizando o desenvolvimento das competências profissionais que são de ordem sócio-afetiva. Considero, no entanto, o conhecimento técnico-científico tão importante e necessário quanto as questões sócio-afetivas. Penso que o pessoal de enfermagem, incluindo auxiliares e técnicos deveriam ser motivados e preparados para a competência sócio-afetiva além da técnica-científica. Hoje existem cursos que despertam a motivação e treinam os profissionais, o que, em seu trabalho, requer sensibilidade e habilidade para o relacionamento pessoa a pessoa.

Carper (1978) expressou que a enfermagem é um processo interpessoal que requer habilidade para utilizar o self, e isto necessita de conhecimento pessoal.

Acredito que as disciplinas dos currículos dos Cursos de Enfermagem precisam estimular a reflexão crítica e, sobretudo, criativa dos alunos das

teorias, com referência a dados concretos do real e, ainda que fossem enfocados determinados assuntos que despertassem o entusiasmo no aluno em conhecer não somente sua “substância física” mas o seu verdadeiro eu e suas relações interpessoais.

Finalizando, percebo ser necessário que a enfermeira faça um novo exame das idéias e das abordagens aos pacientes e doenças, que encare de forma diferente aquilo que, irrefletidamente, aceita como verdadeiro, para que possa realmente ter acesso ao verdadeiro de seu eu e do paciente. Precisa perceber a falsa sensação de segurança, quando pensa compreender o paciente cirúrgico em lugar de reconhecê-lo como uma pessoa ainda desconhecida. Os seres humanos são muito mais de que seus corpos, segundo Remen(1993); assim, o rótulo paciente cirúrgico nos diz pouca coisa a respeito da pessoa que está sendo cuidada, sobre quem ela é e o que pode se tornar. É na capacidade de *compreender e refletir com o ser humano* que está com a doença, que me torno capaz de ajudar a ele e a mim de maneira eficiente. Mas é necessário que nossos significados, vieses e preconceitos sejam colocados entre parênteses, postos de lado, temporariamente, de modo a nos permitir uma entrada no mundo e nos conceitos mais significativos da pessoa com quem estamos cuidando. Esta abordagem antropológica implica no desenvolvimento de capacidades que terão de ser assumidas e treinadas. Implica repensar o seu próprio self; como refere Giddens (1994), nós somos, não o que somos mas sim o que fazemos de nós. Refletir sobre o que faço e como faço acaba por ser um ato de saúde mental e de saúde social. Se não me dou conta de mim própria, como posso fazê-lo em relação aos outros?

É preciso que eu “me veja” tratando de observar como estou refletido nas reações dos pacientes e dos familiares. A maneira de ver, sentir e compreender

o paciente como um todo tem um caminho inicial importante, que é o conhecer o meu próprio self. Preciso sentir necessidade de deixa-lo fluir, de forma profissional, numa constante e profunda reflexão e mesmo num dilema inseguro e até mesmo confuso para que, segundo Buber apud Hycner (1995), enquanto tateie no escuro, lute. Vagarosamente, conquiste. Na conquista, sucumba; sucumbindo, ilumine-me.

A maneira de ver o ser humano como um todo deve perpassar pela graduação em enfermagem. Os currículos devem apresentar verdadeiras mudanças dos seus paradigmas e as disciplinas devem estar voltadas ao objetivo de um conhecimento integral do ser humano. Antes da mudança no currículo, as escolas precisam também preparar seus professores para esse considerável pensar e fazer no cuidado em enfermagem. O professor de enfermagem já não pode mais se prender somente em livros que salientam as questões técnicas, mas também abordar em sua disciplina teórica e prática, as questões relacionadas às competências sócio-afetivas.

Mesmo que meu trabalho seja uma pequena contribuição para uma prática de enfermagem que aborde e priorize a totalidade do ser humano, reconheço que ele poderá ser um “micro-incidente” para o processo de mudança dos paradigmas atuais. Em especial, nos alunos do 7º período da graduação em Enfermagem percebo que já exercitam mudanças nesse sentido. E, graças a essas novas formas de cuidar, estão com a “faca e o queijo” na mão, para mudar a realidade da Enfermagem, neste processo de cuidar.

