

MARIA HELENA LENARDT

**A HOSPITALIZAÇÃO DESNUDANDO O MICROCOSMO DE UMA  
UNIDADE HOSPITALAR**

FLORIANÓPOLIS  
MARÇO, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO  
OPÇÃO: FILOSOFIA DA ENFERMAGEM

**A HOSPITALIZAÇÃO DESNUDANDO O MICROCOSMO DE UMA  
UNIDADE HOSPITALAR**

Tese de doutorado apresentada ao programa  
de Pós-graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
como requisito para obtenção do título de  
Doutor em Enfermagem.  
Área: Filosofia da Enfermagem.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Mercedes Trentini

FLORIANÓPOLIS  
MARÇO, 2001

MARÇO 2001

**A HOSPITALIZAÇÃO DESNUDANDO O MICROCOSMO DE UMA UNIDADE  
HOSPITALAR**

**MARIA HELENA LENARDT**

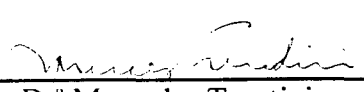
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

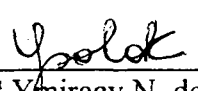
**Doutor em Enfermagem**

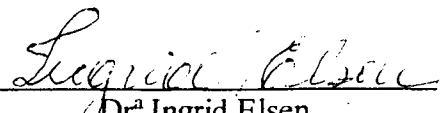
E aprovada na sua versão final em 22 de março de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, programa de Pós-graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia da Enfermagem.

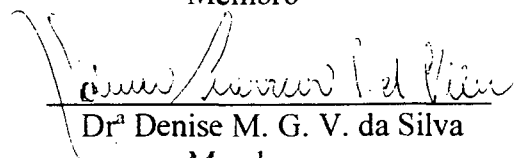
  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Denise P. de Pires - Coordenadora do Programa

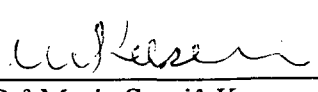
**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Mercedes Trentini  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Ymiracy N. de Souza Polak  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Ingrid Elsen  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Denise M. G. V. da Silva  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Maria Sumiê Koysume  
Membro

*Este trabalho é dedicado à memória de meu irmão Nelson, perda que me fez entender um pouco mais o sentido da vida.*

*À minha irmã Ione, que com sua presença me faz entender um pouco mais o sentido da vida.*

## AGRADECIMENTOS

Aos atores do cenário cirúrgico, que me permitiram realizar este estudo.

À equipe de enfermagem da Unidade de Cirurgia Geral, que me acolheu de modo especial e com quem aprendi ricas lições de vida. Toda minha admiração.

À Dr<sup>a</sup> Mercedes Trentini, pelo estímulo vigoroso e permanente que me proporcionou durante minha formação de Doutorado.

À Dr<sup>a</sup> Ingrid Elsen, pelo compartilhar com sensibilidade e simplicidade seu saber antropológico.

Às colegas professoras do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, por incentivar-me a empreender este caminho.

À aluna Cristiane, bolsista voluntária do Grupo de Estudos em Saúde do Adulto (GEMSA), por sua responsabilidade e apoio na coleta dos dados deste estudo.

À aluna Débora, bolsista de Iniciação Científica, por dar continuidade às pesquisas em andamento.

Às colegas Astrid e Marta, amigas do Curso de Doutorado, que me auxiliaram com sugestões nas diferentes etapas deste estudo.

Ao Edson e Ulisses do Centro de Informática do Setor de Ciências da Saúde (UFPR), pelo auxílio na criação do mapa do local de estudo.

À bibliotecária Áurea do Setor de Ciências da Saúde (UFPR), que orientou-me, neste trabalho, quanto às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas.

À Luiza, minha filha, por carinhosamente ajudar-me na digitação, por apontar erros e fazer correções.

Ao Jorge, meu filho, que cooperou no papel singelo mas importante de *office-boy*.

## RESUMO

Trata-se de um estudo etnográfico sobre uma unidade cirúrgica que interna adultos e idosos num hospital de ensino de grande porte da capital do estado do Paraná. A etnografia focalizou os eventos perpassados pela trajetória da pré-internação, internação e da alta hospitalar. Além dos doentes, foram atores do estudo a equipe de enfermagem, a equipe médica, estudantes de medicina, estudantes de enfermagem (graduação, técnicos e auxiliares), nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, religiosos, funcionários administrativos e pessoal dos serviços de apoio. Utilizei o método de James P. Spradley (1972; 1979; 1980) para determinadas etapas metodológicas ao realizar a pesquisa etnográfica. A teoria interpretativa de Clifford Geertz (1989; 1997; 2001) serviu de embasamento teórico durante o estudo. Os dados em campo foram coletados no período de 23 de novembro de 1999 até janeiro de 2001 por meio da observação participante fundamentada em Spradley. Dois temas surgiram na descrição etnográfica: **a hélice que move a unidade cirúrgica apesar do sofrimento e o sustentáculo da unidade**. A hélice da unidade caracteriza o "poder oculto" que emana dos doentes internados e que impulsiona todas as atividades administrativas, assistenciais, teórico-práticas, de ensino e de pesquisa realizadas na unidade cirúrgica. O sustentáculo da unidade é o traço característico da enfermagem que sustenta, que dá base, ampara, apóia e dá suporte a todos os atores e ao próprio cenário da unidade com solidariedade, presença, afeto e ternura. Os domínios identificados foram sete: **I - Solidariedade**: os doentes com acompanhantes se mostram solidários com aqueles que estão desacompanhados, dividem alimentos; **II - O sofrimento pela espera e pela incerteza**: a demora no atendimento da central de internação pelo aguardo de uma vaga para internação; **III - Normas e rotinas como negação da identidade**: durante a internação as normas e rotinas da unidade forjam um processo de (des)construção da identidade; **Visita de Enfermagem**: guarda características de normas a serem cumpridas e proporciona facilidades para o centro cirúrgico e unidade cirúrgica; **Passagem de plantão**: manifesta-se com muita seriedade, momentos de checagem do cuidado realizado e a ser realizado e elo de informações entre um e outro turno da equipe de enfermagem; **O banho como exigência**: é uma rotina institucionalizada que a enfermagem obedece cegamente; a enfermeira não reconhece o poder que tem para provocar mudança na gerência assistencial; **A presença da enfermagem**: um fato em todas as atividades administrativas, assistenciais e de ensino; **Cuidado pré-operatório**: mostra-se repleto de rotinas e normas que guardam uma dependência direta com o tipo de cirurgia, imposições médicas, com as doenças associadas e as condições do paciente; **IV - A morte**: a morte tem suporte pela presença da enfermagem; **V - Os rituais**: a unidade cirúrgica ainda guarda ricos e complexos os símbolos de certos ritos e revelam valores no seu nível mais profundo. Registrei os rituais da visita médica: ritual de informação, discussão e decisão das práticas médicas, alicerçado no saber médico; da visita da capelania: a fé que atua sobre o doente e familiares, no sentido de recuperar uma religiosidade muitas vezes abandonada, quer na divindade ou no sagrado, onde se imagina que possa estar a cura ou se tenta buscar uma explicação para a origem do sofrimento; e da visita dos familiares: são repletas de cenas culturais, nos diálogos mantidos, nos objetos que trazem e nas demonstrações de preocupação e dedicação; **VI - A decepção**: sofrimento e sentimento de estar sendo desrespeitado experimentados pelo paciente quando a cirurgia é suspensa sem aviso prévio; **VII - Alta hospitalar**: a enfermagem não abre espaço para a especificidade nas orientações para a pessoa adulta e para a pessoa idosa: todos são considerados doentes cirúrgicos, orientados com as mesmas perspectivas e intenções dos demais. Com base na identificação dos domínios e nos temas emergidos, foram feitas algumas considerações e recomendações.

## ABSTRACT

It's an ethnographic study about a surgical unit for adult and elderly inmates in a big hospital in the capital of Parana State, Brazil. Ethnography focused on events occurred during prehospitalization, hospitalization and discharge. Besides the patients, the nursing team, the medical team, medical students, nursing students (graduation, technical nurses and assistants), the nutritionist, the physical therapist, the psychologist, the clerical staff, the administrative staff and the support service staff were the study performers. I used James P. Spradley's method (1972; 1979; 1980) to develop certain methodological steps during the ethnographic research. Clifford Geertz's interpretative theory (1989; 1997; 2001) was the theoretical background during the study. Field data were collected from November/1999 until January/2001 guided by Spradley's participant observation. Two themes evolved from the ethnographic description: **unit propeller, in spite of the suffering and the unit support**. The unit propeller features the "concealed power" emanating from the inmates and pulls forward all administrative, assisting, theoretical, practical, teaching and research tasks in the surgical unit. The unit support is the outstanding feature of the nursing team who sustain, ground, and stand by all the unit's performers, even the unit settings through their solidarity, presence, affection and tenderness. There were seven (7) identified domains: I – **Solidarity**: the patients' companions show their solidarity towards lonely patients by sharing their food. II – **Suffering due to expectation and uncertainty**: the long waiting hours at the Hospitalization Center and the uncertainty to be hospitalized. III – **Rules and routine procedures as identity denial**: rules and routine procedures during admission bring about an identity deconstructing process. Nursing visit can be seen as a rule to be kept and a facilitator for the surgical center and surgical unit; Nursing shift takeover: compenetrating moments when performed care and to-be-performed care are looked over. It's also an information bridge between the former shift nursing staff and the next shift nursing staff; Required bathing: a demanded nursing procedure, blindly followed by the nursing staff. Nurses haven't realized their power to bring about changes in the assistance management; The nursing presence evidence in all administrative, assisting and teaching activities; Presurgical care: full of rules and routine procedures closely related to the kind of surgery, medical impositions and associated diseases besides patient conditions. IV – **Death**: overcome by the nursing presence. V – **Rituals**: surgical unit still maintain rich and complex the symbols of certain rites and reveal values in its deeper level. It was registered the rituals of medical visit: it features a ritual of information, discussion and decision-making of medical practice, grounded by the medical knowledge. Clerical visit: religious faith acting upon patients and their families, sometimes rescuing a forgotten belief in the sacred or divine where possible cure or explanation for the origin of suffering are envisioned. Family visit: full of cultural manifestation, in the conversations, the objects brought along and the demonstrations of worry or dedication. VI – **Disappointment**: faced by patients when surgery is suspended without previous notice, bringing about suffering for such disrespect. VII – **Discharge**: the nursing staff doesn't differ instructions whether for the adult patients or the elderly patients: they are all considered surgical patients, advised under the same perspectives and intentions of all the others. Based in identification of domains and emerged themes, some considerations and advices were done.



## SUMÁRIO

<b>TERMO DE APROVAÇÃO</b> .....	ii
<b>RESUMO</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO</b> .....	7
2.1 ABORDAGENS INTERPRETATIVAS .....	7
2.2 ABORDAGENS INTERPRETATIVAS DE CLIFFORD GEERTZ .....	12
2.3 ETNOGRAFIA .....	17
2.4 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE .....	21
<b>3 METODOLOGIA DO ESTUDO</b> .....	30
3.1 O CENÁRIO DO ESTUDO .....	30
3.2 ATORES .....	31
3.3 ENTRADA NO CAMPO .....	32
3.4 COLETA DE INFORMAÇÕES .....	36
3.5 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES .....	37
3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	39
3.7 A ANÁLISE TEMÁTICA .....	41
3.8 O RIGOR DO ESTUDO E OS CUIDADOS ÉTICOS .....	42
3.9 FACILIDADES E DIFICULDADES .....	45
<b>4 CENÁRIO CULTURAL</b> .....	49

<b>5 A TRAJETÓRIA DE HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE</b>	
<b>SUBMETIDO A UMA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA .....</b>	<b>68</b>
5.1 DOMÍNIO I - SOLIDARIEDADE .....	70
5.2 DOMÍNIO II - O SOFRIMENTO PELA ESPERA E PELA INCERTEZA.....	73
5.3 DOMÍNIO III - NORMAS E ROTINAS COMO NEGAÇÃO DA IDENTIDADE.....	79
5.4 DOMÍNIO IV - A MORTE .....	96
5.5 DOMÍNIO V - OS RITUAIS .....	100
5.6 DOMÍNIO VI - A DECEPÇÃO .....	119
5.7 DOMÍNIO VII - ALTA HOSPITALAR .....	123
<b>6 OS TEMAS CULTURAIS .....</b>	<b>125</b>
6.1 TEMA 1 - A HÉLICE QUE MOVE A UNIDADE CIRÚRGICA APESAR DO SOFRIMENTO .....	125
6.2 TEMA 2 - O SUSTENTÁCULO DA UNIDADE .....	131
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>137</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>145</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>152</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Tenho refletido constantemente sobre minha prática como profissional docente de graduação em enfermagem ministrando a disciplina de enfermagem cirúrgica. São pensamentos e questionamentos que se intensificam quando focalizo os campos nos quais desenvolvo estágios com os alunos.

A partir do momento em que entrávamos em campo, nas unidades cirúrgicas, afloravam, durante as avaliações diárias, alguns descontentamentos por parte dos alunos, dos profissionais de campo e, principalmente, de minha parte. Algumas das situações apontadas constantemente pelos alunos na forma de reclamações foram: ter de se adaptar a certas técnicas, às rotinas de campo, às normas, ao processo de trabalho da equipe de enfermagem da unidade, à (des)organização da professora e principalmente às normas de cuidados dos pacientes internados, que na maioria das vezes não coincidiam com os cuidados anteriormente estudados e sugeridos na literatura para a situação.

As críticas dos alunos, igualmente, eram relacionadas a atendimentos médicos e à equipe de enfermagem. Apontavam, da mesma forma, para o paciente como aquele que “reclama demais” ou então o consideravam um “pobre sofredor”, um “coitadinho”.

Um fato bastante incitador deste estudo se deu quando percebi que na unidade de clínica cirúrgica que interna adultos e idosos o atendimento médico encetava preocupações com questões específicas ligadas ao tratamento dos idosos e às visitas médicas. Já os cuidados de enfermagem não estavam acompanhando a especificidade

que exigem os idosos, a menos que impostos pelo próprio cirurgião geriatra e pela única lei cumprida na unidade: a do direito do idoso de ter um acompanhante.

As queixas verbalizadas pelos pacientes, as situações embaraçosas que eram obrigados a suportar, principalmente as orientações de proibições quanto às normas e rotinas faziam com que eu me visse diante de explicações reducionistas, enfadonhas, que nem a mim convenciam, e permaneciam questões residuais.

Por meio dos estudos de Antropologia, aprendi que esta sempre teve um sentido muito aguçado de que aquilo que se vê depende do lugar em que foi visto e de outros elementos vistos no mesmo tempo. Segundo Geertz (1997, p. 11), pode-se, é claro, obscurecer esta realidade com o véu de uma retórica ecumênica, ou embaçá-la, *ad infinitum*, com teoria.

A unidade cirúrgica foi informatizada e houve maior integração entre os serviços e profissionais, fruto da melhoria na comunicação proporcionada pela informatização. Entretanto, esta não necessariamente tornou a vida mais fácil e as questões relatadas anteriormente não foram sanadas. Um dos principais deveres que me atribuo como professora de enfermagem na unidade cirúrgica é tentar fazer com que os diversos problemas, que são cada vez mais complexos e envolvem cada vez mais pessoas, sejam capazes de atingir algum entendimento entre si.

Segundo Geertz (2001), o que se pode fazer a respeito é ter a maior consciência possível dos fatos e refletir sobre isso; não assumir que o modo como vemos as coisas é o modo como as coisas simplesmente são, mas entender. As sensações precisam ser confrontadas com a realidade. Para Geertz (1997, p. 11), as

formas do saber são sempre e inevitavelmente locais, inseparáveis de seus instrumentos e de seus invólucros.

Reportando-me ao pensamento de Geertz (1997) e às questões que obrigatoriamente preciso compreender na unidade de internação cirúrgica fiquei mais apreensiva, pois são questões que direta ou indiretamente afetam o principal ator desse cenário, a saber, uma pessoa fragilizada pela doença e que, como tal, necessita ser compreendida nas diversas situações que enfrenta.

Segundo Featherstone (1994), os corpos não operam no mundo social como coisas em si mesmas; ao contrário, sua capacidade de operar é mediada pela cultura. A cultura, segundo o autor, é escrita sobre os corpos e nós precisamos examinar os modos particulares como ela acontece.

A equipe de enfermagem da unidade cirúrgica tem sua cultura própria, assim como a equipe médica e os pacientes internados. A equipe de enfermagem, mesmo perseguindo o modelo médico de atendimento aos pacientes, tem seus “jeitinhos” muito próprios de gerenciar e atuar na unidade. Os médicos, com a autoridade de quem carrega um saber considerado por todos, têm maneiras de ver e atuar muito diferentes dos profissionais de enfermagem. Os pacientes adultos e idosos também têm seus modos de se cuidar, determinados pelo seu saber, e que muitas vezes diferem dos modos impostos e controlados pela enfermagem e médicos.

Percebo que os doentes têm o desejo de cuidar-se conforme sua ótica cultural e por várias razões. Mesmo quando internados, criam o seu mundo simbólico durante a hospitalização. Observo freqüentemente o modo como os doentes internados tentam se adaptar às rotinas e ao modelo de cuidar durante sua permanência na unidade

cirúrgica; principalmente os de idade mais avançada chegam a construir um pequeno “mundinho” nos seus criados-mudos, no banheiro e até mesmo debaixo de seus travesseiros. Cultuam objetos como lenços, fotografias, alimentos, roupas pessoais (sabendo que não irão usá-las), perfumes, barbantes, remédios caseiros, etc. Chegam a converter o criado-mudo em mesa especial destinada à adoração religiosa. São, muitas vezes, objetos manipulados que interpreto como verdadeiros artefatos. Encontro matizadas formas particulares de ser e agir, de estar (ou não estar) sozinho no cenário hospitalar.

A perda da identidade/autonomia de um corpo traz complicações para qualquer pessoa em termos de sua sobrevivência. O corpo ganha uma importância fundamental, porque ao mesmo tempo em que ele se esvai é necessário continuar contando com seus próprios limites, assumir as perdas e aceitar que outras pessoas dispensem o cuidado exigido.

Hoje já podemos observar um significativo crescimento da importância que se dá ao indivíduo como elemento matricial da vida social. Antigamente, ele era visto dentro de uma sociedade, de uma totalidade. Atualmente, as sociedades parecem caminhar mais rapidamente para enfatizar o papel do indivíduo como raiz da sociedade.

Assim, entendo que o indivíduo vai escolher elementos que correspondam a seus interesses, necessidades e aspirações. Ele cria o mundo simbólico em que vai se realizar. Para Langdon (1994, p. 17), “(...) a doença é mais do que um conjunto de sintomas físicos observados numa realidade empírica. Ela se torna um conjunto de experiências associadas por redes de significados e interação social”.

Geertz (1989), citando Max Weber, afirma que o “(...) homem é um animal amarrado à teia de significados que ele mesmo teceu”. Geertz toma para si essa afirmação quando adota a cultura como sendo essas teias e o estudo da cultura como uma ciência interpretativa na busca de significados. A cultura, assim, é percebida como expressão humana em face da realidade e não como uma unidade estagnada de valores, crenças e normas. No presente estudo levarei essa concepção para o cenário a ser interpretado.

A unidade cirúrgica é um cenário rico em simbolismos de rituais e significados. Para compreendê-la faz-se necessário parar para ouvir, observar e interpretar. Estudando as cenas culturais estarei descobrindo diferentes visões culturais da mesma situação social, que penetram de modo imperceptível nas minhas atividades cotidianas com o doente e que muitas vezes servem de base para desentendimentos e conflitos.

No Doutorado busquei uma linha de abordagem que me auxiliasse a conhecer, por meio da investigação, o cenário cirúrgico, e realizar interpretações mais próximas do que é vivenciado pelos alunos, pelos profissionais que atuam na unidade e principalmente pelos pacientes. Após alguns estudos cheguei ao método etnográfico.

Nesses estudos, escreve Spradley (1979), o objeto essencial é o interesse pelos significados das ações e eventos que os etnógrafos buscam entender. É o trabalho de uma cultura que descreve uma cultura. Spradley (1972) compara cada cultura individual a um imenso mapa cognitivo complexo e cada cena cultural a uma região desse mapa, construída por atributos que organizam algumas partes da experiência individual.

Os doentes adultos e idosos internados na unidade cirúrgica perpassam por muitos eventos ligados à trajetória da internação. Nesses eventos participam atores como a equipe de enfermagem, a equipe médica, os funcionários administrativos e os dos serviços de apoio, alunos das diversas profissões da área de saúde, profissionais do serviço religioso e visitantes dos pacientes.

Uma tentativa de chegar a um entendimento do cenário da unidade cirúrgica é estudar as cenas culturais olhando para a situação social. Para apreender o que se passa na trajetória dos doentes durante os eventos da internação desenvolvi um estudo etnográfico interpretativo, que significou desenvolver um atento olhar, escutar, questionar e participar.

Para tanto tive a seguinte questão-guia: o que acontece com os adultos e idosos submetidos à internação cirúrgica durante a trajetória da hospitalização?

A intenção quanto a esse estudo etnográfico interpretativo foi conhecer as cenas culturais dos eventos ocorridos durante essa trajetória.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Esboço, a seguir, uma noção fundamentada nas abordagens interpretativas, na antropologia interpretativa de Clifford Geertz, no método etnográfico e na observação participante.

### 2.1 ABORDAGENS INTERPRETATIVAS

A antropologia tornou-se ciência a partir do século XIX. Anteriormente esse campo consistia em narrativas das grandes viagens européias, povos exóticos, desenvolvidas pelos viajantes ou missionários e analisadas posteriormente pelos pesquisadores em seus gabinetes (Laplantine, 1994). Como trabalho de campo, a antropologia surgiu no século XX, dando início à antropologia moderna. Hoje as correntes da antropologia moderna são: a racionalista, a estruturalista-funcionalista, a culturalista e a interpretativa (Cardoso de Oliveira, 1988).

Construtivista, construtivismo, interpretativista, interpretativismo, segundo Schwandt (1994), são termos que aparecem rotineiramente no léxico de metodologistas e filósofos da ciência social. Contudo, seus significados particulares são assumidos pelo objetivo de seus usuários. Como descritores gerais para uma família levemente agrupada de persuasões metodológicas e filosóficas, esses termos são considerados mais como conceitos sensibilizadores (Blumer, 1954). Eles impulsionam o leitor interessado na direção geral onde as posições de um tipo de inquérito em particular possam ser encontradas. Contudo, simplesmente sugerem direções para as quais olhar, antes de fornecer descrições daquilo a se observar.

Defensores dessas persuasões compartilham o objetivo de compreensão do mundo complexo da experiência vivenciada a partir do ponto de vista daqueles que a vivenciam. Esse objetivo é variavelmente referido como um amplo interesse pelo mundo vital, pelo ponto de vista êmico, pela compreensão do significado, pelo entendimento da definição de uma situação do ator, pela *Verstehen*. O mundo da realidade vivenciada e os significados específicos da situação que constituem o objeto geral de investigação, pensa-se serem construídos por atores sociais. Isto é, atores particulares, em lugares particulares, em ocasiões particulares, moldam o significado externo de eventos e fenômenos por meio de processos prolongados e complexos de interação social que envolve história, linguagem e ação (Schwandt, 1994).

e. O construtivista ou o interpretativista acredita que para compreender este mundo do significado deve-se interpretá-lo. O inquiridor deve elucidar o processo de construção do significado e esclarecer quais e como os significados são incorporados na linguagem e nas ações dos atores sociais. Preparar uma interpretação é, em si, construir uma leitura desses significados; é oferecer a construção do inquiridor das construções dos atores estudados. ▽

Embora os construtivistas compartilhem essa estrutura geral para o inquérito humano, persuasões construtivistas e interpretativistas são únicas, segundo Schwandt (1994), na maneira pela qual cada uma responde a estas questões: Qual é a proposta e qual o objetivo do inquérito humano? Como poderemos saber a respeito do mundo da ação humana? Cada persuasão particular oferece uma conceitualização de certa forma diferente sobre aquilo que somos ao inquirirmos o mundo dos agentes sociais e dos atores históricos.

Além disso, o que é estranho sobre essas abordagens não pode ser explicado pelo exame de seus métodos. Elas se interessam principalmente por questões de saber e ser, não pelo método em si. Como Wolcott (1988; 1992) e Erickson (1986) observaram, os métodos são não somente o aspecto menos marcante do trabalho interpretativo, como também o enfoque sobre métodos (técnicas de coleta e análise de dados), freqüentemente encobrendo a compreensão total do relacionamento entre método e proposta do inquérito.

O objetivo de atentar para os detalhes, complexidade e significados localizados do mundo vital cotidiano pode ser atingido por meio de uma variedade de métodos. Embora possa me sentir profissionalmente compelida a utilizar uma linguagem especial para esses procedimentos (a observação participante, por exemplo), basicamente, na concepção de Schwandt (1994), todos os inquiridores interpretativos observam, ouvem, perguntam, registram e examinam. A forma como essas atividades podem ser melhor definidas e empregadas depende da proposta do inquiridor ao fazer o inquérito. A proposta, por sua vez, é delineada por compromissos epistemológicos e metodológicos.

Ciente do risco de delinear uma distinção tão tênue entre perspectivas interpretativistas e construtivistas que compartilham uma herança intelectual comum, opto, contudo, por discutir o interpretativismo, foco de minha abordagem para o estudo pretendido. Examinoo interpretativismo iniciando com um esboço geral de algumas questões críticas na epistemologia da ciência social que moldam essa família de persuasões. Selecciono, então, algumas abordagens interpretativistas e mostro como

cada uma define a proposta do inquérito humano e, entre essas, incluo com mais detalhes a visão da antropologia interpretativa de Clifford Geertz.

A tela do interpretativismo é constituída de idéias advindas da tradição intelectual alemã da hermenêutica e da tradição *Verstehen* da sociologia, da fenomenologia de Alfred Schutz e críticas do cientismo e positivismo das ciências sociais influenciadas pelos escritos dos filósofos de língua comum, críticos do empirismo lógico (a exemplo de Peter Winch, A. R. Luch e Isaiah Berlin). Historicamente, pelo menos, os interpretativistas defendiam a singularidade do inquérito humano. Eles refutaram repetidamente a interpretação naturalista das ciências sociais (a visão de que os objetivos e métodos das ciências sociais sejam idênticos aos das ciências naturais). Defendiam que as ciências mentais (*Geisteswissenschaften*) ou as ciências culturais (*Kulturwissenschaften*) eram diferentes em espécie das ciências naturais (*Naturwissenschaften*): o objetivo da última é a explicação científica (*Erklären*), enquanto o objetivo da anterior é o entendimento ou a compreensão (*Verstehen*) do “significado” dos fenômenos sociais (texto estruturado conforme as citações de Schwandt, 1994).

Rabinow & Sullivan (1987, p. 20), seguindo uma linha de argumentação desenvolvida por Martin Heidegger, Hans Georg Gadamer e Charles Taylor, defendem que a atividade da interpretação não é simplesmente uma opção metodológica aberta ao cientista social, mas a própria condição do inquérito humano em si: “A posição interpretativa não é simplesmente uma nova metodologia mas um desafio para a própria idéia que o inquérito no mundo social e o valor da compreensão resultante deve ser determinado pela metodologia”.

Vista a partir da perspectiva da antropologia filosófica (o estudo das categorias básicas nas quais os seres humanos e o comportamento humano devem ser descritos e explicados), o interpretativismo sustenta que o comportamento humano é proposital (Bruner, 1990; Magoon, 1977). Os interpretativistas repudiam as explicações de comportamento mecanicistas, neobehavioristas e associativas (isto é, a aquisição de conexões associadas entre estímulos e respostas) em favor de explicações teleológicas. Os agentes sociais são considerados autônomos, intencionais, ativos, orientados para um objetivo; eles analisam, constroem e interpretam seu próprio comportamento e o de seus semelhantes.

Pelo fato de enfocarem o significado como primário, os interpretativistas analisam a natureza da realidade social diferentemente daqueles que sustentam estruturas empíricas de ciência social. Como Taylor (1964; 1987) explana, para o empírico, a realidade social abrange um conjunto de fatos sociais que incluem atos explícitos (comportamentos) de indivíduos que podem ser definidos fisicamente ou institucionalmente, e as crenças, estados afetivos, etc. que descrevem as motivações do comportamento. Pensa-se que ambos os tipos de fatos são dados brutos – dados identificáveis e verificáveis de tal forma que não estão sujeitos à futura interpretação. Dessa forma, o empírico explica comportamentos humanos e os significados desses comportamentos pelos agentes envolvidos.

Persuasões interpretativistas são apuradas com o pressuposto de que o retrato da realidade social do empírico omite algo mais importante, nomeadamente, significados comuns e intersubjetivos - “(...) maneiras de experienciar a ação na sociedade as quais são expressas na linguagem e descrições constituintes de

instituições e práticas” (Taylor, 1964; 1987). Da mesma forma, construtivistas e interpretativistas enfocam os processos pelos quais esses significados são criados, negociados, sustentados e modificados em um contexto específico da ação humana. O meio ou processo pelo qual o inquiridor chega a esse tipo de interpretação da ação humana (bem como os meios ou o objetivo do processo) é denominado *Verstehen* (compreensão).

Conceber a atividade de interpretação em termos de uma condição ontológica (isto é, como um fundamento de nosso ser-no-mundo), mais do que como um recurso metodológico, é o que coloca o inquiridor no mesmo plano de compreensão, por assim dizer, daqueles que ele inquire. Compreender por meio da interpretação é aceitar um modelo particular de ser ou um modo de vida (Shapiro, 1981). Dessa forma, a citação que fiz anteriormente de Rabinow & Sullivan (1987, p. 6) sobre a importância do trabalho interpretativo é bastante apropriada: “Para as ciências humanas, ambos, o objeto de investigação – a trama da língua, símbolo e instituições que constituem o significado – e os instrumentos através dos quais a investigação é realizada, compartilham inescapavelmente o mesmo contexto difuso que é o mundo humano”.

## 2.2 ABORDAGEM INTERPRETATIVA DE CLIFFORD GEERTZ

A corrente interpretativa tem em Geertz seu principal expoente. Na visão de Geertz (1989) não há uma receita para o diálogo na busca da compreensão de significados comportamentos e ações do outro: “(...) a vocação essencial da antropologia interpretativa não é responder a questões mais profundas, mas colocar à

nossa disposição as respostas que os outros deram (...) e assim incluí-las no registro de consultas sobre o que o homem falou.”

A versão de Geertz (1989) de antropologia interpretativa se mistura a perspectivas fenomenológicas e hermenêuticas sobre o interpretativismo. A forma de *Verstehend Soziologie*, conhecida como interacionismo simbólico, como o representado por Blumer e Mead, reflete um respeito pela realidade do mundo da experiência. A reconceitualização do interacionismo interpretativo de Denzin abstrai dos *insights* da hermenêutica crítica e do pós-estruturalismo para repudiar o que ele observa como um positivismo suave inerente na versão de Blumer e Mead do interacionismo simbólico.

A antropologia interpretativa de Clifford Geertz é uma teoria interpretativa de cultura. Ela surge em oposição direta ao programa de análise cultural definido por um conjunto de modelos teóricos conhecidos como estruturalismo ou, mais especificamente, etnociência ou antropologia cognitiva. O programa estruturalista está firmemente enraizado na sugestão dos empíricos lógicos de encontrar o significado “real” de mito, cerimônia e outros artefatos culturais. Para o estruturalista, as categorias e estruturas da cultura fornecem poderosos recursos explanatórios para explicar os comportamentos de membros de um grupo ou sociedade. Estruturas de pesquisa estrutural-funcional são reducionistas naquilo que elas reivindicam descobrir, a única verdadeira interpretação por trás ou subjacente à complexidade das aparências. Geertz (1983) opõe-se a essa compreensão do objetivo da antropologia, preferindo definir a análise da ação humana como uma “(...) ciência interpretativa em busca de significado, não uma ciência experimental em busca de leis”. Ele rejeita a antropologia

filosófica adotada por modelos etnocientíficos. Opõe-se a uma metodologia que reifica o mundo da experiência vivenciada em uma linguagem especializada de ciência. Por exemplo, sua avaliação das características literárias dos trabalhos do estruturalista Lévi-Strauss revela mais do que uma crítica dessa prosa do autor:

A característica marcante de todo o trabalho de Lévi-Strauss, aquela que quase todos que lidam com ele, mais cedo ou mais tarde observam [é] seu extraordinário ar de auto-contenção abstraída. “Distante”, “fechado”, “frio”, “sem vida”, “cerebral” – todos os epítetos que conjugam qualquer tipo de absolutismo literário, se reúnem em volta dele. Nem retrata vidas, nem as evoca, nem as interpreta ou explica, porém ordena e reorganiza os materiais que a vida de certa forma deixara para trás, em sistemas formais de correspondências – seus livros parecem existir atrás de vidro, redomas dentro das quais, jaguares, sêmen e carne decomposta são admitidos para se tornarem oposições, inversões, isomorfismo (Geertz, 1988).

Cultura, para Geertz, é um fenômeno mais complicado, menos estático, mais idealizado e, fundamentalmente, um fenômeno irredutivelmente interativo e hermenêutico que pede interpretação, não explanação causal. Em oposição aos estruturalistas, Geertz (1983, p. 14) argumenta: “Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis (o que denomina de símbolos), cultura não é uma força, alguma coisa para a qual eventos sociais, comportamentos, instituições ou processos podem ser causalmente atribuídos; ela é um contexto, alguma coisa dentro da qual eles podem ser descritos de forma inteligível - isto é, descritos com densidade”.

No estudo da cultura, os significados não são sintomas ou conjuntos de sintomas, mas atos simbólicos, como palavras, gestos, desenhos, sons musicais, objetos ou qualquer coisa que seja usada para impor um significado à experiência. Esses símbolos, correntes na sociedade e transmitidos aos indivíduos, que fazem uso de alguns deles enquanto vivem, permanecem em circulação mesmo após a morte



dessas pessoas. O ponto global da abordagem da arte dos sinais na cultura é auxiliar a ganhar acesso ao mundo conceptual no qual vivem os nossos sujeitos, de forma a podermos, num sentido um tanto mais amplo, conversar com eles (texto estruturado nas citações de Geertz, 1989).

Uma característica distinta da compreensão de Geertz do objeto de observação do antropólogo e do método de sua observação é que ambos são fenômenos semióticos e hermenêuticos. A linguagem e outros símbolos de uma cultura não se referem simplesmente aos objetos, mas são seus constituintes. Portanto, Geertz apud Schwandt (1994, p. 5) argumenta: “(...) o homem não é um animal suspenso nas teias do significado que ele próprio teceu”. As ações dos membros de uma cultura (e as ações e escritos do antropólogo ou etnógrafo) constroem e dão significação ao significado. As maneiras pelas quais os significados são constituídos em uma cultura devem ser lidas ou interpretadas pelo etnógrafo da mesma forma como alguém leria ou interpretaria um texto complicado.

Geertz explica o que o etnógrafo lê e como essa atividade de leitura deveria ser interpretada. Para Geertz (1989), não há mundo de fatos sociais “lá fora”, esperando para ser observados, registrados, descritos e analisados pelo inquiridor. O inquiridor constrói uma leitura do processo de construção do significado das pessoas que ele estuda. O que o etnógrafo faz é “traçar a curva do discurso social; fixá-la em forma respeitável”. O que a atividade de escrita “fixa” é o “dito” de um evento que o etnógrafo observa – o significado, o âmago, o pensamento de um evento do discurso, não o próprio evento. Assim fazendo, o inquiridor resgata a atividade dos participantes de construção do significado, transformando-a de um evento passageiro, o qual existe

somente em seu próprio momento de ocorrência, em um relato, o qual existe em suas inscrições e pode ser consultado.

O acesso ao significado de um evento não deve ser obtido por meio de algum processo de identificação empática com um informante ou respondente, entrando na cabeça do falante, por assim dizer. Geertz (1983, p. 56;57) rejeita essa interpretação neopositivista da *Verstehen*, argumentando que os etnógrafos não podem defender “(...) uma forma única de proximidade psicológica, uma espécie de identificação transcultural, com nossos sujeitos”. Ao contrário, a atividade de compreensão (*Verstehen*) revela como se olha sobre os ombros de seus respondentes para aquilo que eles estão fazendo: “O truque é não se envolver em alguma correspondência de espírito com seus informantes. Preferindo, como todos nós, dominar, eles não vão da mesma forma se entusiasmar absolutamente com tal esforço. O truque é imaginar que diabos eles acham que estão preparando”.

Geertz (1989, p. 58) explica que, em seu estudo sobre individualidade em sociedades javanesas, marroquinas e de Bali, tentou “(...) chegar ao âmago das noções não me imaginando ser outra pessoa, um camponês que cultivava arroz ou um sheik tribal e então observar o que eu pensava, mas procurando e analisando as formas simbólicas – palavras, imagens, instituições, comportamentos – em termos do que, em cada lugar, as pessoas representavam para si próprias e para os outros”. A tarefa da etnografia não é a observação e descrição, mas a inscrição ou a descrição consistente desses significados da ação humana. Segundo o autor, deve-se atentar para o comportamento, e com exatidão, pois é por meio do fluxo do comportamento ou, mais precisamente, da ação social que as formas culturais encontram articulação: “A análise

cultural é (ou deveria ser) uma adivinhação dos significados, uma avaliação das conjeturas, um traçar de conclusões explanatórias a partir das melhores conjeturas e não a descoberta do Continente dos Significados e o mapeamento da sua paisagem incorpórea” (Geertz, 1989).

Devido ao fato de a atividade da análise etnográfica não ser uma questão de descobrir o “Continente do Significado e mapear sua paisagem amorfa”, mas “inscrever”, redigir, modelar o significado, Geertz não faz distinção entre ciência e literatura na antropologia. Repetindo a compreensão de *Verstehen* de Schutz, Geertz (1983) argumenta que o antropólogo inscreve um texto que é por si uma interpretação de segunda ou terceira ordem das interpretações dos respondentes. Somente um nativo faz a interpretação de primeira mão: pois é a sua cultura.

Geertz (1989, p. 25) entende que a teoria esteja sempre fundamentada e seja local, não especulativa e abstrata. Ele explica que “(...) formulações teóricas pairam tão baixo sobre as interpretações que regem, que elas não fazem muito sentido, nem contêm muito interesse fora delas”.

O que inscrevemos não é o discurso social bruto, do qual não somos atores, ao qual não temos acesso direto, a não ser marginalmente, mas apenas aquela pequena parte do discurso que os nossos informantes nos podem levar a compreender: “Não é necessário conhecer tudo para poder entender uma coisa” (Geertz, 1989).

### 2.3 ETNOGRAFIA

A Etnografia (*éthnos*, povo; *graphein*, escrever) consiste em um dos ramos da ciência da cultura que se preocupa com a descrição das sociedades humanas.

Bronislaw Malinowski foi o precursor das etnografias que se centram nas culturas simples, conhecidas como primitivas ou ágrafas. São grupos humanos que se opõem às sociedades complexas ou civilizadas. Hoje essas também constituem foco de atenção do etnógrafo.

A etnografia é definida por Geertz (1989, p. 20) como a tentativa de descrição da cultura, “(...) uma descrição densa, um tipo de esforço intelectual, na tentativa de ler um manuscrito estranho, desbotado (...)”. Lévi-Strauss (1967, p. 32), mesmo como estruturalista, esboçou a sua definição: “(...) a etnografia consiste na observação e análise de grupos humanos considerados em sua particularidade (freqüentemente escolhidos, por razões teóricas e práticas, mas que não se prendem de modo algum à natureza da pesquisa, entre aqueles que mais diferem do nosso) e visando à reconstituição, tão fiel quanto possível, da vida de cada um deles”.

A definição do termo etnografia tem estado sujeita à controvérsia, segundo Atkinson & Hammersley (1994). Para alguns, ela se refere a um paradigma filosófico ao qual se compromete totalmente; para outros, designa um método utilizado como e quando for apropriado. E, naturalmente, há posições entre esses extremos. Em termos práticos, a etnografia geralmente se refere a formas de pesquisa social, tendo um número substancial das seguintes características:

- uma forte ênfase em explorar a natureza de fenômenos sociais particulares, mais do que começar a testar hipóteses sobre eles;
- uma tendência para trabalhar fundamentalmente com dados “não-estruturados”, isto é, dados que não foram codificados no ponto de coleta de dados em termos de um conjunto fechado de categorias analíticas;
- análise de dados que envolve a interpretação explícita dos significados e funções de ações humanas, o produto da qual assume principalmente a forma de descrições verbais e explicações, com quantificação e

análise estatística desempenhando um papel subordinado, em sua maioria (Atkinson & Hammersley, 1994).

A principal preocupação na etnografia, segundo Spradley & McCurdy (1972), é com o significado que têm as ações e os eventos para as pessoas. Alguns desses significados são diretamente expressos pela linguagem, outros são transmitidos indiretamente por meio de ações. De qualquer maneira, em toda a sociedade as pessoas usam sistemas complexos de significados para organizar seu comportamento, para entender a sua própria pessoa e os outros e para dar sentido ao mundo em que vivem. Esses sistemas de significados constituem sua cultura. Para Spradley (1979), a cultura é o conhecimento já adquirido que as pessoas usam para interpretar experiências e gerar comportamentos sociais. Nesse sentido, a cultura abrange o que as pessoas fazem, o que elas sabem e as coisas que elas constroem e usam.

O núcleo da atividade etnográfica visa compreender uma maneira de vida a partir do ponto de vista nativo. A etnografia é tanto processo como produto de investigação. É uma forma de conhecimento, um produto, um livro, uma pesquisa.

A característica da etnografia é a ênfase no processo, naquilo que está ocorrendo e não no produto ou nos resultados finais. As perguntas que geralmente são feitas nesse tipo de pesquisa, segundo André (1995), são as seguintes: O que caracteriza esse fenômeno? O que está acontecendo nesse momento? Como tem evoluído?

A pesquisa etnográfica se preocupa ainda com o significado, com a maneira própria com que as pessoas vêem a si mesmas, as suas experiências e o mundo que as

cerca. O pesquisador deve tentar apreender e retratar essa visão pessoal dos participantes.

A etnografia envolve um trabalho de campo. O pesquisador aproxima-se de pessoas, situações, locais, eventos, mantendo com eles um contato direto e prolongado. Nesse contato, não há pretensão de mudar o ambiente, introduzindo modificações que serão experimentalmente controladas, como na pesquisa experimental. Os eventos, as pessoas, as situações são observados em sua manifestação natural, o que faz com que tal pesquisa seja conhecida como naturalista, ou seja, estudo do fenômeno no seu acontecer natural.

O período de tempo em que o pesquisador mantém esse contato direto com a situação estudada pode variar desde algumas semanas, meses, anos. Outra face importante na pesquisa etnográfica são a descrição e a indução. O pesquisador faz uso de uma grande quantidade de dados descritivos: situações, pessoas, ambientes, depoimentos, diálogos, que são por ele reconstruídos em forma de palavras ou transcrições literais.

O plano de trabalho é aberto, flexível, em que os focos da investigação vão sendo constantemente revistos, as técnicas de coleta reavaliadas e os fundamentos teóricos repensados.

Um trabalho pode ser caracterizado como do tipo etnográfico, conforme Spradley (1972; 1979; 1980), em primeiro lugar, quando faz uso das técnicas que tradicionalmente são associadas à etnografia, ou seja, a observação participante, a entrevista, a análise de documentos, a história de vida ou a mistura de tudo.

Subjacente ao uso dessas técnicas etnográficas existe o princípio da interação constante entre o pesquisador e o objeto pesquisado, princípio este que determina fortemente a segunda característica da pesquisa do tipo etnográfico, ou seja, que o pesquisador é o instrumento principal na coleta e na análise dos dados. Os dados são mediados pelo instrumento humano, o pesquisador. O fato de ser uma pessoa o coloca numa posição bem diferente de outros tipos de instrumentos, porque permite que ele responda ativamente às circunstâncias que o cercam, modificando técnicas de coleta, se necessário revendo as questões que orientam a pesquisa, localizando novos sujeitos, revendo toda a metodologia ainda durante o desenrolar do trabalho.

## 2.4 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante propriamente dita consiste em um processo caracterizado, por parte do investigador, como uma forma consciente e sistemática de compartilhar, em tudo que permitam as circunstâncias, as atividades de vida e os interesses e afetos de um grupo de pessoas (Argilaga, 1997, p. 77). Tem como propósito a obtenção de dados acerca da conduta por meio de um contato direto e em desfecho de situações específicas nas quais seja mínima a distorção produzida nos resultados interpretados pelo investigador como agente exterior.

Em metodologia observacional, um dos critérios taxonômicos básicos para marcar um estudo é o nível de participação entre o observador e o observado. A observação participante caracteriza-se pela existência de um conhecimento prévio entre ambos e uma “permissividade no intercâmbio” estabelecido, o qual dá lugar a uma iniciativa por parte de cada um em sua inter-relação com o outro. O observador

pode dirigir-se ao observador e o observado se dirige ao observado em uma posição de maior “cercania psicológica” com um nível alto, baixo ou nulo de participação.

A característica mais relevante da observação é a preservação da espontaneidade do sujeito observado. Contudo, a participação do observador em algum sentido pode correr risco de vulnerá-la. A multiplicidade de matizes que derivam da observação permite considerar a participação como uma dimensão que pode achar-se saturada de formas variáveis, e que possui os limites lógicos de mínima e máxima carga participativa (Argilaga, 1997).

Para Spradley (1972; 1979; 1980), a observação participante é chamada de participante porque parte do princípio de que o pesquisador tem sempre um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo afetado. É fundamental na pesquisa etnográfica o papel de observador como participante. Este papel permite observar o local onde acontecem as cenas culturais estudadas em seus atos, relações e significados.