Considero que a execução do cuidado cultural é mais significativa e eficaz, quando o enfermeiro dispõe de recursos e apoio no local de trabalho. Essa prática reforça também a importância do envolvimento da equipe que presta os cuidados com o paciente; a enfermeira precisa desenvolver uma

efetiva interação com os demais profissionais que atuam no serviço, relacionados com o paciente cirúrgico. Ela deve “se abrir” para os relacionamentos pessoais, ser mais sociável, alegre e disponível. É imprescindível que se relacione com os familiares, pois foi neles que também encontrei uma fonte real e importante de informação e estímulo para este estudo. Este relacionamento ainda revela e valoriza o profissional enfermeiro. A interação desenvolvida e o nível de satisfação demonstrado por eles, durante os cuidados recebidos, impele a se mostrarem entusiastas divulgadores da profissão de enfermeira.

A enfermeira urge ser aquela que está mais próxima da vida do povo, que se põem na escuta daquilo que é vivido. Constrói, segundo Santin (1995), um conhecimento que não é o da dominação das coisas investigadas, mas um conhecimento que reedita o sentido originário do termo latino *cognoscere*, isto é, nascer com. O conhecimento é um nascer com o outro. Precisa a enfermeira entrar nesta metodologia de *nascer com* essas coisas que estão crescendo, que estão sendo vividas e sentidas pelas pessoas. Há um estilo do cotidiano que Santin (1995) enfatiza ser feito de gestos, de palavras, de teatralidade, de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, do qual é preciso que se dê conta - ainda quê, para tanto, seja necessário contentar-se em tocar de leve, em afagar contornos. A nossa apreensão cognitiva deve preservar e consagrar o cotidiano e não transformá-lo em conceitos abstratos e em mensurações estatísticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANHA, M. L. **Filosofia da educação**. São Paulo: Moderna, 1989.
- ARGYLE, M.; TROWER, P. **Você e os outros: formas de comunicação**. tradução Santo, M. E. São Paulo: Harper & Row, 1981.
- ARGYLE, M. **A interação social: relações interpessoais e comportamento social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- _____. **The psychology of interpersonal behaviour**. 3.ed. Harmondsworth: Periguim, 1978
- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BASTIDE, R. **Brasil terra de contraste**. Rio de Janeiro: Difel, 1964.
- BELLACK, J.; EDLUND, B. **Nursing assesement and diagnosis**. 2 ed. London: Jones and Bartlett Publishers, 1992.
- BERNARD, P. **Manual del A.T.S. psiquiátrico**. Barcelona: Torray - Masson, 1977.
- BEZERRA, F. **Antropologia socio-cultural uma nova conceituação**. Brasília: Coordenada, 1972.
- BÍBLIA. João. Português. **Bíblia sagrada**. Trad. Ivo Storniolo. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 1990, p.1370.
- BOEHS, A. E. **Prática do Cuidado ao Recém nascido e sua família, baseado na Teoria Transcultural de Leininger e na Teoria de desenvolvimento da Família**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado) Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,
- BRANDÃO, C. R. **A educação como cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