Autores como Leininger (1991) e Spradley (1980) fazem referência às fases pelas quais o pesquisador passa ao desenvolver, no seu estudo, a observação participante para coleta de dados. O comportamento dos envolvidos, ou seja, do pesquisador e dos colaboradores, transforma-se do início ao fim do estudo.

Leininger (1991), ao propor um caminho lógico e flexível para a observação participante, descreve quatro fases: observação primária ou inicial, observação inicial com alguma participação, observação com participação e observação reflexiva.

O modelo de Observação-Participação-Reflexão (OPR) descrito por Leininger (1991) diferencia-se do de observação participante usado na antropologia



convencional, no sentido de que o investigador dedica um tempo inicial à observação antes de participar ativamente no campo. Esta posição permite ao investigador ter uma atitude mais expectável no início do trabalho de campo, com o qual poderá absorver melhor a cultura que pretende estudar. A fase de reflexão, segundo a autora ao final do modelo, facilita a análise crítica sobre o fenómeno e melhora os dados importantes e de confirmação essencial por parte dos informantes-chaves.

O objetivo dessas fases é ajudar o pesquisador a sistematizar e explicitar a observação participante. Elas permitem que o pesquisador se torne consciente de seu papel no decorrer da pesquisa.

Para Spradley (1980, p. 51) “os etnógrafos não fazem simplesmente observações, eles também participam”. A participação permite experienciar atividades diretamente, para obter a sensação de quais eventos são semelhantes e para registrar as próprias percepções. O modelo de observação participante proposto por Spradley (1980) permite observar as atividades das pessoas, as características físicas da situação social e a satisfação de participar da cena cultural. O autor assinala que, no decorrer da observação participante, os tipos de observação mudam conforme o tempo e o lugar.

Há diferença, segundo Spradley (1980), entre o participante comum e o observador participante. O observador participante se envolve nas atividades e observa todos os aspectos da situação com o propósito de registrar e analisar os dados. O autor propõe de forma conjunta a observação participante e os questionamentos etnográficos.

Para Spradley (1980), qualquer estudo exploratório de observadores participantes revelaria grandes diferenças no estilo da pesquisa. O autor revela que um contraste importante é o grau de envolvimento, ambos com as pessoas e nas atividades que se observa. Pode-se explorar esta variação quando se examinam os cinco tipos de participação comentados por Spradley (1980), que variam ao longo de um contínuo de envolvimento, como demonstrado no quadro abaixo:

<b>GRAU DE ENVOLVIMENTO</b>	<b>TIPO DE PARTICIPAÇÃO</b>
Alto	Completa
	Ativa
	Moderada
Baixo	Passiva
(Não envolvimento)	Não Participação

FONTE: SPRADLEY (1980)

### **Não participação**

Início pela parte inferior da escala com o observador que não tem envolvimento com as pessoas ou atividades estudadas. É completamente possível coletar dados somente pela observação. Segundo Spradley (1980), algumas vezes este tipo de pesquisa pode ser realizado por um indivíduo extremamente tímido que gostaria de conduzir o trabalho etnográfico de campo mas deseja evitar envolvimento. Por vezes uma situação social em particular não permite nenhuma participação, porém ainda possui possibilidades para pesquisa.

Bean (1976) empreendeu um estudo sobre temas culturais em telenovelas contemporâneas, analisou vários programas e leu *The Soap Opera Newsletter* (Informativo da Telenovela). Ela foi capaz de identificar um determinado número de

temas culturais e concluiu que “as telenovelas contêm uma expressão coerente dos princípios sobre os quais se fundamenta a família americana” (Bean, 1976, p. 97). Assistir televisão oferece várias outras oportunidades para o não participante fazer observações.

Spradley (1980) exemplifica o jogo de futebol como um tipo de programa que oferece possibilidades etnográficas de não envolvimento e explica que, ao assistir a numerosos jogos transmitidos de futebol, um etnógrafo poderia descobrir não somente as regras explícitas do jogo como também as regras tácitas do uso de uniformes, performances de um tempo do jogo, comunicação não-verbal, demonstração de afeto pelos outros membros do time e até mesmo o comportamento dos comentaristas esportivos. O autor acrescenta: “(...) os desenhos animados infantis, comerciais e a vasta gama de programas oferecem outras oportunidades para o estudo etnográfico sem envolvimento” (p. 59).

### **Participação passiva**

O etnógrafo engajado na participação passiva está presente na ação, porém não participa ou interage com outras pessoas em nenhum grau. Tudo que precisa fazer é encontrar um “posto de observação” do qual se examina e registra o que acontece (Spradley, 1980). Se o participante passivo ocupa qualquer papel na situação social, será somente o de “observador”, “espectador” ou “curioso”.

A observação participante em lugares públicos freqüentemente inicia com este tipo de afastamento. Comenta Spradley (1980, p. 59):

passei muitas horas como observador na Corte Criminal de Seattle observando bêbados, funcionários da corte, outros espectadores e o juiz. Inicialmente ninguém sabia minha identidade ou o que estava fazendo. Posteriormente, me tornei mais ativo e entrevistei o juiz, conversei com os funcionários e desenvolvi relacionamentos estreitos com vários homens que apareceram na corte acusados de embriaguez.

### **Participação Moderada**

A participação moderada ocorre quando o etnógrafo busca manter um equilíbrio entre ser um membro e um espectador, entre participação e observação. Sanders (1973) estudou os jogadores de pinball e desenvolveu participação moderada. Ele entrou em cena em um salão de jogos como um “curioso” e “observador do jogo”, dois papéis que considerou aceitáveis neste cenário. Desde o início manteve notas de campo cuidadosas, gravando-as depois de retornar da observação de campo. Com o tempo ele jogou nas máquinas, até mesmo desenvolvendo preferências particulares como os jogadores regulares, porém nunca atingiu a habilidade ou o *status* de um jogador regular.

### **Participação Ativa**

O participante ativo busca fazer o que os outros estão fazendo; não somente obter a aceitação mas aprender totalmente as regras culturais de comportamento. A participação ativa se inicia com as observações, porém à medida que cresce o conhecimento daquilo que os outros fazem o etnógrafo tenta aprender o mesmo comportamento.

Num estudo etnográfico sobre os esquimós, Nelson apud Spradley (1980, p. 60-61)

(...) procurou ser um participante ativo durante sua pesquisa entre os esquimós. O método primário de coleta de dados em todo este estudo está baseado na observação, porém observação de uma natureza especial. Esta não é uma 'observação participante' no sentido que a maioria dos antropólogos utiliza o termo. Ela envolve muito mais do que viver na comunidade e participar de sua vida diária somente no que se refere a estar sempre atento àquilo que está ocorrendo. Este tipo de observação sem realmente se envolver como parte da atividade ou interação pode ser denominado participação passiva.

No estudo, Nelson (1969) utilizou uma técnica de observação que Spradley (1980) denomina de participação "ativa" ou "total". Isto significa que a fim de documentar as técnicas de caça e deslocamento, o etnógrafo tenta aprender a dominá-las – participar das mesmas tanto quanto possível. Quando a participação total é utilizada para documentar uma técnica como um método de caça, o etnógrafo deverá aprender a fazê-lo com um mínimo de proficiência necessária para ser bem-sucedido. De certa forma, então, ele observa e aprende com os outros, mas também aprende observando a si próprio.

Embora a participação ativa seja uma técnica extremamente útil, nem todas as situações sociais oferecem a mesma oportunidade como a da caça da foca, pelos esquimós. O etnógrafo, escreve Spradley (1980), ao estudar uma cirurgia cardíaca de peito aberto em um hospital ou a dança de bailarinas profissionais, poderá ter dificuldades em desempenhar as mesmas atividades de um cirurgião ou da dançarina. A maioria dos etnógrafos poderá descobrir algumas áreas em sua pesquisa onde a participação ativa é viável, e até mesmo o uso limitado desta técnica vai contribuir para uma maior compreensão.

## Participação Completa

O nível mais elevado de envolvimento dos etnógrafos advém provavelmente ao estudar uma situação em que eles sejam participantes comuns. Nash (1975) desenvolveu um estudo etnográfico dos passageiros durante as viagens de todos os dias no ônibus para a Universidade de Tulsa. Ele era um participante completo, tinha aprendido as regras para se deslocar de ônibus e simplesmente começou a fazer observações sistemáticas durante o percurso diário.

Ao fazer uma seleção final de uma situação social a ser estudada, aconselha Spradley (1980, p. 62):

tenha em mente as possibilidades de envolvimento. As técnicas que você aprenderá nas etapas seguintes servirão em qualquer grau de envolvimento, da não participação à participação completa. Utilizando estas técnicas você poderá descobrir o conhecimento cultural subjacente às lutas-livres profissionais na televisão ou as regras culturais de comportamento em uma sala de aula da faculdade. E uma vez que você aprendeu as estratégias para fazer questionamentos etnográficos, coletar dados etnográficos e registrar e analisar esses dados, você poderá utilizar estas habilidades para compreender a cultura dos mundos sociais mais complexos.

Spradley (1972; 1980), ao propor de forma conjunta a observação participante e os questionamentos etnográficos, identifica três tipos de questões para a entrevista etnográfica: as questões descritivas são utilizadas na fase da observação descritiva, focalizada e seletiva. Seu objetivo é expandir a explicação dos participantes, constituindo-se na base da entrevista, o que permite o conhecimento do modo como as pessoas vêem o mundo.

As questões estruturais permitem compreender como as pessoas organizam aquilo que sabem. Elas complementam e ampliam os dados descritivos e permitem o conhecimento da organização sistemática da cultura.

Ao tratar de compreender um sistema de significados, os símbolos estão relacionados entre si, seja nas semelhanças, seja nas diferenças. As questões contraste têm como finalidade comparar para mostrar as diferenças e são formuladas à medida que o pesquisador nota essas diferenças específicas na forma que o informante descreve os símbolos.

O pesquisador, segundo Spradley (1979), inicia fazendo observações descritivas, as quais são mais amplas, tratando de obter uma visão da cena cultural. Depois de analisar os dados iniciais ele deve “estretar a pesquisa” e passa a fazer observações focalizadas. Após análises e observações repetidas em campo, o pesquisador deve “estretar” ainda mais a pesquisa e passar a fazer observações seletivas. O autor enfatiza que se deve dar continuidade às descrições gerais, mesmo que se esteja realizando observações focalizadas. As descrições gerais são contínuas até o término do trabalho de campo.

As questões propostas por Spradley (1980) representam apenas uma diretriz para o desenvolvimento da pesquisa, não implicando seu uso na seqüência indicada com igualdade de intensidade.

### 3 METODOLOGIA DO ESTUDO

Este trabalho se define como um estudo de abordagem etnográfica de cunho interpretativo. Exponho, a seguir, o cenário do estudo com algumas características do cenário; defino os participantes do estudo; detalho a entrada no campo; explico a coleta de informações e o registro dos dados; descrevo as análises dos dados; expresso o rigor do estudo e as questões éticas; e comento as dificuldades e facilidades encontradas no seu desenvolvimento.

#### 3.1 O CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma unidade de internação cirúrgica e em sua rede de anexos, que fazem parte de uma instituição hospitalar de ensino de grande porte, com capacidade para 635 leitos. O hospital não tem convênios; realiza basicamente atendimentos em torno de 99,9% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), restando 0,01% de atendimentos particulares, mais especificamente destinados a doentes que se submeteram ao transplante de medula óssea.

As observações descritivas, as análises dessas observações e uma revisão da própria questão norteadora apontaram para a necessidade de percorrer toda a trajetória da internação hospitalar. Assim, visitei os anexos da Central de Internação (CI), o Serviço Ambulatorial da Clínica Cirúrgica (SAM 8), o Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) e o Centro Cirúrgico (CC). Em todos esses cenários foram estudadas as cenas culturais compostas pelos atores presentes na trajetória da internação vivida pelos doentes adultos e idosos.



A unidade de cirurgia geral tem capacidade de lotação de 27 leitos. Internam doentes adultos e idosos de ambos os sexos somente pelo Sistema Único de Saúde que serão submetidos a cirurgia e/ou que apresentaram complicações pós-operatórias de cirurgias realizadas na própria unidade ou em outros serviços, até mesmo de outros estados da nação.

A equipe de enfermagem está composta por quatro técnicos de enfermagem, quinze auxiliares de enfermagem, três enfermeiras assistenciais e uma administrativa. O corpo médico é composto por sete professores médicos, nove médicos do serviço e doze médicos residentes. Fazem parte da equipe de saúde da clínica cirúrgica outros profissionais, como um psicólogo, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma assistente social, religiosos do serviço de capelania, uma secretária dos serviços de internamento, uma secretária da disciplina de cirurgia geral e pessoal dos serviços de apoio, tais como copa, laboratório, lavanderia, limpeza, manutenção e voluntários.

### 3.2 ATORES

Os atores compreendem as pessoas que fazem parte do cenário do estudo e que participaram de alguma forma por meio da observação ou de respostas aos questionamentos. São os pacientes adultos e idosos internados no período da coleta de dados, os profissionais de saúde: a equipe de enfermagem e equipe médica, estudantes de medicina, enfermagem (graduação, técnicos e auxiliares), nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, religiosos, familiares e pessoal de apoio. Alguns desses participaram com maior intensidade, principalmente quando eu necessitava confirmar alguns dados coletados.

### 3.3 ENTRADA NO CAMPO

Planejei alguns facilitadores potenciais que pudessem influenciar no estudo. Assim, procurei fazer contatos prévios para encontrar um *middleman*, que me auxiliou fornecendo informações sobre o funcionamento administrativo do serviço. Encontrava-me afastada desse serviço por cinco anos e algumas pessoas da equipe de enfermagem e médica haviam mudado, inclusive as enfermeiras, duas assistenciais, uma administrativa e a chefia médica do serviço. O *middleman* facilitou minha reintrodução no cenário do estudo, fazendo apresentações ao novo chefe do serviço e principalmente conversando a respeito do meu estudo com o Chefe do Departamento de Cirurgia Geral, antigo chefe do Serviço de Cirurgia Geral. Apresentei-me pessoalmente às três enfermeiras (conhecia apenas uma delas, que foi minha aluna na graduação) e à equipe de enfermagem.

Após submeter o projeto à Banca de Exame de Qualificação da Universidade Federal de Santa Catarina e receber sua aprovação, encaminhei o projeto (Anexo I) ao Chefe de Departamento de Cirurgia para que tomasse ciência e firmasse parecer por exigência do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital. Em seguida, no dia 29 de setembro de 1999, encaminhei o projeto a esse comitê, o qual foi apresentado em reunião do dia 26 de outubro e aprovado em 23 de novembro do mesmo ano (Anexo II). O Comitê segue as questões éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, que define as normas para pesquisa envolvendo seres humanos.

Conversei com a chefia médica do serviço (unidade cirúrgica) e fiz esclarecimentos sobre o estudo. Na ocasião agendei a apresentação do projeto à equipe médica durante reunião conjunta com as enfermeiras da unidade.

Para estabelecer um “clima” no qual o sentimento de confiança pudesse ser desenvolvido e aflorado, segui uma incursão introdutória planejada. Minha entrada no campo foi agendada com a enfermeira administrativa.

Minhas intenções quanto ao estudo foram esclarecidas à Diretora Geral de Enfermagem do hospital e apresentadas à equipe de enfermagem após agendar com a enfermeira administrativa da clínica uma reunião específica para tal. Compareceram funcionários auxiliares de enfermagem, técnicos e enfermeiras do turno da manhã e da tarde.

A ênfase do primeiro contato no campo entre mim e os atores desse cenário foi fundamental para que todos pudessem se sentir à vontade na interação interpessoal e estabelecer uma base de confiança. Considerei a confiança como um sentimento essencial no relacionamento entre todos os atores. Assim, procurei estimular esse sentimento desde o primeiro momento. Hofling et al. (1970) definem confiança como um sentimento que temos a respeito da lealdade de outra pessoa e que faz com que o indivíduo se sinta seguro nessa companhia.

A etapa da entrada em campo foi efetuada pela observação participante moderada segundo Spradley (1980), com o mínimo de envolvimento com os atores do cenário. Nesse período desenvolvi observações gerais, atentando para cenas como: o cenário, com as características físicas da unidade; acompanhamento das atividades profissionais; interação a grupos nas visitas aos doentes; observação de reuniões e

aulas dos professores médicos e enfermeiras. Procurei inserir-me nas conversas de grupo nos corredores, no posto de enfermagem, na recepção, na sala dos professores. Observei os doentes com atenção em seus comportamentos de cuidados, orientada em Spradley (1979), para o que eles fazem e o que eles sabem (observando suas conversas com outras pessoas) e as coisas que constroem e usam para esse cuidado. À medida que fui solicitada pelos colegas e doentes do cenário, iniciei com a participação ativa e posteriormente completa.

Tentei sempre fazer prevalecer os critérios de respeito à dignidade, à proteção aos direitos e ao bem-estar dos atores do cenário. Quando no cenário atuavam pessoas que não haviam participado das apresentações das intenções do estudo e eu realizava observações e anotações, à medida do possível esclarecia as pessoas e pedia seu consentimento para tais observações. Aos atores do cenário deixava explícito que a qualquer momento poderiam ler as anotações feitas por mim no diário de campo.

A participação completa foi iniciada quando percebi que havia “clima” para meu envolvimento nas atividades da unidade. Foi crescente e iniciou-se pela solicitação da equipe quando a clínica estava muito agitada e lotada. Aconteceram um óbito e uma parada cardíaca após algumas horas, no mesmo período da manhã. O processo de observação foi longo mas crescente para a observação com participação, pois percebia que era vista como a “professora”. Demonstravam receio em pedir que realizasse alguma atividade, entretanto os pedidos de como fazer, questionamentos a respeito de medicamentos similares e reclamações sobre o andamento da clínica eram freqüentes em relação à enfermagem. Sempre fui convidada a participar dos lanches com a equipe de enfermagem. Os doentes sempre pediam pequenos auxílios. como

alcançar materiais, ajudar a sair do leito, verificar soluções que estavam sendo infundidas via endovenosa. Também ouvia reclamações, entre outras coisas.

Durante a participação completa utilizei o cuidado técnico como instrumento fundamental para descontrair e despertar o sentimento de confiança. O cuidado técnico foi para mim considerado a ferramenta essencial para desencadear o processo de interação com os atores do cenário. Na tentativa de que essa ferramenta não se tornasse frágil e impraticável, associei dois elementos: a competência técnico-científica e a competência sócio-afetiva. A competência técnico-científica transportou os elementos necessários para desenvolver e instrumentalizar a atividade técnica do fazer/cuidar, como destreza manual, postura, início-sequência-fim, criatividade e conhecimento científico. Os elementos que considerei de competência sócio-afetiva são os comportamentos de respeito, alegria, atenção e carinho para com todos os atores da clínica cirúrgica.

Para que haja comunicação eficiente, segundo Argyle & Trower (1981), as aparências precisam significar alguma coisa. A expressão facial alegre exerce grande efeito no processo de comunicação. Conforme 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.

O carinho foi expresso por um comportamento tátil ou um simples sorriso, ou até mesmo por uma expressão facial triste, ao compartilhar sofrimentos, na tentativa de demonstrar respeito e atenção por aquele momento vivido pelos atores.

### 3.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

Toda pesquisa social é uma forma de observação participante, pois não podemos estudar o mundo social sem ser parte dele (Hammersley & Atkinson, 1983). A partir desse ponto de vista, a observação participante não é uma técnica de pesquisa particular, mas um modo de ser-no-mundo característico de pesquisadores.

A observação participante (OP) foi iniciada e perpassou todo o processo com a seguinte questão: **O que acontece com os doentes adultos e idosos submetidos a intervenção cirúrgica durante a trajetória da hospitalização?**

Durante a observação participante segui parcialmente o esquema de Spradley (1980), que sugere um período de preparação (período pré-observação, dedicado a alicerçar previamente a observação participante) e depois aconselha que se realizem observações gerais por meio de um *grand tour* pelo cenário do estudo, com o objetivo de descrever as principais características do cenário. Nesse período realizei participação moderada alicerçada no autor referido acima, mantendo as notas de campo cuidadosas e fazendo descrições depois de retornar da observação de campo. À medida que crescia o conhecimento das coisas observadas fui deixando as observações gerais e desenvolvi observações mais focalizadas com participação completa.

Durante o *grand tour* desenvolvi observações gerais, busquei conhecer o conjunto do cenário, principalmente as características físicas deste. Procurei identificar as pessoas que atuam e transitam na clínica: quem são, o que fazem e o que dizem. Essas observações me levaram a formular questões. Após análises etnográficas verifiquei que muitos eventos ocorriam na unidade. Assim, focalizei meu estudo na

trajetória do doente desde a pré-internação até a alta hospitalar e fiz observações mais focalizadas nos vários eventos concomitantes a essa trajetória. A cada cena observada desses eventos formulava questões para os próximos.

Conforme Spradley (1980), comecei fazendo questões descritivas para que pudesse expandir as explicações dos participantes permitindo o conhecimento do modo como as pessoas vêem as situações. Das questões descritivas partia para as estruturais com o objetivo de compreender como as pessoas organizam aquilo que sabem. Essas questões ajudavam a ampliar os dados descritivos e permitiam o conhecimento da organização sistemática da cultura estudada.

Ao tratar de compreender o sistema de significados, percebia que os símbolos estavam relacionados entre si no que são semelhantes ou no que são diferentes. As questões contrastes me auxiliaram a comparar e apresentar as diferenças.

### 3.5 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Mesmo antes dos questionamentos aos atores do cenário estive registrando as observações, impressões e decisões. Prestei atenção especial a todos os eventos que ocorriam durante a trajetória com o propósito de interpretar o que se passava com os doentes adultos/idosos. O registro etnográfico durante as observações das cenas dos eventos foi realizado em notas no diário de campo, denominadas por Schatzman (1973) notas de observação (NO), notas teóricas (NT) e notas metodológicas (NM), às quais acrescentei as notas de questionamentos (NQ). As notas de observação são sentenças relacionadas a eventos experienciados principalmente pela observação e audição. Elas contêm um mínimo de interpretação possível. A nota teórica representa

consciência própria, tentativa para extrair significado de uma nota de observação. Uma nota metodológica consiste principalmente de lembranças e instruções para o próprio pesquisador e reflete um ato operacional. As notas de questionamentos foram criadas por mim durante a observação participante, pois não realizei entrevistas intensivas como o proposto por Spradley; fiz questionamentos aos atores/informantes e estes foram registrados sobre a forma de notas de questionamentos. Todas as notas foram escritas num caderno (diário). Posteriormente, a cada incursão no campo do estudo as notas do diário foram elaboradas sob a forma de descrição e digitadas no canto esquerdo da página.

No tempo de observações gerais no *grand tour* utilizei um caderno de capa dura, no qual fazia uma descrição direta do observado. Após as observações, digitava as descrições somente no canto esquerdo da página. Registrei primeiramente dados característicos da planta física, materiais permanentes e de consumo da Clínica Cirúrgica e da Central de Internação. Os dados referentes aos recursos humanos do cenário foram registrados da mesma forma descritiva e imediatamente à observação durante um mesmo *tour* que se repetiu.

Solicitei freqüentemente documentos aos atores do cenário, os quais reproduzia e guardava numa pasta que organizei para tal. Esses documentos ajudaram-me a realizar as descrições dos dados com maior precisão e, posteriormente, facilitaram-me as interpretações.

Não usei o gravador, pois em experiências anteriores com o aparelho pude perceber que este inibiu alguns respondentes. Em algumas situações senti necessidade de usar a fotografia para evidenciar melhor as situações referentes à trajetória dos



doentes e, principalmente, os eventos que se sucedem. Mesmo obtendo permissão dos envolvidos, meus sentimentos de respeito, atenção e carinho atuaram como barreiras impedindo a ação quando se tratava de um doente.

### 3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações foram analisadas concomitantemente à coleta de informações, conforme Spradley (1980).

Inicialmente procedia a uma leitura cuidadosa das descrições, elaboradas a partir dos registros de campo, na procura de domínios culturais. Assinalava-os e, a seguir, agrupava-os às correspondentes relações semânticas. Segundo Spradley (1980), domínio cultural refere-se a uma categoria de significado cultural que inclui outras categorias menores, as mesmas que essencialmente são únicas, porém pertencem a um tipo comum de categoria cultural. Uma categoria cultural é uma unidade básica de significado, ou seja, algum tipo de situação ou evento particular de uma cultura, que contém categorias menores equivalentes. Conforme Spradley (1980), a estrutura dos domínios é constituída de três elementos básicos: Termo coberto, que consta do domínio cultural; Termo incluído, que são as categorias menores; e Relação semântica, que consiste na ligação entre os termos incluídos e o domínio cultural.

Apresento, abaixo, um exemplo da estrutura de um dos domínios encontrados no estudo:

<b>Termo incluído</b>	<b>Relação semântica</b>	<b>Termo coberto</b>
Sentir dor		
Enfrentar longa espera		
Necessitar de internação		
Sentir medo	é um tipo de	sofrimento
Sentir-se humilhado		
Sentir fome		
Sentir-se desrespeitado		
Ficar ansioso		

Em seguida, agrupava as diferentes relações semânticas para o mesmo termo coberto, deste modo:

<b>Relação semântica</b>	<b>Termo coberto</b>
é um tipo de	
é uma característica de	sofrimento
é uma causa de	
é um modo de	

Nesse trabalho foram identificados muitos domínios culturais. Entretanto, analisei apenas os mais significativos para o estudo, em número de sete. Nessa etapa das análises abandonei parcialmente a metodologia de Spradley, que preconiza prosseguir com a análise taxonômica e componencial. O próprio Spradley (1980), contudo, aponta que algumas taxonomias têm só dois níveis e nesse caso há pouca diferença entre um domínio e uma taxonomia, tornando-se mais interessante partir das análises dos domínios a uma síntese de pensamento que permita a configuração,

análise e interpretação dos dados, o que por sua vez possibilita estabelecer, por parte do pesquisador, as recomendações cabíveis.

Uma vez que o estudo se define como etnografia de uma trajetória, segui a análise dos domínios concomitantemente a esta trajetória. Durante o estudo realizei observações focalizadas nos eventos. A questão norteadora do estudo, contudo, tem percurso amplo, não se tratando de uma etnografia focalizada. Senti dificuldade em secionar e, portanto, concentrei a análise nos domínios. A partir destes construí uma trajetória da internação hospitalar representada pelo personagem denominado Silva. Esta construção da narrativa foi baseada em Moody (1976), que fez um estudo sobre a morte intitulado *Vida depois da morte*. O autor desenvolveu uma narrativa com base em várias entrevistas, utilizando o que havia de comum entre todos os entrevistados. Dessa forma, construí a narrativa da trajetória incluindo os eventos comuns a todas as trajetórias observadas. Os domínios foram incluídos e interpretados durante a discussão dessa trajetória.

### 3.7 A ANÁLISE TEMÁTICA

Para a análise temática recorri novamente às orientações de Spradley. Esta análise é a descoberta dos temas. Conforme Spradley (1979), temas culturais são princípios recorrentes que conectam alguns domínios, oferecendo uma visão holística da cena cultural, e comumente tomam a forma de uma asserção. Os temas são grandes unidades de pensamento, consistem em um número de símbolos interligados dentro de relações de significados.

Fiz a descoberta dos temas mediante o processo de imersão, que, segundo Spradley (1979), consiste no engajamento profundo do pesquisador na cultura, expandindo e testando as anotações etnográficas. Realizei um intenso contato com os dados e subsequente verificação com os informantes. Portanto, a partir do decorrer das análises cheguei a estabelecer as relações que se processaram entre os domínios, tentando formar um conjunto que representa o pensamento dos atores/informantes acerca dos conceitos que permeiam a trajetória da internação. Os temas surgidos foram dois: *A hélice que move a unidade cirúrgica apesar do sofrimento e, ainda, O sustentáculo da Unidade.*

### 3.8 O RIGOR DO ESTUDO E OS CUIDADOS ÉTICOS

A natureza das abordagens qualitativas exige que o pesquisador demonstre preocupação com o rigor com que pretende conduzir a investigação. Lincoln & Guba apud Mazzotti & Gewandsznajder (1999) sugerem os seguintes critérios: credibilidade, transferibilidade, consistência e confirmabilidade.

A credibilidade se mostra quando os participantes reconhecem, nas descobertas de pesquisas relatadas, as suas próprias experiências. Para atender a esse critério apresentei a cada participante do estudo as descrições das informações levantadas e pedia que verificassem se as mesmas correspondiam ao que cada um tinha expressado.

Para atender ao critério de credibilidade, desenvolvi observações intensas e repetitivas. Durante os questionamentos, algumas vezes repeti questões aos participantes. Minha permanência em campo (23 de novembro de 1999 a janeiro de

2001) foi prolongada, alternada com períodos mais intensos, outros menos, numa dependência direta das análises dos dados obtidos e das questões que emergiam.

Durante os eventos procurei captar o que se passava com os participantes. Para que as minhas interpretações fizessem sentido àqueles que forneciam os dados, realizei, ao longo de todo o estudo, verificações por meio de questionamentos aos participantes.

Realizava leitura das minhas descrições à enfermeira administrativa - referentes aos dados obtidos da equipe de enfermagem -, que passou a ser leitora de todos os dados coletados na unidade cirúrgica.

Os critérios de transferibilidade são a possibilidade de aplicação dos resultados a um outro contexto. É importante destacar que, por ser o presente estudo uma etnografia de uma trajetória, não se considera que seus resultados possam ser construções universais, que possam se estender a outros cenários culturais, mas acredito que venha a ser um gerador de questões para outros estudos.

Consistência é apresentada por Lincoln & Guba apud Mazzotti & Gewandsznajder (1999) como alternativa ao conceito de fidedignidade, empregado na pesquisa tradicional, referente, portanto, à precisão de instrumentos de medida. Os autores admitem que o instrumento humano, no caso da etnografia o pesquisador, funciona como o próprio instrumento, e também pode ser inconsistente, por várias razões, como cansaço ou mesmo desatenção. Para o estudo, tive sempre presente a importância de descrever minuciosamente os passos relacionados com o trabalho de campo e com a análise das informações. Revia constantemente as observações, as

informações e as análises. Quando o cansaço chegava, procurava fazer leitura de outros passos de interesse para o estudo.

O critério de confirmabilidade, por sua vez, é proposto, segundo os autores, como alternativa ao conceito de objetividade. É a distinção entre confirmabilidade e consistência; parece se dever mais ao desejo de estabelecer correspondência com a pesquisa tradicional do que a uma necessidade conceitual ou prática. As técnicas propostas para estimar a primeira também estimam a segunda. Uma das técnicas que os autores mencionam é a chamada “auditoria”. Um pesquisador com experiência na área avalia o processo e o produto da pesquisa, como a adequação dos procedimentos de coleta e análise dos dados, desde os dados brutos, passando pelas categorizações iniciais, identificações de temas, interpretações e chegando às conclusões.

A auditoria neste estudo foi realizada em parte pela Banca Examinadora, durante a Qualificação de Tese de Doutorado, e o acompanhamento do processo até o produto final pela orientadora desta tese.

Quando descrevi os itens anteriores neste capítulo da metodologia perpassei e esclareci alguns elementos éticos importantes. Entretanto, por considerá-los de suma importância para a realização do estudo, explicito-os a seguir, em breves detalhes.

Durante o estudo persegui os critérios de respeito á dignidade do ser humano, á proteção, aos direitos e a seu bem-estar, fundamentada na Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Para preservar os direitos dos atores que participaram do estudo, como também da instituição onde foi realizado, tomei as seguintes medidas: a Direção Geral do hospital foi comunicada e esclarecida quanto à viabilidade do estudo e do

compromisso de manter o anonimato da instituição. A direção de enfermagem foi comunicada e esclarecida quanto às intenções do estudo, e entreguei uma cópia do projeto de pesquisa.

Os atores que fizeram parte do estudo a partir das observações e questionamentos foram consultados e esclarecidos. Foi garantido o direito de desistirem da participação, de manter sigilo das informações prestadas, assim como do completo anonimato.

Encaminhei o projeto de pesquisa à Comissão de Ética em Pesquisa em seres humanos do hospital no dia 23 de setembro de 1999 e obtive como resposta a exigência de que explicitasse a metodologia do estudo. Elaborei com detalhes os passos metodológicos e obtive aprovação do desenvolvimento do projeto no dia 23 de novembro de 1999. Os resultados do estudo serão comunicados em reunião, para a qual convidarei os atores do cenário em questão.

Durante a observação participante, em minhas reflexões e atitudes, empreguei como alicerce a Carta Brasileira dos Direitos do Paciente e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

### 3.9 FACILIDADES E DIFICULDADES

Enquanto estive ausente deste campo, a clínica cirúrgica passou por uma reestruturação referente aos recursos humanos, da equipe de enfermagem, médica e chefias correspondentes. Conseqüentemente, ocorreram mudanças na maneira de gerenciar algumas questões relativas à administração e à assistência da unidade. Entretanto, isto ajudou-me, a cada incursão que realizava em campo, a ter cada vez

mais consciência de que o conhecimento que havia adquirido anteriormente, durante os períodos de estágio com os alunos de graduação em enfermagem, poderia ser frágil e não expressar a verdadeira realidade do contexto da unidade. Assim, essas mudanças foram proveitosas no sentido de que colaboraram, a cada dia, induzindo-me a detalhar com maior rigor as cenas observadas.

As técnicas de coleta de dados foram revisadas, re-estudadas e re-planejadas durante a pesquisa etnográfica e isto propiciou um entendimento maior dos “perigos” que, como investigadora, enfrentaria ao desenvolver um estudo etnográfico num campo conhecido. Durante a leitura das minhas descrições densas realizadas pela enfermeira administrativa, acredito que amenizei esses “perigos”, pois trata-se de uma funcionária correntemente envolvida nas cenas culturais. Por aplicar seus conhecimentos na solução de problemas diários da clínica e usá-los para guiar as suas ações, foram significativas as suas críticas e sugestões.

A metodologia de Spradley, as técnicas de entrada no campo e os passos sugeridos durante a observação não participante conduziram-me arduamente a um pensar estruturado e, a cada passo, alertavam-me para a importância de um “olhar etnográfico”, diferente daquele olhar de professora supervisora de estágios. Esse “olhar etnográfico” e os passos sugeridos por Spradley capacitavam-me, a cada incursão, para novas descobertas.

Quando desenvolvia as observações não participantes sentia-me “marinheiro de primeira viagem”. A princípio não soube entender e conseqüentemente assimilar as técnicas orientadas por Spradley e fui levada, por várias vezes, a relê-las e estudá-las com afinco.



Minha insuficiente formação em Antropologia tornava as estratégias de Spradley instrumentos pouco confiáveis e aplicáveis. Procurei ajuda na obra de Clifford Geertz (1989; 1997), que me impulsionou a dar continuidade, mas avançar timidamente em termos de pesquisa etnográfica.

Segundo Geertz (1997), não há uma teoria geral delimitando previamente o campo, o objeto e a abordagem, e cada análise cultural séria começa com um desvio inicial e termina onde consegue chegar antes de exaurir seu impulso intelectual. Para Geertz, quando o investigador abandona as explicações calcadas em grandes contextos de causa e efeito e opta por analisar os fenômenos sociais no interior de quadros locais de consciência, isto é, busca interpretar as próprias interpretações que os agentes constroem de suas práticas, o caminho torna-se necessariamente tortuoso.

Quando iniciei a observação participante um pouco mais sabedora dos “caminhos tortuosos”, os questionamentos etnográficos tornaram-se mais freqüentes e comecei um progresso significativo nas interpretações. Contudo, as etnografias não focalizadas de cenários amplos, no caso da clínica cirúrgica, necessitam de uma questão norteadora focalizada para que torne as observações seletivas e as análises dos dados coletados praticáveis, caso contrário as informações que emergem se excedem em dados, ficando muito extensas, e as análises taxonômicas tornam-se quase impraticáveis, segundo metodologia de Spradley, para um iniciante em etnografia. Quando optei por percorrer a trajetória da internação objetivando interpretar o que se passa com o doente, as questões foram mais focalizadas e as dificuldades de análise minimizadas.

A tese para concurso de professor titular de Sociologia das Organizações do Prof. José Miguel Rasia (1996): *Hospital - socialidade e sofrimento, um estudo sobre o hospital enquanto organização social*, foi de grande valia, pois auxiliou-me a reconstruir, do ponto de vista etnográfico, a trajetória da internação dos doentes adultos e idosos.

Ao interpretar o que se passa com os doentes na trajetória da internação, o caminho tornou-se necessariamente tortuoso, pois penetrei num mundo complexo das significações que aflorou dessa etapa de vida dos doentes, um diagnóstico de campo. Quem sabe esse estudo possa ser emprestado a outros saberes, já que, segundo Geertz (1997, p. 27) "(...) os saberes disfarçam-se uns nos outros".

## 4 CENÁRIO CULTURAL

No mundo todo a Antropologia já estudou tribos, costumes exóticos, representações simbólicas, tradições populares e os cultos mais complexos. Mas o hospital, com seu ensino, suas práticas, seus rituais, suas técnicas, sua administração e produção científica pouquíssimas vezes foi estudado.

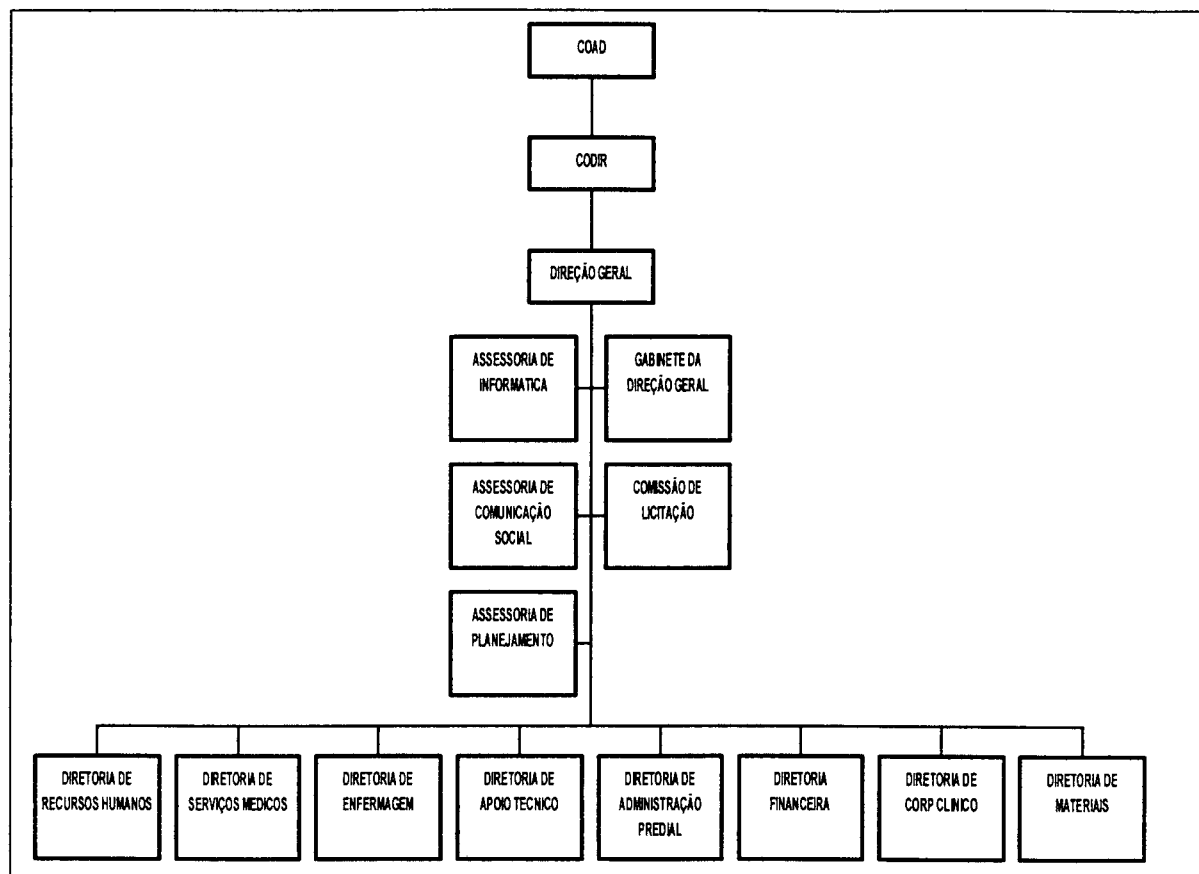
A grande diferença entre a etnografia clássica e a etnografia deste estudo reside no fato de que o campo da primeira confunde-se com um território, enquanto o da segunda toma a forma de um serviço pertencente a uma instituição hospitalar, que, por sua vez, compõe uma rede de serviços. As malhas dessa rede são os vários serviços, departamentos, unidades ambulatoriais e unidades de internação. Formam um conjunto de meios de comunicação e de informação; um conjunto de indivíduos, de atendimentos, de transportes, de estruturas que se difundem em áreas mais ou menos consideráveis.

O hospital no qual se localiza o cenário do estudo é uma instituição hospitalar de ensino governamental de grande porte, tem capacidade de 654 leitos distribuídos em 28 serviços de internação e destina-se essencialmente a atender doentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como finalidade precípua promover ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e apresenta a seguinte estrutura hierárquico-funcional: Conselho de Administração, Conselho Diretivo e Direção Geral, conforme o Organograma 1.

O cenário principal da investigação localiza-se no 8º. andar do edifício central do hospital. O serviço mais fortemente enraizado em seu paradigma é a unidade

cirúrgica, denominada pelo organograma do hospital de Clínica de Cirurgia Geral. É unidade de internação para doentes adultos e idosos do sexo feminino e masculino com indicação cirúrgica e/ou que já tenham se submetido à cirurgia.

ORGANOGRAMA 1



A Clínica é conduzida por um professor considerado chefe do serviço de cirurgia geral. É sede da coordenação da disciplina Cirurgia Geral, do curso de Medicina, e apresenta estrutura de recursos humanos e físicos para tal. A unidade serve para campo de estágio aos alunos de graduação que a freqüentam (doutorandos) e aos de pós-graduação e residência médica.

Os residentes permanecem de dois a quatro anos na unidade, intercalados com rodízios na unidade de terapia intensiva (UTI), na unidade de cirurgia urológica do

hospital no serviço de traumatologia de um hospital da cidade de Curitiba. Por meio de convênio, a clínica de cirurgia geral recebe ainda dois residentes de um outro hospital. Anualmente tem um total fixo de doze residentes. Os médicos e residentes estão fortemente ligados ao ensino. A maioria dos médicos do serviço participa assiduamente das atividades dos professores da disciplina de cirurgia geral, mesmo não sendo docentes. Aparentemente não se distingue o professor médico e o médico do serviço de clínica cirúrgica.

A clínica oportuniza campo de estágio também para alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e/ou da Pontifícia Universidade Católica (PUC), de graduação em Nutrição, Psicologia e de cursos técnicos e auxiliares de Enfermagem. Entretanto, os professores desses cursos e, principalmente, os professores do curso de graduação em Enfermagem não têm freqüência contínua nesse campo, permanecendo o tempo em que dura o estágio curricular do aluno.

Os docentes de enfermagem em sua maioria utilizam os serviços desse hospital apenas como campo de estágio para disciplinas pelas quais são responsáveis, sem vínculo ou compromisso de uma integração hospital-escola, portanto. Não há integração prática-ensino com enfermeiras da unidade e professoras-enfermeiras, como a relação existente na medicina. Os professores que compõem o Departamento do curso de Enfermagem que freqüentam o hospital e, especificamente, a unidade de clínica cirúrgica para estágios curriculares, estão sediados fora do âmbito hospitalar, enquanto a maioria dos departamentos do curso de Medicina tem sede no hospital.

A unidade de clínica cirúrgica reúne vários profissionais, como: sete professores médicos; nove médicos; algumas professoras-enfermeiras de cursos universitários e de primeiro e segundo graus com permanência limitada; três enfermeiras assistenciais (duas no turno da manhã e uma no turno da tarde); uma administrativa (no turno da manhã e da tarde), que administra a unidade de cirurgia geral e neurocirurgia, no mesmo andar; uma coordenadora de Enfermagem Cirúrgica; quatro técnicos e quinze auxiliares de enfermagem distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite.

Aos sábados permanece apenas uma enfermeira assistencial, que assume as atividades das demais enfermeiras. Nos domingos, com frequência a enfermeira assistencial da clínica de neurocirurgia fica responsável pelas atividades administrativas e assistenciais das duas unidades. Na ausência desta, assume também essa responsabilidade a enfermeira supervisora, ligada diretamente à direção geral de enfermagem.

Segundo o regimento do hospital, a diretoria de enfermagem é um órgão executivo, subordinado à Direção Geral do Hospital. A estrutura organizacional da enfermagem no hospital compreende a Direção de Enfermagem, com cinco grandes divisões: Coordenação de Enfermagem Clínica, Coordenação de Enfermagem Cirúrgica, Coordenação de Enfermagem Área Crítica, Coordenação de Enfermagem Materno-Infantil e Coordenação de Enfermagem Ambulatorial.