- BROWN, D. **Enterrem meu coração na curva do rio.** São Paulo: Melhoramentos, 1970.
- BUARQUE, C. **A aventura da Universidade.** São Paulo: Unesp, 1994.
- BURKE, P. **Cultura popular na idade moderna.** São Paulo: Companhia das letras, 1995.
- CARNEIRO, D. G.; LÜCK, H. Relacionamento interpessoal satisfatório: condição básica para um desenvolvimento educacional produtivo. **ÀGORA**, Curitiba, v.3, n.3, p.29-31, dez. 1984.
- CARPER, B. Fundamental patens of rnowing in nursing. **Advances in Nursing Science.** v.1, n.1, p.13-24, 1978.
- CHAGAS FILHO, C. **Cultura e Ciência.** Rio de Janeiro: Fundação Universitária José Bonifácio, 1989.
- CHERRY, C. **A comunicação humana.** 2.ed. São Paulo: Cutrix/EDUSP, 1971.
- COIMBRA JUNIOR, C. E. A. A construção cultural da doença. **Informe Fieldlincs**, Rio de Janeiro, agosto, 1992. .
- COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida.** Lisboa: Printipo, 1989.
- DALL'AGNOL, C. M. **O agir-refletir-agir nos movimentos de integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho.** Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.
- DERISI, O. N. **Valores básicos para a construção de uma sociedade realmente humana.** São Paulo: Mundo Cultural, 1977.
- DIEGUES JÚNIOR, M. **Etnias e Culturas no Brasil.** 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- ELIASON, M. J. Ethics and transcultural nursing care. **Nursing Outlook**, New York, v.41, n.5, p.225-228. Sept./Oct. 1993.

- ELIOTT, T. S. **Notas para a definição de Cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.
- EPSTEIN, Charlotte.; **Comunicação com o paciente**. In _____. **Interação efetiva na enfermagem**. São Paulo: EDU/EDUSP, 1977.
- FABRY, J. B. **A busca do significado**. São Paulo: ECE, 1984.
- FITZPATRICK, R. et al. **La enfermedad como experiência**. México: Fondo de Cultura Econômica, 1990.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 14.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- GATTÁS, B. M. L. **O relacionamento de pessoa a pessoa: vivência da enfermeira com pacientes psiquiátricos em unidade de hospital geral**. Ribeirão Preto, 1981. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- GEERTZ, C. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- GERMANO, R.M. **A Ética e o Ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.
- GIDDENS, A. **Modernidade e identidade de pessoal**. Oeiras: Delta, 1994.
- GOFFMAN, E. **Relations in Public**. Londres: Allen Lane, 1971.
- GRAISON et al. Cultural assesement...how well do we know our patients: **Journal of Nephrology Nursing**, p. 132-134, Nov/Dec, 1984.
- GRUNIES, J.; BURNS, E. **Health assessment: in nursing practice** London: Jones and Bartlett Publishers, 1992.
- HENSE, D. S. S.; **Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade**. Florianópolis, 1987. Dissertação.(Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.

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

HOFLING, G. K. et al. Compreensão de las relaciones entre enfermera y paciente. In: _____ **Enfermería psiquiátrica**. 2 ed. México: Interamericana, 1970.

HYCNER, R. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1995.

KEESING, R. Theories of culture. **Annual Review of Anthropology**. Palo Alto, Califórnia, v.3., 1974.

KENNY, T. Insucesso dos modelos de enfermagem. **Nursing**. Lisboa, v.81, n.7, Oct., 1994.

KLEIMAN, A. et al. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann. Intern. Med.** Philadelphia v. 88, p.251-258, 1978.

KOESING, F.M. **Antologia cultural**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

LALANDA, P. A interação enfermeiro - doente: uma abordagem bioantropológica. **Nursing**. Lisboa, v.8, n.88, p.28-32, mai., 1995.

LARAIA, R. de B. **Cultura um conceito antropológico**. 8 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

LEE, D. **São finais as necessidades básicas?** São Paulo, 1965.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts theories and practices**. New York: John Wiley, 1978.

_____. **The phenomenon of caring: importance, research, questions and Theoretical considerations**. In: LEININGER, M. **Caring and essential human need**. Thorofare: Charles B. Slack, 1981.

_____. **Care the essence of nursing and health.** Thorofare. New Jersey: Charles Slack, 1984.

_____. Teoria do cuidado transcultural: Diversidade e Universidade, In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM. 1.: 1985: Florianópolis. **Anais.** Florianópolis, UFSC, 1985. p. 255-288.

_____. **Culture care diversity and university: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing, 1991.

LENARDT, M. H. **Cuidado cultural para o paciente cirúrgico: Alicerçado na teoria do cuidado transcultural da Dr^a Madaleine Leininger.** Relatório final da prática assistencial do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Curitiba, 1994.