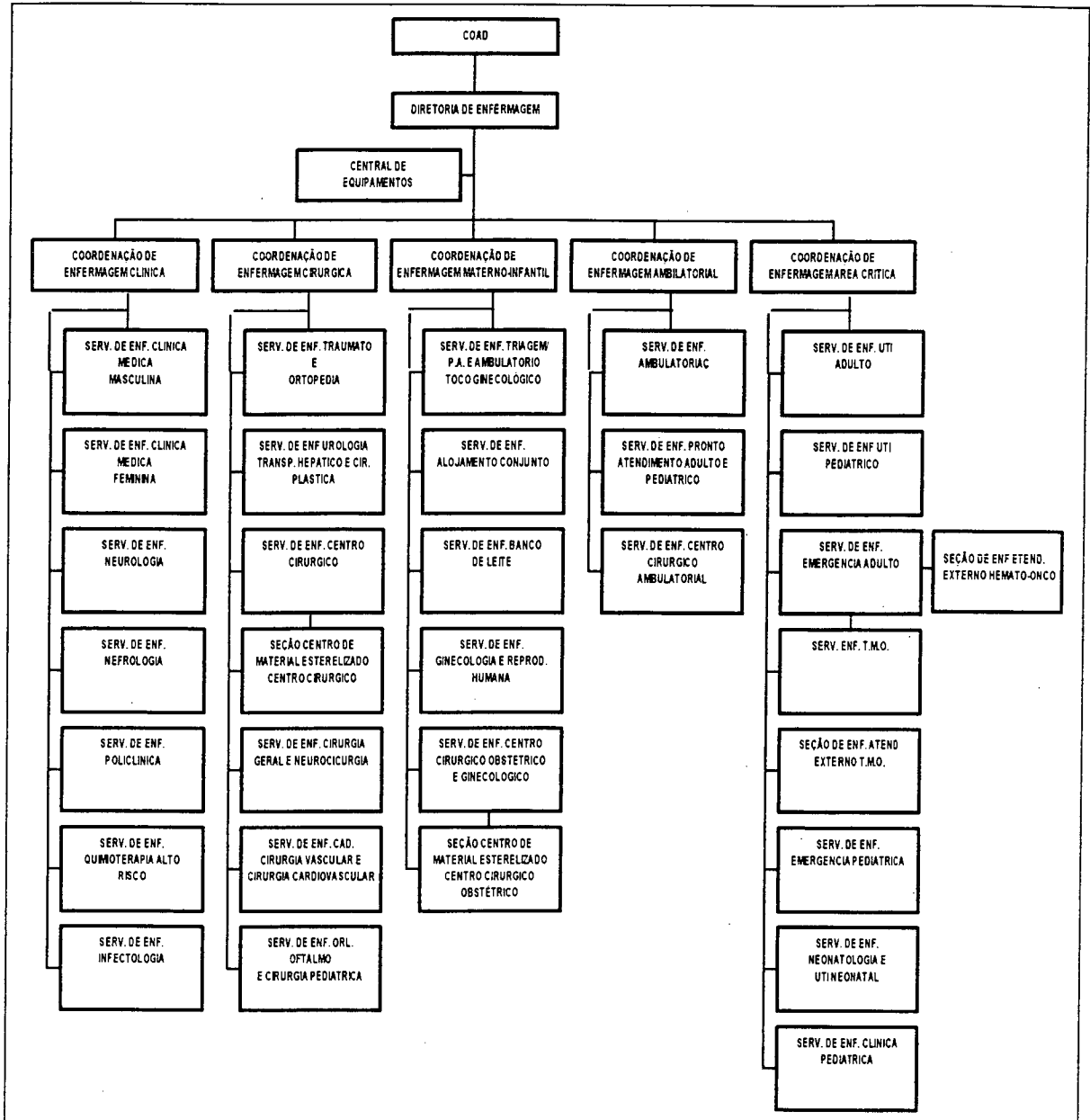
A Coordenação de Enfermagem Cirúrgica consta dos serviços de enfermagem de centro cirúrgico, da seção de centro de material esterilizado; do serviço de enfermagem de cirurgia geral (CG) e neurocirurgia (NEUROC), da equipe de

enfermagem CG/NEUROC; do serviço de enfermagem da clínica do aparelho digestivo (CAD) e equipe de enfermagem da CAD; do serviço de enfermagem de cirurgia torácica e cardiovascular (CTCV) e cirurgia vascular (CV), da equipe de enfermagem da CTCV e da CV; do serviço de enfermagem de otorrinolaringologia (ORL), oftalmologia (OFT) e cirurgia pediátrica (CP), da equipe de enfermagem ORL/OFT/CP; do serviço de enfermagem de urologia (URO), da equipe de enfermagem da URO; do transplante hepático (TRANSP. HEP.) e cirurgia plástica (CPLAS), da equipe de enfermagem do TRANSP. HEP./CPLAS; do serviço de enfermagem de traumatologia (TRAUM) e ortopedia (ORTO), e da equipe de enfermagem de TRAUM/ORTO, conforme o Organograma 2.

Muitas são as atribuições da equipe de enfermagem na unidade de clínica cirúrgica, as quais extrapolam da quantidade de procedimentos quando comparadas às descritas no Regulamento da Direção de Enfermagem (RDE). Apresento resumidamente as atribuições/atividades de cada categoria conforme o RDE e acrescento as mais significativas que tenho observado.

O auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de Enfermagem: prepara pacientes para exames e cirurgia e observa, reconhece e descreve sinais e sintomas (em nível de sua qualificação). Ainda, executa tratamentos específicos prescritos pelos profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas, tais como administrar medicamentos via oral e parenteral; realizar controle hídrico; fazer curativos de rotina; aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio; efetuar controle de pacientes e comunicantes em doenças infecciosas/transmissíveis; realizar teste e proceder à sua

## ORGANOGRAMA 2



leitura, para subsídios de diagnóstico; colher material para exames laboratoriais; prestar cuidados pré e pós-operatórios; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; participar de atividades de educação em saúde; executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes; participar dos procedimentos pós-morte.



Dentre essas atribuições há as que dão origem a outras e que não constam do regulamento, mas que tenho observado com frequência na clínica, trazendo como consequência a sobrecarga de atividade na equipe. A busca de material de consumo em outros centros ou serviços é um dos tantos exemplos que geram cansaço e, muitas vezes, atraso nas atividades dos auxiliares de enfermagem.

Algumas atribuições importantes do auxiliar de Enfermagem não estão mencionadas no Regulamento, dentre elas a passagem de plantão, realizada por uma auxiliar de enfermagem, que repassa as informações do turno trabalhado aos colegas do turno seguinte, supervisionada pela enfermeira assistencial.

As atribuições das enfermeiras assistenciais da unidade de cirurgia geral são cumprir e fazer cumprir o Regimento do Hospital, o RDE, as Ordens de Serviço, Portarias, Circulares e todas as determinações emanadas da Administração.

Segundo o RDE, as decisões das enfermeiras assistenciais devem ser submetidas à enfermeira administrativa (considerada enfermeira chefe do serviço) em todos os seus níveis. Durante minhas observações e questionamentos, pude perceber que as enfermeiras assistenciais têm completa autonomia nas questões relacionadas à assistência ao paciente. No período da manhã, quando há presença de duas enfermeiras assistenciais, estas fazem divisão do trabalho. Uma delas fica com a responsabilidade do atendimento direto aos pacientes nas enfermarias e a outra com as atividades referentes ao posto de enfermagem.

As atribuições descritas no RDE para a enfermeira assistencial são muitas e amplas, e dizem respeito a um conjunto de funções assistenciais e administrativas. Entre tantas, cito sucintamente o corpo principal: orientar os funcionários da equipe de

enfermagem quanto aos direitos e deveres, mantendo intercâmbio entre a equipe de enfermagem e a enfermeira administrativa e promovendo a integração entre a equipe. Deve também controlar o comparecimento dos funcionários técnicos e auxiliares de enfermagem e providenciar funcionário de enfermagem para cobrir escala de trabalho. É de sua responsabilidade, ainda, construir a escala de atividades da equipe de enfermagem.

A enfermeira assistencial tem como obrigação desenvolver treinamento em serviço, orientar e avaliar as anotações de enfermagem, dirigir e orientar a passagem de plantão diária do serviço. Tem também a responsabilidade de executar ações de enfermagem de maior complexidade, apresentar os problemas e propor medidas de resolução à enfermeira administrativa. No regulamento da direção de enfermagem aparecem muitas atribuições referentes à previsão, requisição, devolução dos diversos medicamentos e também a consertos e pareceres técnicos de materiais necessários à assistência dos pacientes.

Cabe às enfermeiras assistenciais avaliar e autorizar a liberação de leitos para internação ou transferências de pacientes e prestar orientação aos pacientes, familiares e visitantes pela ocasião do internamento, alta ou óbito do paciente. Tem como obrigação, ainda, representar a enfermeira administrativa da unidade.

As atribuições das enfermeiras assistenciais não se esgotam nessa breve descrição. A realidade do fazer dessas enfermeiras será melhor percebida no decorrer deste estudo.

A enfermeira administrativa, segundo o regulamento da Direção de Enfermagem, tem atribuições de cunho administrativo e assistencial muito

semelhantes às das enfermeiras assistenciais, embora prevaleçam as primeiras. Em minhas observações notei que são mais acentuadas as atividades de cunho administrativo, e a enfermeira administrativa tem como local de trabalho a recepção da clínica cirúrgica, onde as atividades apresentam características administrativas.

Segundo as normas do Regulamento da Direção de Enfermagem, a enfermeira administrativa deve fazer cumprir o Regimento do hospital, as ordens de serviço e circulares advindas da administração central e submeter à Coordenação de Enfermagem Cirúrgica as decisões em todos os seus níveis; despachar semanalmente com a coordenadora da área cirúrgica, apresentando os problemas e soluções relacionados ao serviço, e manter participação ativa na elaboração de projetos e/ou rotinas da Direção de Enfermagem.

A enfermeira administrativa deverá manter intercâmbio entre a coordenadora de enfermagem cirúrgica e a equipe de enfermagem do serviço e estimular o aprimoramento técnico e científico da equipe promovendo reuniões periódicas.

São suas atribuições manter a disciplina e preencher comunicação de ocorrência de ponto da equipe de enfermagem, autorizar a liberação de funcionários em horários diferentes do previsto em escala e remanejar pessoal dentro do serviço. Deve ter atuação junto à coordenação de enfermagem cirúrgica no processo de contratações e demissões, mantendo atualizado o controle de vagas.

A enfermeira administrativa avalia a qualidade da assistência de enfermagem, mas também executa ações de enfermagem de maior complexidade quando necessário. Nessa avaliação mantém ainda o controle de materiais provenientes do centro de material esterilizado, solicitando consertos de redes, materiais, equipamentos e áreas

físicas do serviço. Controla e encaminha a previsão de consumo das diversas medicações e materiais necessários ao funcionamento do serviço. Presta, assim como a enfermeira assistencial, orientação a pacientes, familiares e visitantes por ocasião da internação, alta ou óbito de paciente. Autoriza também o acesso das visitas e acompanhantes fora do horário preestabelecido.

Cabe à enfermeira administrativa representar a Direção de Enfermagem ou a coordenação de Enfermagem Cirúrgica quando solicitada. Consta ainda, no regulamento, que ela deve desempenhar as funções de enfermeira em todos os seus níveis. Contudo, extrapola freqüentemente o desempenho de enfermeira quando, entre tantas outras coisas, dá orientações, aos alunos de medicina e enfermagem que realizam estágios, sobre o serviço e assistência aos doentes.

Também fazem parte da equipe profissional da clínica de cirurgia geral uma nutricionista, uma fisioterapeuta, um psicólogo, um assistente social (que permanece no serviço de assistência social, no 2º. andar do hospital), uma secretária (da disciplina), duas secretárias do serviço de unidade de internação (SUI); um padre de confissão católica; uma capelã de confissão batista, um pastor de confissão luterana e agentes da pastoral dessas igrejas. Encontram-se ainda os seguintes funcionários, auxiliares dos serviços gerais: sanetizadora, zeladora, copeira, voluntário, laboratorista, pessoal de manutenção dos equipamentos, a estrutura predial e de lavanderia.

A sanetizadora tem por funções trocar as soluções desinfetantes e esterilizantes, arrumar leitos, lavar frascos de vidro para a reciclagem, buscar roupas na lavanderia e lavar a geladeira de 14 em 14 dias.

A funcionária do serviço de zeladoria tem como responsabilidade a limpeza geral. A entrega da alimentação aos pacientes fica a cargo da copeira, assim como o recolhimento dos utensílios utilizados.

A pessoa voluntária permanece na sala do serviço de voluntariado do hospital e vem até a clínica quando é chamada para desenvolver as seguintes atividades: levar pacientes para se submeterem a exames; retornar dos exames com os pacientes que estão deambulando, em cadeira de rodas ou maca, dependendo da rotina estabelecida para o tipo de exame e das condições dos pacientes; levar material de exame para o laboratório (fora do horário estabelecido de coleta de material); e acompanhar doentes da central de internação até a clínica, quando necessário.

Os laboratoristas são funcionários do laboratório do hospital que colhem material (sangue) dos pacientes internados para realizar exames antes do café da manhã. Funcionário da lavanderia é quem traz a cota diária de roupas limpas para a clínica e retorna levando a roupa que contém sujidade.

O pessoal da manutenção dos equipamentos e de estrutura predial são funcionários que são chamados à clínica através de solicitação de consertos, por escrito, à Central de Manutenção de Equipamentos.

Na descrição do cenário debruço-me, a seguir, sobre os limites da configuração física desse contexto (Anexo III). Na ausência, contudo, de um estudo complementar sobre a rede da qual a clínica cirúrgica não passa de uma porção, essa gama de estrutura não é inteiramente descrita. Esse é um limite, penso eu, do meu estudo e de todos aqueles que permanecem em um local, sem percorrer a rede.

O acesso à clínica do 8º andar se faz por dois modos. O mais utilizado são os 5 grandes elevadores com capacidade para 12 pessoas, mas apenas um é dedicado a conduzir doentes em macas e cadeiras de rodas e também para transportar materiais da e para a clínica. O segundo acesso se dá por meio de uma escada bastante ampla que se inicia no primeiro andar do prédio central e segue até o décimo quinto andar desse mesmo prédio.

Ao adentrar ou sair de qualquer recinto, na clínica cirúrgica, mergulha-se em um dos três amplos corredores como se eles fossem a estrutura basilar desse contexto. Os limites dos corredores confere a esses uma configuração de T. No tronco desse localizam-se os doentes internados, sendo também o espaço onde se concentram os serviços e as atividades assistenciais. No braço direito do T encontram-se a secretaria da disciplina médica, a sala dos professores e dos médicos do serviço e ainda a sala do professor chefe do serviço. No braço esquerdo localiza-se a sala/quarto dos residentes; à sua frente há uma porta que está sempre trancada, o “cubículo”, utilizado como vestiário da equipe de enfermagem, onde colocam, em armários com chaves, suas roupas, bolsas e alguns pertences. A porta seguinte, no final do braço esquerdo, que permanece chaveada, é a sala de aula denominada Sala do Professor, onde as pessoas que não pertencem à área médica só devem entrar quando convidadas.

As entradas da clínica vão dar num *hall* localizado na junção dos braços e tronco do grande T, o qual dá acesso à clínica de cirurgia geral e clínica de neurocirurgia. No *hall* as pessoas assistem TV, conversam ou permanecem em silêncio enquanto aguardam para serem atendidas pelos médicos, geralmente alguns residentes. Nesse recinto, uma sala aberta separada apenas por um balcão é chamada de recepção

e é utilizada pelas duas clínicas (cirurgia geral e neurocirurgia). Incluída nessa sala encontra-se um pequeno recinto separado por divisórias e uma porta; é a saleta da enfermeira administrativa coordenadora das atividades administrativas, da equipe de enfermagem de ambas as clínicas. Pode-se visualizar ainda, no recinto da recepção, uma grande prateleira/escaninho com os prontuários dos doentes da Clínica de Cirurgia Geral em ordem numérica crescente de leito ocupado. Nessa sala estão instalados também os terminais de computador utilizados por ambas as clínicas.

A recepção é o local mais freqüentado da clínica pelos residentes, pela nutricionista, pela enfermeira administrativa e pelos estudantes de medicina. Explica-se isto pela necessidade de acesso aos terminais de computador, pelo local dos telefones interno e externo, pela presença da secretária administrativa, dos serviços de unidade de internação (SUI), que tem seu local de trabalho em uma mesa encostada no balcão da recepção e atende à parte burocrática dos internamentos e alta dos doentes, sendo responsável pela ficha financeira de cada doente. É uma exigência do Sistema Único de Saúde, visando ao controle detalhado dos gastos do doente. Os estudantes de medicina têm assiduidade no recinto, dado que lá estão instalados os escaninhos que guardam os prontuários dos doentes. Observa-se, também, que é um ponto de parada para discussões pertinentes ao doente e à administração do serviço, bem como para conversas triviais.

Na recepção encontra-se um armário chaveado contendo materiais de consumo e medicamentos de uso controlado, de custo elevado ou difíceis de ser encontrados no mercado, como alguns tipos de analgésicos, as bolsas de colostomia (que as enfermeiras conseguem com o “moço do laboratório”), fitas adesivas, luvas

estéreis e de procedimentos. Trata-se de um estoque extra, segundo a enfermeira administrativa. No final de semana a enfermagem não tem acesso ao armário, mas é deixada, com os funcionários, uma cota de uso prevista. Para uma das enfermeiras assistenciais, esse armário é considerado o “*armário do segredo*”.

Para que se possa chegar até a unidade de internação é preciso ultrapassar uma porta de vidro situada no início do amplo corredor, o tronco do T que separa a recepção e o *hall* da unidade de internação.

As primeiras portas do corredor após a porta de vidro dão entrada primeiramente às enfermarias maiores de seis leitos; nesse corredor encontra-se o total de enfermarias da clínica, que são oito, dotadas de vinte e sete leitos. À minha esquerda está a enfermaria de número 833, que interna doentes do sexo feminino, e em frente a esta a enfermaria 807, ocupada por doentes do sexo masculino.

Seguindo o corredor do tronco principal encontra-se, do lado esquerdo, a sala de curativos, que dificilmente é usada para essa finalidade, pois é uma sala onde basicamente guarda-se material de uso diário, como líquidos desinfetantes e de limpeza. Há uma mesa de exame, utilizada para preparar os doentes para as cirurgias, e algumas vezes os doentes não internados são examinados nessa mesa pelos médicos. Encontram-se, ali, um carrinho de emergência e outro com material de curativo.

Saindo dessa sala, na primeira porta à minha esquerda localiza-se o banheiro para os doentes do sexo masculino e, em frente, encontra-se mais uma enfermaria masculina/feminina (de acordo com a necessidade) de quatro leitos. No lado oposto está a sala denominada posto de enfermagem.



O posto de enfermagem é o local onde são desempenhadas várias atividades e com maior frequência, pela equipe de enfermagem. É o local em que os auxiliares de enfermagem, técnicos e enfermeiras assistenciais permanecem por mais tempo. Nesse recinto encontram-se armários que contêm um pequeno estoque de medicamentos e materiais de consumo diário, duas geladeiras, uma com alguns medicamentos que devem ser mantidos refrigerados, e a outra para conservar alimentos dos doentes, contendo frequentemente, também, alimentos dos funcionários, como a “caixa de lanche” do turno da manhã. Há uma escrivaninha grande junto à parede, um balcão com pia e armários, além de um armário-balcão para o preparo da medicação dos doentes. Cada doente tem seu escaninho, para a guarda da medicação, acima do balcão onde é preparada, com a numeração do leito que ocupa.

O rádio, num cantinho do chão do posto de enfermagem, está frequentemente ligado, em volume baixo e em uma emissora que toca músicas sertanejas, na maioria das vezes. Fica ao lado de um banquinho de madeira rústica, que combina com o gênero de música ouvido. Está num lugar bastante disputado pelos funcionários; dali se tem um panorama de todo o cenário do posto e, através de amplas janelas, observa-se parte da cidade e da Serra do Mar. Também proporciona o uso de parte da escrivaninha para realizar atividades de escrita.

Nas paredes do posto de enfermagem visualizam-se dois quadros murais, os quais trazem muitas informações aos funcionários, referentes à escala e avisos de falta de material. Em frente da escrivaninha há uma cadeira, usada normalmente quando alguém pretende escrever, pois esta fica de costas em relação ao visual que o banquinho proporciona.

Deixando-se o posto de enfermagem, depara-se, em frente, com mais uma enfermaria feminina (811), esta de quatro leitos. A porta ao lado esquerdo do posto é o banheiro feminino, e a outra fica trancada, pois é de uso exclusivo dos funcionários de enfermagem. Seguindo-se o amplo corredor do lado direito há mais três enfermarias, as de números 813, 815 e 817, ocupadas normalmente por doentes com algum agravo cirúrgico, com infecções que necessitam de isolamento ou, ainda, por doentes idosos com acompanhantes.

Após o banheiro feminino observa-se o expurgo, onde são despejados as escórias dos doentes, que devem ser medidas, anotadas e/ou desprezadas. Aí também são lavados os recipientes que colhem esses dejetos. São depositadas num *hamper* (estrutura redonda metálica onde se amarra um saco grande, feito de pano resistente) as roupas da clínica e dos doentes, a serem levadas para a lavanderia. Ainda compõe o cenário um armário com prateleiras onde são colocados os recipientes lavados.

Logo em frente e do mesmo lado do corredor está a sala de estocagem, denominada “cafofo” pela enfermeira assistencial, em que se guardam materiais de consumo, como soros, sondas, fitas adesivas, entre outros, e material permanente, como macas e cadeiras de rodas, além de uma pequena mesa e algumas cadeiras onde a equipe de enfermagem faz lanches.

Os auxiliares de enfermagem, da equipe do período da manhã, após realizarem algumas atividades prioritárias lavam suas mãos e dirigem-se ao “cafofo”. Um auxiliar de enfermagem retira da geladeira uma caixa grande de plástico, fechada com um cadeado semelhante aos utilizados para guardar ferramentas. A caixa está repleta de alimentos para serem consumidos durante o horário do lanche, como

presunto, maionese, geléias, queijo do tipo colonial e também o industrial, bolos, bolachas, etc. Somente tem acesso à degustação quem é convidado ou financia a “caixinha”. Nesse horário eles conversam muito, contam piadas, comentam sobre algum doente e contam histórias sobre os filhos, os médicos e/ou seus familiares.

Na base do grande T, à esquerda, depara-se com a última enfermaria, de número 821, com dois leitos, em que freqüentemente encontra-se mais uma cama, com o objetivo de suprir, em parte, a carência de vagas para a internação na clínica.

Ao longo desse corredor, em cada porta de entrada das enfermarias existem pequenas prateleiras e, nelas, um frasco plástico contendo álcool glicerinado a 10% para que todas as pessoas, ao entrar e sair das enfermarias, friccionem o líquido nas mãos. Isto faz parte das normas impostas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital. Tal norma tem pouca sujeição; observa-se que não se tornou efetiva por todos que adentram as enfermarias.

Muitas cirurgias são realizadas nessa clínica; entretanto, o centro cirúrgico e a recuperação pós-anestésica estão localizados no 5º. andar do mesmo prédio. Para ser operado, o doente precisa ir de elevador até o local das salas cirúrgicas.

A clínica realiza em torno de 80 cirurgias/mês; entre elas destacam-se gastrectomias total e subtotal, colecistectomia, herniorrafias, retosigmoidectomias, colectomias, hemorroidectomias, gastroplastias, colecistectomias, colecistostomias, tireoidectomias, enterectomias, laparotomias, esofajectomia, laparotomias e outras de menor porte.

Muitas são as solicitações diárias de exames em unidades do hospital e até mesmo fora deste, em outros centros com mais recursos de equipamentos, médicos e técnicos especializados.

Em se tratando do estudo de uma trajetória de internação cirúrgica das pessoas adultas e idosas, o cenário não se resume à clínica de internação. O cenário da trajetória pré-internação localiza-se anexo ao prédio principal e comunica-se por corredores internos e elevadores à clínica cirúrgica. Um dos cenários é a Central de Internação (CI). O local tem uma ante-sala para que as pessoas com indicação de internação possam aguardar até que se abra vaga nos leitos interessados.

Compõe essa sala um sofá de espuma com capacidade para aproximadamente doze pessoas. Algumas chegam acompanhadas, mas a maioria chega sozinha e muitas pessoas, além das doze sentadas, permanecem em pé. A sala possui ainda um televisor e 2 banheiros (um deles de uso feminino e outro masculino). Essa sala de atendimento de internação é subdividida em dois cômodos, e cada um possui um funcionário que realiza a parte burocrática da internação.

A central de internação possui vários fluxos de entrada. Encontram-se pessoas que já passaram há dias e até meses pelo ambulatório da cirurgia geral (SAM 8) e agendaram a internação, mas há outras que, por falta de vaga, aguardam ser chamadas pelos residentes no domicílio por telefone, assim que se abra vaga. Outras pessoas são encaminhadas pela emergência do hospital, chamada de pronto atendimento (PA). Há ainda aquelas provenientes do Centro Cirúrgico Ambulatorial onde são realizadas pequenas cirurgias que requerem apenas anestesia local. Contudo, nem sempre a cirurgia indicada se realiza no CCA. Quando realizado um exame mais detalhado

sobre a história da pessoa atenta-se para doenças preexistentes e, conseqüentemente, ela é encaminhada à internação e recebe a cirurgia em centro cirúrgico. Algumas pessoas procedem das inúmeras unidades de saúde espalhadas por Curitiba e região metropolitana. A pessoa em longa espera só é internada quando o atendente da CI recebe a informação de que vagou mais um leito. Essa trajetória da pré-internação vivida pelas pessoas adultas e idosas é apenas parte do que é experienciado quando se consegue a internação. Ainda precisam percorrer longos corredores até chegarem ao elevador que dá acesso ao 8º. andar, onde se localiza a clínica cirúrgica. A espera no balcão de recepção da clínica cirúrgica para realizar os procedimentos burocráticos da internação muitas vezes é cansativa e estressante, para essas pessoas.

## **5 A TRAJETÓRIA DE HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE SUBMETIDO A UMA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA**

Na intenção de investigar o vivido pelo doente adulto e idoso nos eventos dos cenários da internação cirúrgica e resgatar, do ponto de vista etnográfico, o cotidiano da organização hospitalar de uma unidade cirúrgica, faço a seguir uma narrativa da trajetória de um doente em uma unidade cirúrgica, constituída de três etapas: a pré-internação, a internação e a alta hospitalar.

O que se passa com os doentes durante a hospitalização para uma intervenção cirúrgica? Este é um questionamento que tenho feito a mim mesma desde que ingressei como profissional na área da saúde. Tive oportunidade de encontrar respostas para esta pergunta durante a observação participante conduzida para o presente estudo. Embora haja uma ampla variação nas circunstâncias em torno de hospitalizações, existem similaridades nas experiências da maioria dos doentes. Realmente, as similaridades das experiências de vários doentes observados são tantas que se fosse relatá-las haveria muitas repetições. Com base nesses pontos de similaridades construí uma trajetória única, completa, a qual incorpora todos os elementos comuns de trajetórias de vários doentes. A construção dessa trajetória segue o meu próprio estilo de observar e perceber os eventos. Assim, o protagonista desta trajetória é ao mesmo tempo do gênero feminino e masculino, adulto e idoso, a quem chamarei de Silva.

No tempo da narrativa do vivido pelos doentes adultos e idosos – referidos aqui simplesmente como Silva –, surgiram situações em que os denominei pacientes e situações nas quais foram identificados como doentes. Isto foi proposital, com o intuito

de ser fiel à realidade encontrada a respeito da denominação pelos profissionais e funcionários às pessoas que perpassam a trajetória da hospitalização.

*O relógio da Central de Internação (CI) marcava 7 horas da manhã quando Silva entrou, dirigiu-se ao balcão de recepção e apresentou a requisição de internação para uma senhora atrás do balcão, que o encaminhou para a sala de espera da CI e lhe disse que deveria aguardar até que o pessoal da unidade cirúrgica a chamasse, assim que abrisse vaga na unidade. Silva caminhava vagarosamente e a cada passo sua expressão facial demonstrava que estava com dor.*

*Várias vezes percebi que não havia espaço para todos os doentes esperarem sentados; muitos ficavam em pé por “horas a fio”, mas quando aparecia alguém com dor, expressões de muito sofrimento ou, ainda, um idoso, os próprios doentes, que se encontravam sentados, cediam o lugar ao colega e permaneciam em pé.*

*Os doentes com acompanhantes se mostravam solidários com aqueles que estavam desacompanhados. Como permaneciam por muito tempo nesse local, aguardando uma vaga para internação, freqüentemente os acompanhantes dirigiam-se até as redondezas do hospital e compravam alguma coisa para o parente se alimentar. Assiduamente observei a divisão dos alimentos com quem estava impossibilitado de sair e até mesmo quem não tinha como comprar pela falta de dinheiro.*

## 5.1 DOMÍNIO I - SOLIDARIEDADE

As demonstrações de solidariedade foram freqüentes, comoventes. Mostraram que no sofrimento coletivo é preciso um olhar para captar o vivido também do outro, parte da vivência partilhada, mesmo que pequena, com o outro. Os doentes que aguardam na Central de Internação estão profundamente partilhando um mundo de significações, um sentir coletivo, com signos de uma dimensão coletiva, considerando seus momentos de fragilidade pessoal ao buscar um serviço de saúde. Somos verdadeiros cidadãos quando nos sentimos solidários e responsáveis. “Solidariedade e responsabilidade não podem advir de exortações piegas nem de discursos cívicos, mas de um profundo sentimento de filiação (*affiliare*, de *filius*, filho), sentimento matripatriótico que deveria ser cultivado de modo concêntrico sobre o país, o continente, o planeta” (Morin, 2000, p. 74).

Segundo Brzezinski apud Mahbubani (2000, p. 125), este foi

(...) o século mais sangrento e cheio de ódio da humanidade, século de política alucinante e matanças monstruosas. Instituiu-se a crueldade num grau sem precedentes, organizou-se a morte para produção em massa. O contraste entre o potencial científico para o bem e o mal político que na realidade se desencadeou é medonho. Jamais o morticínio foi tão global, jamais consumiu tantas vidas, jamais a destruição humana se empreendeu com tal concentração de esforços, em nome de objetivos tão horrendamente irracionais.

Apesar dessa constatação terrível, a solidariedade e a esperança não se findaram nos corações principalmente das pessoas que mais sofrem a pobreza e as crueldades sem precedentes. A dimensão mística do povo brasileiro, principalmente nas classes pobres, faz crer que existe um outro mundo dentro deste mundo e que o invisível faz parte do visível. Segundo Boff (2000), estas realidades se manifestam e



mostram sua força na vida cotidiana, pois ajudam a enfrentar as dificuldades, os problemas da família, particularmente as questões de saúde, e, em geral, a vida. A religião confere às pessoas, e em especial aos doentes que aguardam na Central da Internação, um sentido de plenificador à história tão cheia de absurdos, sofridos na própria pele: "*Jesus, ajude-me a passar mais essa*". Crer e embeber as práticas religiosas com tal mística significa romper com o mundo da pura razão, da funcionalidade das instituições e da lógica linear para a qual não há e não deve haver surpresas.

*Na sala de espera, Silva expressou verbalmente estar sentindo muita dor e sentar-se, para ele, representava uma tortura. Silva teve experiência com outras internações não menos sofridas, e eu mesma o havia acompanhado dois meses antes quando teve que se submeter a uma pequena cirurgia de emergência. Naquela ocasião, chegou às 7 horas ao Centro Cirúrgico Ambulatorial. Aproximadamente às 12 horas foi pedido a ele que se dirigisse ao Ambulatório de Cirurgia Geral, o SAM 8. Explicaram-lhe que a cirurgia não poderia ser feita no Centro Cirúrgico Ambulatorial; havia necessidade de internação pela doença preexistente. Às 14 horas foi encaminhado para a Central de Internação e somente às 15h50 foi realizada a cirurgia, após muita humilhação. Naquela trajetória de internação, Silva mostrava nervosismo e dizia sentir muito medo da cirurgia: "Veja como estou tremendo... é de medo ainda bem que você apareceu..."*

*Viera de uma cidade do interior, a 80 km de Curitiba, e havia sido alertado pelo médico de lá de que esta seria uma cirurgia dolorosa. Foi sua primeira internação; reclamava que não conhecia ninguém na cidade e no hospital .*

*Silva permanecia na sala de espera desde as 7h05 e continuava mostrando muita ansiedade. Trazia uma sacola com objetos pessoais de higiene corporal, uma Bíblia, uma pequena imagem de Nossa Senhora Aparecida com suporte e fotos dos filhos. Ao olhar a foto da filha, começou a chorar. Falou sobre o sofrimento decorrente da doença, da cirurgia, dos internamentos anteriores e da relação de amizade que estabeleceu com a enfermagem. Queria conversar para esquecer a fome, e assim a espera também ficaria menos sofrida, e dizia: “Você vai ficar comigo? Pode perguntar o que quiser, até já somos amigos, assim vai passando a fome.” Invocava Deus frequentemente: “Deus, não me faça sofrer assim!”. Recebeu do acompanhante de um de seus pares parte de um sanduíche que agradeceu invocando bênção de Deus e expressando que estava com fome e sem trocado algum: “Que Deus abençoe! Vim despreparado, sem trocado e tenho fome na boca do estomago. Deus é pai! É nele que coloco tudo que espero.”*

*Às 15h10 foi liberada a internação de Silva, ou seja, havia vagado leito na clínica cirúrgica. “Graças as Deus a espera acabou”, disse. Acompanhado de uma voluntária, Silva caminhava lentamente por*

*de vários e tortuosos corredores. Recusou-se a aceitar transporte na cadeira de rodas, alegando que poderia ser mais desconfortável devido à dor. Para chegarmos até o elevador que dá acesso à Unidade Cirúrgica, Silva manifesta imenso cansaço.*

## 5.2 DOMÍNIO II – O SOFRIMENTO PELA ESPERA E PELA INCERTEZA

Por trás dos depoimentos de Silva (na 1ª internação) está presente o significado do hospital como um lugar desconhecido, onde tudo lhe pode acontecer, dado que não tem nenhum poder sobre sua doença, nem mesmo sobre seu corpo. Há aí também formas imaginárias atuando principalmente a partir de uma significação estabelecida anteriormente: o médico do interior passou a experiência negativa do que poderia acontecer. O desconhecimento que o paciente tem a respeito das pessoas que atuam na organização hospitalar, não encontrando alguém a quem possa dirigir sua demanda de garantia, desencadeia medo e nervosismo. A garantia, para Rasia (1996), é que o “doente está sempre à procura de um médico ou de alguém a quem ele possa dirigir sua demanda de amor e sua confiança”.

A possibilidade de falar sobre seu sofrimento, doença e a própria cirurgia que se anuncia para breve possibilita a Silva a subjetivação da realidade que enfrenta, dotando-a ao mesmo tempo de significações que ultrapassam o nível do imaginário e, por meio da palavra, expressá-la no nível simbólico.

O período que antecede a internação é, para Hense (1987), um período de pouca informação. O paciente sabe pouco sobre a sua situação e sobre o que ocorrerá com ele. Para muitos pacientes, uma importante fonte de informação são os leigos,

vizinhos, amigos e familiares. Essas informações, nem sempre bem fundamentadas, podem colaborar até para aumentar o medo. Para a família também é um momento difícil, que se caracteriza pelo nervosismo e a preocupação.

Na cultura brasileira, o sofrimento quase sempre é explicado como uma imposição de Deus ao homem. “Vivemos num vale de lágrimas” e, portanto, nosso destino é o sofrimento. Esse modo de pensar, de interpretar os fatos, tem levado alguns doentes a uma condição de desespero, de revolta contra o Criador, sobretudo pela impotência de reagir contra tamanho absurdo. O homem foi criado para ser feliz, caso contrário teríamos que admitir um Criador imperfeito, sádico ou, no mínimo, mal-humorado.

O sofrimento, no caso de Silva, tem dois sentidos: o sofrimento físico, da dor, que o impede de ficar sentado, e o sofrimento emocional, de espera, humilhação, desconstrução de identidade.

As internações anteriores prolongadas propiciaram a Silva uma recriação da identidade do doente. O universo da negação do doente reconstruiu-se no interior do espaço e da prática hospitalar durante as constantes internações. Por meio da fala de Silva, que se esforçava para preservar sua identidade e sua história, que havia recriado nas internações anteriores, percebia-se que as experiências anteriores de sofrimento tinham contribuído para expressar alguns mecanismos de defesa, embora não suficientes para garantir que não tivesse que enfrentar novos sofrimentos. Procurou nas internações anteriores estabelecer laços com os membros da equipe médica, enfermagem e funcionários, recriando um espaço de sociabilidade, mas que nem

sempre é duradouro para os profissionais e funcionários, pela imposição das normas e regras da organização hospitalar.

O sofrimento, segundo Ricoeur (1994), comporta a diminuição da potência de agir e de suportar do sujeito, mas Silva não havia perdido a fé e, durante a pré-internação, sua fé era o fundamento do que esperava. Tinha uma esperança escatológica que reforçava seu espírito para suportar a longa espera. Silva não era cristão, era apenas íntimo do sobrenatural. Como todos os que captam o sentido escondido e profundo das coisas, Silva enxergava claro onde os demais só percebiam o turbilhão confuso dos acontecimentos. Dizia: “por isso que o mundo será salvo pelos pobres”, precisamente por esses que a sociedade moderna elimina sem destruir, pois são tão pouco capazes de se adaptar a ela como esta é capaz de assimilá-los, até que a engenhosa paciência de Silva acabe por prevalecer sobre a ferocidade dela. Salvarão o mundo, sem querer, apesar deles mesmos, não pedindo nada em troca por não saber o preço do serviço prestado. Esperam pelo amanhã, pelo depois de amanhã, pelo domingo, e é a esperança que lhes torna tão cara uma vida cuja minuciosa, interminável angústia nem sequer lhes é aparente.

Ricupero (1998) soube desvendar a natureza da esperança. Começa por diferenciá-la do que o resto do mundo chama “esperar” e que não é senão desejar cobiçar, reivindicar, exigir, isto é, o desejo de desfrutar a expectativa do gozo não é a esperança, mas um delírio, uma agonia. Por outro lado, diz o autor (1998, p. 2), o mundo não tem mais o tempo de esperar, pois vive depressa demais:

A vida interior do homem moderno tem ritmo excessivamente rápido para que se possa formar e amadurecer sentimento tão ardente e terno (...) O mundo moderno não tem tempo de esperar nem de amar nem de sonhar. São os pobres que esperam em seu lugar (...) A tradição da humilde esperança está entre as mãos dos pobres, assim como as velhas operárias guardam o segredo de certo ponto de renda que as máquinas não logram imitar.

Um dia os mansos herdarão a terra simplesmente por não haver perdido o hábito da esperança em um mundo de desesperados. O hospital só marcha quando os doentes têm expectativas positivas quanto ao futuro; em outras palavras, quando Silva possui esperanças.

A trajetória da pré-internação apresenta um percurso de dor e sofrimento vivido pelas pessoas. São doentes que já estão sofrendo com freqüência a dor física e essa muitas vezes associada ao desconforto da longa espera que é determinada pelo poder das estruturas da organização hospitalar. Para Cutait (2000), mais do que nunca é hora de se definir critérios de atendimento que gerem melhor qualidade de atendimento aos pacientes. A capacitação profissional e o emprego de diretrizes de condutas médicas são fundamentais para esse processo. Para o autor, do ponto de vista prático, será de grande valia definir os responsáveis pelos vários setores de atendimento, especialmente em ambiente hospitalar, em função de sua capacidade técnica e científica, e não apenas pela proximidade com as chefias administrativas, como é a praxe no setor público. Cutait crê ser essa uma premissa para que os programas de qualidade de atendimento possam ser efetivamente implantados.

O conjunto de sofrimentos que visualizei enquanto os doentes aguardavam na CI percorreu em minha mente a noção de que foram exercitados para a submissão e, nesse local, pareceu morrer a percepção que o hospital seja um local de cura, mas o local em que as pessoas permanentemente sofrem todos os tipos de desconforto,

sofrimento, além daquele inerente à própria doença. Produziu-me a sensação de que há uma função negadora da organização hospitalar, enquanto espaço de cura. Penso que há aí, se isto é possível, uma simbolização às avessas.

O doente nessa longa espera só é internado quando o atendente da C.I. recebe a informação de que vagou o leito desejado. A trajetória da internação vivida pelos doentes, que já trazem em suas expressões corporais muito sofrimento, é apenas parte do vivido por eles, pois quando se consegue a internação ainda há um certo caminho a percorrer, nem sempre considerado ideal para se tratar/cuidar de um ser humano.

Atentando para a deambulação do paciente, notei que caminhava vagarosamente e, a cada passo, demonstrava expressão facial de muita dor. Dessa maneira, pode-se pensar na idéia do corpo como signo se tomarmos aqui o conceito utilizado por Leach (1976, p. 102). Para esse autor, a função do signo é comunicar idéias por intermédio de mensagens, ou seja, o signo tem o objetivo de transmitir uma informação, fazendo parte assim de um processo de comunicação.

Para Foucault (1980), o corpo pode ser tomado como um suporte de signos, ou seja, suporte de qualquer fenômeno gerador de significação e sentido. A dor do doente o incomoda e por isso procurou o hospital. Percebo o paciente olhando para sua própria doença por meio da palavra que dirige ao próprio corpo em sofrimento. A palavra é o ser da significação. O paciente tenta dar à sua experiência pessoal uma qualidade que seja socialmente reconhecida, de forma que o profissional que o atender saberá relacioná-la com suas próprias diferenças.

O sintoma é a sensação subjetiva referida pelo doente como dor, ansiedade, mal-estar. Portanto, diz respeito única e exclusivamente ao doente, é o caráter invisível

da doença, pois são sensações que o indivíduo experimenta e que só pode expressar por meio de palavras. À medida que os indivíduos procuram dar um nome aos estímulos, ele os culturaliza, isto é, torna o que era um fenômeno individual em um fenômeno que pode ser reconhecido por outros indivíduos. O signo só tem valor enquanto tal quando é compartilhado por um grupo.

*Quando chegamos ao balcão da recepção da Clínica Cirúrgica, a secretária entregou a Silva uma folha de papel com o título "Orientações de Enfermagem (funcionamento da unidade, normas a serem cumpridas durante a internação)". Não perguntou a Silva se sabia ler e não deu orientações relacionadas ao documento. Silva apenas pegou a folha e a secretária o acompanhou até o leito. Rapidamente Silva iniciou a arrumação de seus pertences no criado-mudo ao lado da cama, colocando a imagem da santa que trazia na sacola sobre o móvel.*

*A auxiliar de enfermagem trouxe as roupas e lhe perguntou: "Qual vai ser a cirurgia?" Verificou os sinais vitais (temperatura, pressão arterial, pulso) e deixou a roupa do hospital em cima da cama. Silva olhou para mim, disse "não quero vestir a roupa do hospital" e perguntou: "Posso ficar com a minha?" A auxiliar de enfermagem imediatamente responde que era preciso vestir a do hospital.*

*Sai da enfermaria e quando voltei Silva havia tomado acento na beirada da cama. Olhava através da janela em silêncio e,*



*aparentando tristeza e estranhamento, não se dirigiu aos colegas de enfermagem e ainda não havia trocado de roupa. Perguntei por que não queria vestir a roupa do hospital e, sem jeito, olhando para a roupa responde: “Ih!, é feia, tenho nojo. A minha é melhor”.*

### 5.3 DOMÍNIO III - NORMAS E ROTINAS COMO NEGAÇÃO DA IDENTIDADE

Perceber o hospital como organização social é pensá-lo, conforme Polak (1997, p. 23), “não apenas como espaço destinado à cura e ao fazer técnico científico, mas o cenário no qual a trama do poder e do saber se faz presente com todo o seu simbolismo”. Pensar o hospital como organização, para a autora, “exige olhar atencioso para todas as normalizações, procedimentos e postura que traduzem a objetivação desse poder e desse saber em atos concretos. As normas, as rotinas, as prescrições restritivas não fazem parte de um imaginário, mas do concreto: são vividas no cotidiano mediante rituais os mais diversos, e expressos nas práticas de cuidado e de cura”.

O paciente apresenta um comportamento concreto, real, mas reflexo de seu imaginário cristalizado. A roupa hospitalar provoca repulsa, uma forma de negar o aprisionamento, a identidade que a vestimenta simboliza para ele. Aprisionamento que se identifica no seu corpo vestido com o “uniforme” do hospital. Significa assumir sua doença, negar sua liberdade, ser deslocado de sua identidade, ser um paciente cirúrgico. A competência de produção simbólica para cada homem em cada momento da história, segundo Rasia (1996, p. 131-132), “está marcada por uma leitura daquilo que o precede enquanto homem concreto”, ou seja, antes da situação de doente com a

qual nos deparamos no hospital existiu uma pessoa sadia, cujo imaginário atuava e a partir do qual produzia suas significações particulares.

Essa cena marca o início de um processo de desconstrução ou de despersonalização do doente, que se vê obrigado a se adaptar ao novo mundo. Processo este nem sempre de fácil assimilação, pois aponta para a negação de uma identidade forjada durante toda a história de vida do doente.

Embora o paciente não seja destituído de seu nome e dos pertences pessoais que trouxe consigo para o hospital, para Rasia (1996, p. 191), "(...) as referências a sua pessoa pelo corpo médico-hospitalar estarão associadas a partir de agora e enquanto durar seu internamento, ao tipo de doença que possui, ao número do seu prontuário e de sua enfermaria e até mesmo de seu leito. Seu nome agora terá as conotações de seu diagnóstico e das respostas que dá às condutas médicas (...)". Esses dados, segundo Rasia, vêm suplantam a história pessoal que a paciente construiu e que se agrega a ela no mundo externo à organização hospitalar. Aqui começa, para o paciente e demais doentes que necessitam de internamento, uma nova história que paradoxalmente ao processo de recuperação, expressa a negação de sua identidade.