_____. Desenvolvendo um processo metodológico para uma prática de cuidado cultural ao paciente cirúrgico. Projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem da U.F.S.C., aprovado, Curitiba, 1995

LEVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem.** São Paulo: Nacional, 1976.

LEVINAS, E. **Totalidad y infinito: Ensayo sobre la exterioridad.** México: Siglo XXI, 1977.

LIMA, M. L. de. **O que é enfermagem.** São Paulo: Brasiliense, 1993.

LINTON, R. **O homem: uma introdução à antropologia.** 3.ed. São Paulo: Martins, 1959.

LOPES, A.;NUNES, L. A cerca da trilogia: Competências profissionais. Qualidade dos cuidados. - ética. **Nursing,** Lisboa, v.8, n.90/91, p. 10-13, jul/ago. 1995.

MAYEROFF, M. **On caring.** New York: Harper & Row, 1971.

MCKENNA, G. Cuidar é a essência da prática de Enfermagem.**Nursing.** Lisboa, v.80, p. 33-36. set, 1994.

- MELEIS, A. Estratégias para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM (1.: 1985: Florianópolis). **Anais**. Florianópolis, UFSC, 1985. p. 133-164.
- MELLO, C. M. M. de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.
- MENDES, I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em Enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.
- MENDES, C.C. A comunicação em enfermagem: comunicar para ajudar. **Nursing**. Lisboa, v.7, n.82, p. 12-13, nov., 1994.
- MINZONI, M. A. Atitudes do profissional de enfermagem frente à pessoa que requer ajuda. In: ENCONTRO MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE COMUNITÁRIA, (1979:Campinas). Mimeografado.
- MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem: Uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado). Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- MORSE, J. M. et al. Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. **IMAGE. J. Nurs Scholarship**. 1991.
- _____. Comfort refocusing of nursing care. **Clin. Nurs. Res.** v. 1, n.1, p. 91-106, 1992.
- MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**. 3.ed. Rio de Janeiro: L.T.C., 1985.
- MOSQUERA, J. J. M. **O humano: uma antropologia psicológica**. Porto Alegre: Sulina, 1975.
- NEVES - ARRUDA, E.; SILVA, A. L. da. Cuidando - confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto, UFSC, Enf.**, Florianópolis, v. 3, n.1, p. 116-127, Jan/Jun., 1994.

- NEVES - ARRUDA, E.; ELSÉN, I.; TRENTINI, M.; **Conceptualizing comfort as an educational strategy in a masters program in Brazil, 1989.** Mimeografado.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem : o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, 1989.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice.** 2.ed. New York: Mac Graw Hill, 1980.
- ORLANDO, I. J. **O relacionamento dinâmico enfermeira-paciente.** São Paulo: EDU/EDUSP, 1978.
- PALMEIRA, G. Requisitos para construção de um conceito ecológico de saúde-doença. **Saúde em Debate**, Londrina, n.37, dez, 1992.
- PATRÍCIO, Z. M. **A Prática do Cuidar/Cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado). Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- _____. O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). **Texto & Contexto, UFSC, Enf.**, Florianópolis, v.2, n.1, p. 67-81, jan/fev., 1993.
- _____. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.58-74, jan/jun. 1994.
- PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.
- POLAK, Y. N. de S. **Corporeidade na dimensão assistencial de enfermagem.** Florianópolis, 1994. Projeto aprovado de tese de Doutorado.
- PORRITT, L. **Communication: choices for nurses.** New York: Churchill Livingstone, 1984.
- REMEN, R.N.; **O paciente como ser humano.** São Paulo: Summus, 1993.