*Adentrou a enfermaria a enfermeira assistencial com um papel em mãos e dirigiu-se até o leito de Silva, que acabara de ser internado e que ainda se encontrava com sua própria roupa sentado na beirada da cama. A enfermeira perguntou qual era a sua procedência e se poderia fazer algumas perguntas. Como Silva concordou, a enfermeira iniciou um questionário, colocando verbalmente as*

*questões de forma objetiva e muito rápida. Conforme a resposta de Silva, ela preenchia a ficha que sustentava em mãos. Fiquei sabendo que era um procedimento rotineiro.*

*Percebi que a enfermeira não estava à vontade com minha presença. Saí da enfermaria, dirigi-me à recepção e pedi à secretária uma ficha igual à da enfermeira B. Ela entregou-me uma ficha com o título “Visita de Enfermagem”. Voltei à enfermaria e a enfermeira falava objetivamente a respeito da dieta que Silva deveria seguir no hospital. Disse-lhe que precisaria ingerir mais fibras, que a comida provavelmente viria sem sal e que deveria beber mais líquidos. Informou sobre os horários das refeições e sobre os cuidados com a prótese (como guardar). Comunicou-lhe o dia em que faria a cirurgia. Perguntou ao paciente se sempre teve pressão alta e este respondeu, admirado: “Nunca ninguém falou, nem meu médico lá do interior.” Em resposta à minha pergunta sobre o significado da visita de enfermagem, Silva disse: “É bom receber a visita de enfermagem, tanto faz vir como não vir, mas mostram interesse pelo doente. A visita é boa. Tudo está normal. Gostei, tem que gostar... Fazer o quê? A gente nesta situação tudo é lucro, É importante, ela perguntou se estou com dor. Não estava sentindo dor, mas agora tenho dor, e quando a enfermeira veio me visitar e preencher um papel, eu me senti bem. Ela me orientou para não comer com muito sal, é bom ser orientado.”*

A enfermeira finalizou a visita com o preenchimento da ficha que possui questões pré-formuladas e contém linhas com espaços vazios para serem preenchidos com as respostas dos pacientes e condições gerais observadas e verificadas pela enfermeira. O primeiro título da ficha consta de dados do pré-operatório, subdividido em identificação e condições gerais do paciente. Outro item é o "transoperatório", com o subtítulo "entrada no centro cirúrgico". O terceiro título é concedido ao pós-operatório imediato, com subtítulo "entrada na REPAI" (recuperação pós-anestésica imediata). No final da folha, há um espaço para a assinatura da enfermeira e a circulante da sala de cirurgia. Existem itens que a enfermeira da clínica não preenche, são espaços destinados ao centro cirúrgico.

A visita de enfermagem é uma atribuição das enfermeiras assistenciais. Os pacientes internam-se com maior frequência no turno da tarde; por esse motivo, é a enfermeira assistencial da tarde que geralmente realiza a visita.

A visita pode iniciar na recepção, com algumas questões já elaboradas pela enfermeira quando ela participa da trajetória de internação. É uma visita bastante técnica, objetiva, breve e realizada uma única vez com o paciente internado. Tem a duração do preenchimento de uma ficha própria para o procedimento.

Espeiei alguns minutos até a enfermeira finalizar a visita e retornar à recepção. Pergunto a ela o que é a visita de enfermagem e obtenho o significado expresso verbalmente: *“Temos uma ficha para preencher, o objetivo é para o centro cirúrgico. Contém informações importantes sobre o paciente e proporciona facilidades para o centro cirúrgico e quando ele retorna para a clínica já se sabe algumas informações quanto ao acesso, anestesia, como foi a cirurgia. O*

*preenchimento da ficha melhorou muito a comunicação entre a unidade e o centro cirúrgico.”*

Faço a mesma pergunta à enfermeira administrativa e esta responde o seguinte: *“O objetivo é no sentido da praticidade, pois quando o paciente desce para a cirurgia não há necessidade de ficar lendo o prontuário novamente. Já se sabe como o paciente está, qual a cirurgia realizada etc”*. Um exemplo, disse ela, *“é quando o paciente está com dor e verificamos que pode ser a posição que ficou durante a cirurgia. É só olhar na ficha, não precisa ler o prontuário.”*

A ficha cirúrgica foi proposta por Jouclas e Salzano (1981) em estudo realizado sobre visita de enfermagem pré-operatória. As autoras propõem a utilização de uma ficha que contenha de forma sistematizada as informações necessárias para o planejamento do cuidado de enfermagem ao paciente no período transoperatório, porque a enfermeira do Centro Cirúrgico não tem conhecimento do paciente e de suas necessidades. Na clínica cirúrgica essa ficha tem o título "Visita de Enfermagem".

O modelo de visita de enfermagem introduzido na clínica cirúrgica explica-se segundo a moldagem de consciência, pela maneira como as coisas se apresentam e os sentidos que estas coisas representam para a equipe de enfermeiras. Explica-se pelo modelo sustentado pela enfermagem ao longo dos anos, seguindo um padrão cultural de cuidados de enfermagem fortemente alicerçados e ligados à estrutura imaginativa e real do modelo de atendimento médico aos doentes. Explica-se pela preocupação talvez excessiva com as normas e rotinas hospitalares. As tarefas excessivas, tanto as administrativas quanto as assistenciais, levam a equipe de enfermeiras a sustentar padrões culturais negativos no sentido de uma visão holística do paciente. As

atividades administrativas e os cuidados assistenciais em demasia que a clínica demanda induzem a uma prática ritualizada, objetiva e disciplinada.

*Numa certa manhã muito fria, encontrava-me diante do elevador que dá acesso à clínica cirúrgica e ao meu lado aguardavam muitos funcionários e também a auxiliar de enfermagem V., funcionária da clínica cirúrgica. Cumprimentamo-nos e perguntei se as horas que marcavam em meu relógio coincidiam com as do dela e recebi a confirmação: eram exatamente seis horas e trinta minutos. Tinha percebido em outros encontros que essa funcionária sempre chegava muito cedo. Disse-me que precisava chegar nesse horário para “pegar o plantão”. Perguntei como chegava ao hospital e ela respondeu que vinha andando: “é pertinho, são cinco quadras apenas”. Olhei para seus pés e vi que estava sem meias e perguntei se não estava com frio. Disse-me não sentir frio nos pés e que não gostava de meias.*

*No elevador ouvi uma das pessoas reclamar do frio e comentar que na Praça Rui Barbosa o termômetro marcava zero grau centígrado e que sentia pena dos doentes que precisavam tomar banho com água nem sempre quente o suficiente.*

*A ascensorista, sempre muito simpática, abriu a porta do elevador e quando saí desejou um bom dia. Segui para o posto de enfermagem e*

*a auxiliar de enfermagem V. dirigiu-se para o vestiário localizado no corredor do braço direito do grande T.*

*O cenário da clínica no horário (6h30) estava silencioso. O sossego era aparente, pois os pacientes preparavam-se para realizar a higiene e a equipe de enfermagem, para a passagem do plantão do serviço.*

A troca do plantão deve ser feita às 7 horas, mas a passagem de plantão inicia-se em torno de meia hora antes. Nesse horário a maioria dos auxiliares de enfermagem que realizou o plantão noturno já está comprometida no outro vínculo de trabalho, localizado muito distante desse hospital. Logo, observo a passagem de plantão sendo realizada por apenas uma funcionária do noturno; as outras já se despediram.

O que ocorre na prática é que os baixos salários para muitos e a ideologia de ascensão social para outros pressionam no sentido de assumirem dois ou mais empregos, sacrificando descanso, lazer e vida familiar. Como constatei na fala da auxiliar de enfermagem Z.: *“Estou muito cansada, mas fazer o quê? Preciso, o salário daqui não chega.”*

O labor noturno, para Regis Filho e Lopes (1997, p. 75), pelo quadro de estresse constante, constitui-se em uma das mais perversas formas de organização do trabalho, responsável por inúmeros distúrbios fisiológicos e psicossociais, com repercussões psíquicas, físicas e sociais imediatas e a longo prazo.

Além desse trabalho noturno estressante, o funcionário priva-se das horas de descanso, preenchendo-as com mais trabalho ainda.

A passagem de plantão tem início com uma auxiliar de enfermagem do noturno, provida da papeleta de anotações de enfermagem, e a auxiliar de enfermagem V, que recebe o plantão munida de outra papeleta, a da prescrição médica. Saem do posto de enfermagem e dirigem-se à primeira enfermaria, de número 807, do corredor após a porta de vidro que dá acesso aos pacientes internados. Adentram a enfermaria. A auxiliar V cumprimenta os pacientes dizendo bom dia. Assinala os soros na prescrição médica e pergunta à colega se foi administrado determinado medicamento. A resposta foi imediata: “*está em falta*”.

A dificuldade do modelo de trabalho hospitalar tem interpretações que certamente se localizam também na esfera das dificuldades próprias de um setor dependente de verbas públicas. Esse hospital tem atravessado, nos últimos anos, as mais árduas dificuldades financeiras. Como conseqüência, falta material de consumo diariamente para as atividades da equipe de enfermagem e também da equipe médica, chegando-se a suspender cirurgias. Durante a passagem de plantão, percebo que alguns membros da equipe de enfermagem antecipam a carência de alguns materiais e, principalmente, de certos medicamentos e restringem o fato. Limitam-se às anotações e verbalizam em palavras, que se tornaram no cotidiano da clínica um jargão enfadonho, “*está em falta*” ou apenas “*em falta*”.

A passagem de plantão prossegue em todos os leitos ocupados, em alguns se detém um pouco mais, quando um doente vai realizar determinado exame. A auxiliar de enfermagem explica à colega V como foi realizado o preparo para o exame. Nesse momento adentra a enfermaria a funcionária M, uma das enfermeiras assistenciais. Questiona a funcionária do noturno sobre o curativo de determinado paciente. Outras



peessoas da equipe de enfermagem chegam, associam-se às três e seguem de leito em leito na passagem de plantão. Percebe-se uma rotina de checagem e cobranças bastante enfática quanto às atividades realizadas pela equipe do noturno.

A passagem de plantão chega à enfermaria de número 817. A equipe que acompanha o plantão não entra, apenas a enfermeira assistencial e a auxiliar de enfermagem do noturno. A enfermeira assistencial pergunta: "*Como passou, sente-se melhor, o cateter ficou fixo?*" E o doente gesticula e repete o sinal verbalmente: "*Mais ou menos!*" A enfermeira M observa os soros e pergunta à auxiliar por que a bomba infusora está desligada. A auxiliar de enfermagem do noturno responde: "*Essa bomba tem defeito, estamos hoje com três bombas.*" A enfermeira M ajeita o equipo e religa a bomba infusora pedindo aos funcionários que estão no corredor: "*Verifiquem se a bomba anda.*" Na porta da enfermaria está fixado um papel com os seguintes dizeres: "Paciente com MARSA" (*Stafilococcus aureus meticolino resistente*).

Durante a passagem de plantão que segue leito a leito, as conversas com os pacientes são sintetizadas, objetivas. Basicamente se referem a questionamentos para que a equipe possa confirmar fatos observados ou não observados. Acontecimentos que deverão ser anotados para transmitir a outros ou que servirão para guiar a execução das tarefas. A passagem de plantão finaliza quando se "passa" nos leitos da última enfermaria do corredor da clínica.

Segundo Camargos (1999, p. 34), a passagem de plantão é uma prática historicamente consagrada no cotidiano da enfermagem, que provavelmente possibilita a continuidade da assistência pelas equipes que se revezam entre si. Entretanto, a passagem de plantão não tem sido reconhecida como um objeto de estudo relevante, e

algumas equipes de enfermagem a cumprem como um ritual sem sentido para elas próprias e para a continuidade do trabalho assistencial e administrativo.

Percebo que a passagem de plantão na clínica é realizada com muita seriedade, emitida em parte pelas enfermeiras assistenciais que checam, questionam com muita propriedade, interesse e responsabilidade. A passagem guarda semelhança com a visita médica quanto à linguagem técnica médica imposta pelo modelo de cuidados de enfermagem que se alicerçam, a reboque, das atividades médicas e portanto do modelo biomédico.

Na clínica cirúrgica a passagem de plantão é um procedimento importante, pois faz a ligação entre um e outro turno de trabalho. Concentra muitas informações sobre a avaliação dos pacientes, os cuidados realizados, a funcionalidade da clínica. O paciente tem pouca participação ativa na troca de informações, mas tem acesso às informações sobre seu estado de saúde e os cuidados prestados. Devido à visita se dar leito a leito, as informações são repassadas apressadamente, portanto o doente tem acesso limitado. A linguagem técnica e científica utilizada e o diálogo bastante sucinto reduzem a compreensão por parte do doente sobre o que é comunicado, mas mesmo assim, na maioria das vezes, eles verbalizam queixas, assim como: *"Esse ali não deixa ninguém dormir, precisa de remédio para dor."* Tais queixas acabam também auxiliando a equipe de enfermagem no planejamento das atividades de cuidados e fazendo dela a primeira sabedora de tudo que acontece subjetiva e objetivamente com o paciente, o que muitas vezes beneficia o paciente com as tomadas de decisões emergenciais.

*Entrei na enfermaria, cumprimentei Silva, que se dirigia ao banheiro. Acompanhei-o até o primeiro recinto do banheiro, onde existem algumas pias e torneiras de água quente e fria para uso de todos que ocupam as enfermarias. Percebi que, apesar de ter orientação para tomar banho corporal, apenas lavou o rosto, molhou e penteou os cabelos. Silva olhou-me e disse: “Hoje está de amargar de frio, só louco consegue tomar banho de chuveiro; esta água fria pode deixar mais doente, não presta tomar tanto banho!”*

Após a passagem de plantão, as auxiliares de enfermagem iniciam as atividades com os pacientes heparinizando os soros para que possam tomar banho. Segundo a enfermeira M, os soros retornam somente às dez horas. Pergunto qual é a necessidade de os pacientes banharem-se tão cedo pela manhã e ainda hoje, que está muito frio! A enfermeira assistencial convida-me a vir até o posto de enfermagem, então mostra-me um papel com uma ordem de serviço enviada pelo chefe. A determinação está digitada em letras garrafais, fixada na porta do armário no posto de enfermagem. O conteúdo é o seguinte: *“Atenção enfermagem do noturno: torna-se rotina nos plantões de domingo a entrega do plantão com todos os pacientes higienizados, atendendo uma solicitação do Dr. A para que os pacientes estejam no leito durante a visita dos professores, residentes e doutorandos na segunda-feira às 7:30 horas”*. A ordem é assinada pela enfermeira administrativa.

A ordem é acatada pela enfermagem como uma rotina de obrigação que tem a cumprir quanto às normas da instituição, da unidade, obedecendo quase que

cegamente o mando médico. A enfermagem demonstra não reconhecer o poder que tem e que é manifestado durante a gerência administrativa e assistencial exercida na unidade, um poder técnico capaz de barrar certas imposições de normas, especialmente esta, que necessariamente afeta o paciente. Sua presença na unidade permitiria impor outro horário de banho para os pacientes.

Observo os pacientes que levantam de seus leitos. Os que conseguem andar vão até o banheiro. Nem todos tomam banho: alguns lavam o rosto, molham e penteiam os cabelos, outros ainda escovam os dentes. Para aqueles que não têm condições de levantar do leito, as auxiliares de enfermagem realizam banho de leito.

Nesse espaço, medicalizado e disciplinado da unidade cirúrgica, verifica-se visivelmente o exercício do poder que, segundo Lunardi (1995, p. 81), esquadrinha, controla, vigia, e gerencia tanto os doentes hospitalizados quanto quem os assiste. Busca o controle sobre os homens, seu espaço, seu trabalho de modo a aumentar sua utilidade e produtividade. Apesar do controle que a enfermagem exerce sobre o paciente, verifico que a obrigatoriedade do banho algumas vezes é camuflada pelo próprio paciente. A simulação do banho simboliza a preservação de hábitos e até mesmo de crenças que fazem parte de sua rotina de vida.

O banho do paciente na clínica cirúrgica ainda guarda na enfermagem alguns mitos, como por exemplo: é necessário que seja diário para que possa diminuir os riscos de infecção. Estudos realizados por Ulrich (1992) revelaram, ao contrário do que usualmente se supõe, que o banho não reduz, mas aumenta, temporariamente, o número de bactérias presentes na superfície da epiderme. A explicação para esse fato seria a de que a fricção e a água tépida removem as células superficiais e dilatam os

poros da epiderme, promovendo, dessa forma, a ascensão das bactérias desses reservatórios para a superfície.

O contato com pessoas fisicamente adoentadas e às vezes em estado grave impõe, com frequência, um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, que requerem para seu exercício uma adequação prévia à escolha de ocupação ou um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas (Pitta, 1999).

*Entrou a enfermeira M na enfermaria e informou Silva de que a cirurgia de colecistectomia e coledocostomia seria realizada no dia seguinte e que precisaria fazer lavagem intestinal e tricotomia na manhã seguinte bem cedo. "Já sei", disse Silva, "escutei a fala dos médicos de manhã. Por mim pode ser já".*

O dia que antecede a uma cirurgia mostra-se repleto de rotinas e normas que guardam uma dependência direta com o tipo de cirurgia a ser realizada, com a(s) doença(s) associada(s) e as condições gerais do paciente. Várias são as vias de informação ao paciente internado sobre a data da cirurgia. O pré-agendamento é uma das vias que nem sempre se concretiza; quando aparecem as cirurgias de emergência, por vezes são desmarcadas as cirurgias consideradas eletivas. A confirmação ao paciente sobre a data da cirurgia é dada geralmente pela enfermagem.

Pergunto quais os cuidados que a equipe realiza no pré-operatório e a auxiliar responde: *"A lavagem intestinal (somente é feita quando o médico pede); de rotina*

*tem a tricotomia e a tipagem. Não faço nenhuma orientação ao paciente antes da cirurgia; é uma falha, mas quem faz as devidas orientações são as enfermeiras, você deve ter visto, cumprimos a divisão de escala”.*

A equipe de enfermagem do turno da manhã diariamente está composta por quatro funcionários (auxiliar e técnico) e duas enfermeiras assistenciais e uma administrativa. Cada uma das auxiliares e a técnica de enfermagem realizam atividades específicas a cada turno, cumprindo a escala construída pela enfermeira assistencial M, que é a seguinte: auxiliar de enfermagem V: medicação; auxiliar de enfermagem L: soros; técnica em enfermagem G: cuidados I; auxiliar de enfermagem V: cuidados II.

As atribuições da equipe de enfermagem da escala de cuidados I são: realizar relatórios (anotações de enfermagem); passar plantão e auxiliar todas as atividades do cuidado II. São tarefas que requerem um trabalho de concepção, reflexão e também de execução. As principais responsabilidades no exercício dos cuidados II são: conferir, orientar e checar exames dos pacientes sobre preparo e encaminhá-los; buscar material na central de materiais (15 curativos, 02 tambores de gases, 01 cateterismo, 02 retiradas de pontos); buscar material no almoxarifado; buscar soros; preparar o paciente para a cirurgia (lavagem+tricotomia+tipagem sangüínea); coletar material para laboratório (diurese, fezes, escarro, cultura, urina 24 h etc.); buscar material no laboratório para reposição (frascos para exame parcial de urina e urucultura, *swab*, tubos para coleta de sangue, frascos para cultura, hemocultura etc); higienizar os pacientes (fora do horário de banho); encaminhar avisos de cirurgia; encaminhar pedido de consulta (PC) de anestesiologia e o paciente.

A maioria dos cuidados II são desempenhados de forma repetitiva e fragmentada. São tarefas obrigatórias que se efetuam por meio de automatismos, rotinas e padronizações de conduta que se subtraem à atividade de reflexão. As atividades de medicação e soro são destacadas dos cuidados e não são denominadas atividades de cuidados. Sempre um auxiliar de enfermagem realiza as atividades da medicação e outro os procedimentos que demandam as prescrições de soros, que são as medicações e alimentação parenteral prolongada. Indagada sobre a divisão de tarefas, uma das enfermeiras assistenciais explicou: *“Não é o ideal; gostaríamos que o funcionário desenvolvesse cuidados integrais com o paciente, mas não é possível, temos poucos funcionários. Precisa deixar um funcionário na medicação, tem muita medicação, principalmente antibiótico e os soros. Requer outro funcionário, conforme o dia temos 26 pacientes que chegam a encher 5 a 6 bandejas de medicação. Eles precisam iniciar as atividades da medicação às 8 horas para dar conta. Já os sinais vitais elas fazem todas juntas, porque é estressante, cansativo.”*

*A copeira estacionou o carrinho de café da manhã próximo à primeira enfermaria (807) e iniciou a distribuição leito a leito, de acordo com a listagem de dietas prescritas. Dirigiu-se até o posto de enfermagem e comentou com a enfermeira assistencial: “O leito 9 disse que está de jejum.” A enfermeira, que preparava uma medicação para o paciente do leito 817, interrompeu sua atividade e acompanhou a copeira. Quando chegou perto do carrinho, pegou a lista das dietas, leu o que estava escrito e disse: “Está errado. O paciente tem um exame para*

*fazer e precisa ficar em jejum.” Juntas, a copeira e a enfermeira checaram o restante das dietas da listagem.*

Percebe-se o domínio total da enfermeira assistencial referente ao controle da alimentação dos pacientes. A enfermeira na clínica cirúrgica ainda mostra vestígios da época em que era o profissional responsável pela alimentação do paciente. Por vezes constatei que, na ausência do profissional nutricionista, a enfermeira assume as atividades daquele. O controle do tipo de alimentação faz parte ainda do realce dos cuidados da equipe de enfermagem. Segundo a enfermeira assistencial, *“a dieta é a equipe de enfermagem que melhor pode controlar, pois fica mais tempo com o paciente. Nas cirurgias, a consequência de uma dieta incorreta pode ser a perda de uma vida”*.

Durante uma visita médica ouviu-se o comentário de um médico sobre as dificuldades técnicas que enfrentou durante a operação cirúrgica, pelo fato de o paciente ter se alimentado antes da cirurgia. O professor médico reclama com os residentes e diz que eles são responsáveis pela falha. Segundo o professor, *“deve ser conduta do residente ver o doente antes da cirurgia”*. Para o chefe do serviço, *“o residente deve dar uma passadinha e uma olhadinha na hora da alimentação do doente”*.

Das enfermeiras assistenciais e administrativas por vezes ouvi reclamações e, das 23 que anotei em diário, 11 eram relacionadas ao desvio de função, tais como: *“Não agüento mais correr atrás de residente para eles prescreverem”*; *“Quando a nutricionista entra em férias ou falta, nós assumimos as dietas dos pacientes.”*, *“Não*



*temos tempo para assistir a visita médica como gostaríamos, é necessária nossa presença, mas a visita é muito demorada. Já conversamos com o residente sobre isso; na sala de aula não tem como participar”.*

Observando o trabalho cotidiano das enfermeiras administrativas e assistenciais durante 3 horas, aproximadamente, anotei no diário de campo um total de 75 atividades diversas realizadas por essas profissionais. Observei trabalho de concepção, coordenação, execução e avaliação de tarefas. Algumas atividades despendiam gastos energéticos, repetitivos e alienantes, outras exigiam reflexão, habilidade, imaginação, capacidade de ler e escrever e raciocínio matemático, demandando um conjunto de conhecimento em que a competência técnica, científica, sócio-afetiva e intuitiva se fazia necessária. A quantidade de trabalho cotidiano das enfermeiras é fator determinante e limitante nas participação das atividades das equipes de profissionais da clínica e principalmente das atividades das visitas médicas.