- REZENDE, A. M. de. **Concepção fenomenológica da educação**. São Paulo: Cortez, 1990.
- RIBEIRO, D. **Teoria do Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.
- RODRIGUES, A.R. A comunicação interpessoal e a enfermagem. In: SIMPÓSIO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM (1990: Ribeirão Preto). **Anais**. Ribeirão Preto; USP/EERP, 1990.
- ROGERS, C. **Grupos de Encontro**. Lisboa: Moraes, 1980
- ROSÁRIO, J.V. **Cultura brasileira**. Belém: UFPA, 1988. Estudos e roteiros de aula.
- SALVADOR, A. D. **Cultura e educação brasileiras**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1971.
- SANTIN, S. A ética e estética na educação e na saúde. In: **Seminário Saúde do Adulto - a formação em debate**. Curitiba, 1995. Mimeografado.
- SANTOS, J. L. dos. **O que é cultura**. 13 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- SANTOS, A. L. V. **Contribuição ao estudo da comunicação paciente-equipe de enfermagem relativa à medicação**. São Paulo, 1972. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- SCHATZMANN, L.; STRAUS, A. **Field Regeardi: strategies for a natural sociology**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1973.
- SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.349-363. jul/set, 1993.
- SHERMITTE, F. As metamorfoses da alma. **Folha de São Paulo**. 13 ago. 1995.
- SIDEKUM, A. **A intersubjetividade em Martin Buber**. Porto Alegre: EST/UCS, 1979.

- SILVA, N.F. da. O sentido da cultura. **Comunicarte**, Campinas, v. 7/8, n. 13/14, p. 84-88, 1989.
- SINNO, M. Comunicação enfermeiro-cliente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 40, n.2/3, p. 123-125, abr/set. 1987.
- STEFANELLI, M. C. O Ensino das técnicas de comunicação no programa de graduação em enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, (1988: Ribeirão Preto). **Anais**. Ribeirão Preto;USP/EER, 1988.
- STEFANELLI, M.C. Comunicação interpessoal. In: SIMPÓSIO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM (1990: Ribeirão preto). **Anais**. Ribeirão Preto: USP/EERP, 1990.
- TFOUNI, L. B. et al. Discurso, instituição, poder: análise de interação enfermeiro paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 12, n.1, p.20-25, jan., 1991.
- THAYER, S. e SCHIFF, W. **Stimulus factoris in observer fudgement of social interaction: Facial expression and motion patteru**. City College of the City University of. New York, 1967. Mimeografado
- TITIEV, Mischa. **Introdução à antropologia cultural**. Lisboa: Fundação Gulbenkian, 1972.
- TYLOR, E. **Primitive culture**. London: John Murray, 1958.
- ULLMANN, R. A. **Antropologia: O homem e a cultura**. Petrópolis: Vozes, 1991.
- VIERTLER, R. B. **Ecologia Cultura: uma antropologia da mudança**. São Paulo: Ática, 1988.
- WALDOW, V. R.; Cuidado: uma revisão teórica. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.12, n.2, p.29-35, 1992.

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.

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

WHITCHER, S. J.; FISHER, J. D. Multidimensional reztion to therapeutic touch in hospital setting. **J. Pers. Soc. Psychol**, v.37, p.87-96, 1979.

WHITE, L. Os símbolos e o comportamento humano. In: _____ **Homem e sociedade.** São Paulo: Nacional, 1966.

ANEXOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O PACIENTE CIRÚRGICO

- Qual sua crença religiosa? Gostaria de ter a visita de uma autoridade religiosa? Quando?
- Como é seu dia a dia e sua vida familiar?
- Qual sua origem familiar, tradição?
- Participa de alguma associação politicamente?
- Qual é o seu trabalho? Gosta do que faz?
- Qual sua escolaridade? Como adquire conhecimento? Fala qual idioma?
- Como é sua moradia, bairro? Quais os problemas do local? Como é seu relacionamento com as pessoas onde mora?
- Quem gostaria que estivesse junto e ou na visita hospitalar?
- O que gostaria de trazer para o hospital?
- Como é sua alimentação? O que mais come? Qual sua diversão?
- O que é dor e quando sente?
- O que é doença, o que significa ser um doente cirúrgico?
- O que é saúde? A quem atribui a sua doença?
- Como gostaria de ser cuidado?
- Como se cuida?
- O que é enfermagem?
- O que acha do nosso país?