*Silva aparentava muita segurança até a hora em que presenciou um incidente numa enfermaria próxima. A enfermeira assistencial entrou na enfermaria de número 817 rapidamente, enquanto a outra enfermeira assistencial M saiu com uma sonda nas mãos e correu apressadamente, em busca de algo. Entrou no posto de enfermagem e me disse: “O paciente A está indo a óbito. Já se sabia, é metastático.” Dirigi-me à enfermaria e encontrei um residente que, junto com a enfermeira M, instalava um cateter para introduzir oxigênio no doente. O carrinho de emergência foi colocado no*

*corredor de frente à porta de entrada da enfermaria. O paciente respirava com muita dificuldade. Sua acompanhante, segundo a enfermeira M, “já estava sabendo de tudo, foi orientada pelo residente e por nós também, que conversamos com ela”. A acompanhante do paciente caminhava pelo corredor e chorava. A auxiliar de enfermagem levou-a até a copa e pediu que ficasse uns momentos ali “para se acalmar”.*

*O cenário da clínica tornou-se agitado, as enfermeiras assistenciais concentraram-se em torno do paciente grave e percebi que a equipe de enfermagem dava pressa às atividades, pois visivelmente essas se acumularam. Esta agitação na unidade fez com que Silva também apresentasse inquietação; isto foi constatado na alteração dos seus sinais vitais. A enfermeira assistencial conversou com Silva e percebeu que a alteração nos sinais vitais devia-se à agitação ocorrida na unidade. Após algumas horas, o contexto da unidade cirúrgica retornou à normalidade e os sinais vitais de Silva estabilizaram-se.*

#### 5.4 DOMÍNIO IV - A MORTE

A morte na unidade cirúrgica tem suporte pela presença da enfermagem. Raramente os médicos têm envolvimento com o doente e familiares até o momento final. A enfermagem assiste às últimas manifestações de visão, audição, comunicação e a derradeira inspiração e expiração. A equipe de enfermagem prepara o corpo para a

saída da unidade e consola a família. Junto com o sentimento de tristeza que cada membro da equipe de enfermagem abarca, quase sempre sem demonstrações perceptíveis, ela precisa colocar em ordem os materiais utilizados pelo doente e preparar alguns para encaminhar à central de esterilização. No local da morte também se faz necessário providenciar a desinfecção terminal.

O sentimento é expresso na fala da auxiliar de enfermagem V. quando perguntei o que sentia quando algum paciente morria. Com um semblante consternado, disse: *“Nem sempre há tempo para pensar, mas tem alguns doentes que a gente se apega, daí fica muito difícil... é um peso no coração, sentimento de impotência, às vezes dá vontade de chorar, sem palavras...”*

A equipe de enfermagem, por permanecer mais tempo em contato com o doente, e portanto com o sofrimento, desenvolve mecanismos de enfrentamento. No entendimento de Pitta (1999), esse contato constante com pessoas fisicamente doentes e com a morte impõe, com frequência, um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras, as quais muitas vezes requerem um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o seu desempenho das tarefas.

O médico, nessa situação, dificilmente compartilha o processo com a enfermagem. A morte do doente, embora não sendo praticada pelo médico, é compreendida por este como um evento de sua responsabilidade. O que parece atuar com grande poder gerador de culpa é a forma como os médicos em geral se colocam diante da ciência, do poder e do doente. Segundo Rasia (1996), na maioria das vezes podemos observar que, ao tratar de um doente, os médicos não têm claro os limites da

ciência médica que, segundo seu imaginário, parece poder tudo contra a doença. Eles se confundem com a própria ciência que praticam e, embora de posse de avaliações muito corretas sobre a situação clínica do doente e as condições de resposta do corpo deste, quando o doente não responde no tempo clínico determinado o que percebemos é que os médicos trazem para si a responsabilidade da não resposta.

Os mecanismos de defesa que o médico desenvolve impedem que a morte seja simbolizada por ele. Todos os médicos e a equipe de enfermagem sofrem diante da morte, sentimento que talvez tenha a mesma intensidade para ambos; não existem estudos que comprovem o contrário. Parto do princípio que ambos os profissionais são seres humanos e que diante de cenas tristes ficam entristecidos, mesmo que não demonstrem.

A grande maioria dos membros da equipe de enfermagem, pelo elo que mantém com o doente, assimila um conjunto de informações, essas povoam seus imaginários ricos em significações, as quais fazem emergir sentimentos de compaixão, solidariedade e amor ao próximo.

Segundo Libâneo (1993), em torno da morte reina um teatro. É o teatro de uma civilização que não sabe o que fazer com a morte. Segundo o autor, no hospital os médicos repetem as visitas rápidas e rotineiras. Seguem com frieza os números das batidas cardíacas, das oscilações de pressão, dos milímetros de urina secretada; está diante deles uma pequena máquina em disfunção que pode ou não ser consertada. As palavras, desajeitadas e feitas, revelam a sua despreparação profissional e humana para trabalhar a morte. Para o autor, os enfermeiros não se encontram em situação melhor. Defrontam-se cada dia, cada hora com a morte, mas nunca aprenderam a entrar, um

mínimo que seja, no universo do enfermo, na solidão terrível de quem caminha para a morte.

A grande escola preparatória para a morte eram os ritos sagrados, a extrema-unção, administrada a tempo, com a expressividade de seus símbolos, permitia ao enfermo perceber e vivenciar a proximidade da morte (LIBÂNEO, 1993).

*Pelo amplo corredor vi uma das laboratoristas que colhia material para exames de sangue na clínica. Entro na segunda enfermaria e ouço uma voz: “Ih!, chegou a vampira.” A laboratorista não esboçou reação. Depositou a bandeja, a qual continha tubos de vidro para a coleta de diferentes tipos de exames de sangue, sobre a mesa de alimentação. Preparou o material, enquanto os quatro doentes da enfermaria observam atentamente. Um deles olhou para mim e fez caretas, apontou o material da bandeja da laboratorista. Ela puncionou a veia de Silva, que fechou os olhos e demonstrou expressão facial de dor.*

*Às 7 horas da manhã observei um grupo de médicos e estudantes de medicina reunidos em pé no fundo do corredor da unidade. “Agora está começando a visita médica geral e os doentes devem estar higienizados nos seus respectivos leitos”, disse-me uma auxiliar de enfermagem. “Lá vem a procissão”, comentou outra auxiliar de enfermagem. Essas entraram no posto de enfermagem e fecharam a porta. A “procissão” parou em frente a uma enfermaria às 7h30,*

*alguns médicos entraram na enfermaria e formaram um círculo no espaço livre desta. Procederam a uma discussão sobre a patologia, especificamente os sinais e sintomas, exames laboratoriais e radiológicos de Silva. Esse fez um questionamento mas não foi ouvido. Quando o grupo médico saiu da enfermaria, Silva comentou: “Por um lado gosto quando eles vêm porque combinam o que vão fazer, sinto proteção; por outro lado, não gosto que discutam minha doença, não quero saber das coisas graves.”*

## 5.5 DOMÍNIO V - OS RITUAIS

As sociedades, freqüentemente, desenvolvem normas de comportamento com a finalidade de se precaver contra o inesperado, o imprevisível, o desconhecido, e de estabelecer certo controle sobre as relações entre homem e o mundo que o cerca.

Em nossa sociedade globalizada os rituais perderam bastante de sua força. Se antes o ritual representava uma realidade profunda, hoje transformou-se em uma mera formalidade. Entretanto, o hospital, e especificamente a unidade cirúrgica, ainda mantém ricos e complexos os símbolos de certos ritos que revelam valores no seu nível mais profundo. Oficiantes e participantes expressam no ritual aquilo que os tocam mais intensamente os significados de grupo. Tento descrever o que vi com a exatidão possível, mas uma coisa é observar as pessoas executando gestos que fazem parte da prática dos rituais, e outra é tentar alcançar a adequada interpretação do que os movimentos e as palavras significam para os atores. Fiz observações meticolosas sobre

as cenas culturais e registrei com atenção os seguintes rituais: da visita médica geral, da visita da capelania e da visita dos familiares.

O ritual da visita médica geral é oficiado pelo professor chefe do serviço ou pelo Chefe de Departamento de Cirurgia, ou ainda, na ausência desses, cabe coordenar a visita geral o professor ou médico do serviço mais titulado, mais participativo, mais resolvente. Inicia-se somente após a chegada do oficiante.

Os participantes do ritual da visita médica geral são profissionais da área médica, assim como professores médicos, médicos do serviço, médicos residentes. Pode-se encontrar médico convidado, *expert* em determinado assunto, em uma das etapas da trajetória da visita, a da sala do professor. Esse convidado tem como objetivo realizar palestra e participar das discussões sobre o tema que abordou. Tem-se, ainda, a oportunidade de encontrar com professores ou somente médicos visitantes nacionais ou estrangeiros, que freqüentemente participam de toda a trajetória da visita médica geral. Observei também, com freqüência, a presença da profissional nutricionista do serviço em todas as etapas da trajetória e, algumas vezes, a presença de uma enfermeira assistencial na etapa da visita no corredor e enfermarias. A presença dos alunos de graduação do último período do curso de medicina (doutorandos) é constante e obrigatória.

Alguns residentes levam para a visita instrumentos como caneta e papel (para fazer anotações), um ou mais prontuários dos doentes e, principalmente, anotações elaboradas pessoalmente e algumas copiadas das anotações de enfermagem. Nessas anotações constam a identificação, diagnóstico, exames realizados, evolução referentes a sinais e sintomas, eliminações e ingesta dos doentes.

Para Rasia (1996, p. 112-187), a institucionalização da medicina impõe a padronização, a classificação e a diferenciação dos doentes de acordo com o estadiamento clínico da sua patologia e seu estado geral. Esses mecanismos permitem ao médico trabalhar com casos em diferentes estádios de evolução. Com esse dado é possível esperar respostas diferenciadas, porém dentro de um ou outro padrão, conforme a classificação em que cada caso se enquadra. Mesmo com todo o esforço no sentido de acompanhar esta evolução por meio da ciência e da tecnologia médicas, existe uma margem de resposta do organismo que nem sempre corresponde às classificações e aos padrões estabelecidos. Assim, a relação entre a conduta médica adotada e a resposta do doente não pode ser totalmente controlada, embora os médicos tenham uma avaliação clara e precisa da situação de cada caso.

Na visita médica geral, a primeira manifestação surge por parte do oficiante, na maioria das vezes implícita, em linguagem simbólica, percebida pela expressão facial de um leve levantar das sobrancelhas e/ou olhar atento ao residente que mais se evidencia, decifrado como o sinal de *“Pode começar”*. Poucas vezes ouvi: *“Sim, quem apresenta?”*

O residente faz breve relato informativo sobre o leito que o doente ocupa, idade, diagnóstico cirúrgico e/ou clínico, tempo de internação ou tempo de operação, exames realizados ou a serem realizados, tempo de administração de antibióticos, medicações específicas e a evolução do doente, enfatizando sinais e sintomas. Algumas vezes o doente é identificado com um termo técnico em que o prefixo do vocábulo indica o órgão no qual foi realizada a cirurgia e o sufixo revela o que foi executado no órgão, por exemplo: *“paciente gastrectomizado no 10º dia de po”*.



O tempo, para as equipes médicas e de enfermagem, é a unidade cronológica utilizada para a tomada de uma decisão terapêutica para marcar o intervalo de administração de um medicamento ou o tempo de cirurgia.

Os doentes, afirma Rasia (1996, p. 111),

possuem uma noção de tempo mais complexa do que os médicos e demais trabalhadores da organização hospitalar. Médicos, enfermeiros e alunos de medicina concebem o tempo livre de qualquer influência religiosa ou sagrada, o que não ocorre com os doentes. Para o corpo médico-hospitalar, o tempo é a expressão da resposta de um organismo biológico a um procedimento técnico-científico, fundado na razão, portanto.

Durante a visita os participantes manifestam-se em linguagem médica, técnica, científica e utilizam termos técnicos abreviados (códigos), tais como *neo*, que significa neoplasia, ou *po*, que significa pós-operatório.

O oficiante é quem geralmente inicia os questionamentos aos residentes. Nessa etapa da trajetória da visita geral, a de corredor, a visita fica restrita às discussões rápidas (que se caracterizam como informativas, práticas, trazidas prioritariamente pelos residentes) e a questionamentos de alguns professores e médicos do serviço. Os questionamentos aos residentes são freqüentes quanto às incertezas das informações ou quando essas carecem de particularidades. As decisões nessa etapa são pouco freqüentes e, quando ocorrem, dizem respeito à alta hospitalar dos pacientes, assuntos que carecem de brevidade na discussão.

As discussões são breves mas sempre guardam a relação ensino-teoria-prática. Quem participa da visita deixa tem que é um processo de reflexão e ação com o intuito de melhorar não somente a qualidade dos tratamentos cirúrgicos da clínica, mas principalmente manter os envolvidos atualizados permanentemente com os resultados

obtidos na disciplina de clínica cirúrgica do serviço e receber informações de outros serviços em nível nacional, internacional, contribuindo assim com a devida relevância ao ensino médico que se pratica na unidade.

A enfermagem, nas atividades de ensino clínico, não assimilou esse modelo biomédico de discussões em grupos (docentes médicos, médicos do serviço, residentes, convidados), referente às atividades de cuidado. Em campo de estágio discute-se com o aluno e enfermeiras de campo as tarefas a serem cumpridas, as escalas diárias e a checagem do cumprimento dessas tarefas. Os docentes de enfermagem que realizam estágios curriculares na unidade não têm o hábito de discutir o cuidado realizado com as enfermeiras da unidade; são freqüentes as conversas a respeito da organização da clínica, das quais os alunos dificilmente participam.

A visita médica geral nas enfermarias é feita na presença do doente, mas este não participa; percebe-se que não tem voz nem rosto. Ouvi de um doente: *"Oh! doutor a dor mais aqui. Não vou no banheiro desde que cheguei, tem algum remédio?"* Mesmo que indague ou faça alguma solicitação, não é atendido. No momento da visita todos ouvem o participante que estiver falando. Do ponto de vista cultural é um tabu, pois revela um modelo de comportamento com caráter não mediador. A proibição do ato de questionar durante a visita médica geral tem relação com um tabu manifestado na visita médica. A violação tem conseqüências, pois constitui a violação de símbolos de precaução contra coisas essencialmente perigosas, ou seja, os portadores de *mana* (poder). Dentro do código cultural, essa infração do tabu (o doente questionar durante a visita médica geral) constitui uma ruptura da "ordem humana". O doente não tem rosto, pois observa-se que mencionam determinado doente e muitos do grupo

permanecem dando as costas para o enfermo, inclusive o oficiante. É o caso médico que é identificado.

O doente, esse pode ser indagado. Algumas vezes o oficiante faz perguntas ao doente para confirmar e/ou esclarecer suspeitas sobre hábitos e/ou tratamentos realizados anteriormente, quando faltam informações no prontuário.

A etapa da visita médica geral nas enfermarias finaliza quando são realizados os últimos relatos dos leitos ocupados pelos doentes. Então, a procissão dirige-se imediatamente para a sala de aula do professor.

A procissão se desfaz à medida que os participantes da visita entram na sala. Lotam o cenário da sala de aula; mais de um precisa ficar em pé e alguns sentam-se na beirada de um tablado que abriga a tribuna.

Os professores e médicos do serviço, participantes ativos nas discussões, sentam-se nas primeiras filas de cadeiras e todos demonstram estar muito atentos e interessados sobre o que fala uma palestrante.

A palestrante oferece muitas informações, mas somente eu as anoto. Quando a convidada finaliza a exposição, o professor-chefe faz uma pergunta pertinente ao assunto abordado e agradece a resposta da médica. Também faz perguntas à médica especialista em proctologia e, junto com o grupo das cadeiras de frente da sala, discutem sobre o tema, enriquecendo as falas com relatos de experiências e citando artigos atualizados relacionados às questões discutidas. Trocam informações e requisitam experiências pessoais, cada um na sua especialidade. Um dos médicos é instigado a comentar sua experiência sobre o assunto com o doente idoso. As

discussões prosseguem e todos os argumentos são alicerçados em pesquisa e/ou artigos científicos recentes, com muita propriedade naquilo que se comenta.

No ensino de enfermagem em campo de estágio algumas vezes exige-se do aluno a realização de estudos de casos, apresentados com frequência no último dia de estágio, juntamente com as avaliações exigidas a cada final de grupo. Portanto, são estudos que carecem de discussões, sendo na maioria das vezes “apresentados”. Seguem um padrão de apresentação da patologia, associada aos sinais e sintomas que pouco significa para o aluno em termos do que ele realizou. Sobre o cuidado pouco se discute e muitas vezes não se discute. Percebe-se que não se tem uma metodologia de discussão do cuidado.

Na academia a enfermeira não tem o hábito de discutir e/ou informar sobre a literatura recente, novas maneiras de cuidar, resultados obtidos por colegas ou ainda questionar e discutir a realização de determinados procedimentos. A via mais freqüente são apenas os congressos realizados pela categoria. Nossas pesquisas ainda são realizadas em grupos fechados, havendo pouco espaço para os enfermeiros da prática assistencial. Eles, por sua vez, reproduzem esse modelo.

Na visita médica, quando as discussões com a palestrante se encerram, esta se retira da sala. Os outros participantes permanecem em sala e nesse momento o oficiante-chefe da clínica senta-se de frente para os participantes, munido da listagem dos doentes internados na clínica (recebida por todos na entrada da sala). Reiniciam-se as discussões sobre os doentes. As discussões em sala de aula são realizadas com mais detalhes, sendo enfatizados os prognósticos e o sucesso ou fracasso de determinados tratamentos. Durante a visita às enfermarias não são feitos esses tipos de discussões.

O professor-chefe da clínica lê o que está relatado sobre o primeiro doente da lista assim como o número do leito, nome, idade, diagnóstico, tempo de internação e tempo de pós-operatório. Em seguida, discute-se sobre os procedimentos e exames a serem realizados com o objetivo de detectar complicações e solucionar os problemas. Decide-se qual o tratamento mais adequado para o doente.

A enfermagem não discute qual é o melhor cuidado individualizado para cada paciente. Nas passagens de plantão, a predominância é a checagem das tarefas a serem cumpridas e realizadas, fundamentadas basicamente na prescrição médica. O discurso da enfermagem na unidade muitas vezes se torna holístico na voz da enfermeira assistencial M: *“Procuramos ver o paciente como um todo, holisticamente, mas nem sempre isto é possível quando a clínica está lotada”*.

As discussões sobre os doentes internados continuam, apresentam os exames realizados e sugerindo-se o que deve ser realizado, sempre intercaladas com opiniões daqueles mais participativos, que dão testemunho de suas experiências a cada caso. A visita teve a duração de aproximadamente cinco horas e vinte minutos.

*Percebi em todas as enfermarias o Novo Testamento e muitos folhetos com textos religiosos nos criados-mudos ao lado do leito de alguns pacientes. Li um dos folhetos de Silva e ele me disse que foi o padre e a capelã quem deixaram quando fizeram a última visita. Perguntei se gostava de ler os folhetos e obtive a seguinte resposta: “Não sei a escrita, gosto quando eles vêm visitar a gente, conversa e reza.”*

Sobre as visitas do padre e pastores, explica a enfermeira M: *“É o serviço de capelania do hospital (SCH) quem faz e distribui material religioso.”* O SCH está localizado no 2º andar do prédio central do hospital. O coordenador do serviço é o padre B, que diz: *“O serviço tem como finalidade o atendimento das necessidades espirituais da pessoa. Destina-se a pacientes, visitantes e servidores, sem discriminação de credo. É exercido no âmbito do hospital e de forma ecumênica.”*

As pessoas que atuam no serviço de capelania do hospital são os agentes da pastoral das igrejas católica e batista, o padre da igreja católica, a capelã da igreja batista e o pastor da igreja luterana. Todos tem dias fixos para as visitas, utilizam jalecos brancos e crachá de identificação; o padre, a capelã e o pastor têm o crachá de cor marrom e os agentes têm crachá de cor rosa.

O padre frequentemente realizou visitas agendadas pelos agentes da pastoral. Numa dessas visitas aos pacientes agendados, usava jaleco branco, crachá de identificação de capelão católico, carregava uma agenda do ano 2000, uma Bíblia, um Novo Testamento, vários terços, um recipiente com óleo para unção e uma “pastinha” com hóstias para a comunhão.

O padre entra na enfermaria, diz boa tarde e se apresenta como padre B do serviço de capelania do hospital. Segura na mão de um paciente e diz: *“Fique tranquilo que Ele vai te ajudar. Está em um bom hospital, com um serviço muito bom. O senhor é católico? Gosta de rezar?”* O padre, com sua mão sobre a do doente, faz uma oração, reza o Pai Nosso e depois pergunta ao doente: *“Você gostaria de ler*

*algum folheto, quer que eu deixe algum?"* O paciente diz que não está enxergando muito bem. O padre pede que reze para que tudo dê certo.

O doente está confuso em relação à ajuda espiritual; o padre percebe e salienta não somente a via divina, mas que o serviço é bom e vai curá-lo. Muitos doentes têm a certeza da garantia médica e acreditam que apenas a ciência pode curá-los. A via escolhida para a significação da cura é o discurso que identifica a garantia no outro, no profissional.

O padre entra na enfermaria seguinte, cumprimenta a doente e a visita. Apresenta-se e elas agradecem muito a presença dele. A visitante diz: *"No momento tem que se confiar muito em Deus, rezar bastante para que tudo dê certo"*. O padre responde que isso é muito bom. Conversam sobre Deus e a importância de se ter fé no momento de sofrimento.

O paciente está bastante sonolento. O padre pergunta se ele gostaria que fosse feita uma oração. Faz a oração com a mão no peito do doente e o sinal da cruz sobre sua cabeça. Ele pergunta se o paciente está bebendo água e diz: *"Percebo que sua boca está muito seca"*. A esposa fala que ele está em jejum para fazer um exame. O padre pede um pouco de água para a esposa, que está ao lado da jarra com água. Umedece os lábios do paciente. O padre informa os dias que realiza missa na capela do hospital e convida-os a participar. Entrega um terço para o doente e ele pede para que o padre reze uma missa para ele. O padre anota em sua agenda os nomes.

Percebe-se a fé que atua sobre a doente e seus familiares muitas vezes no sentido de recuperar uma religiosidade abandonada, quer porque na divindade ou no sagrado se imagina que possa estar a cura, quer porque se tenta buscar uma explicação

para a origem do sofrimento. O padre trabalha vigorosamente as formas do ritual religioso católico como fator de negociação em face do desamparo humano. Nessas minuciosas práticas estimula o imaginário do doente a um encantamento que, segundo Maffesoli (1984), anula o tempo e as angústias, tem uma função catártica.

Segundo a capelã de confissão batista do serviço de capelania do hospital, as visitas são realizadas *“quando os agentes trazem pedidos de pessoas que desejam a presença da capelã ou quando já fiz a visita ao paciente e vejo a necessidade de voltar, pois o paciente ainda precisa do meu conforto espiritual”*. Leva consigo uma prancheta, papel para anotações, caneta e folhetos com orações da Congregação Batista (“mensagens”).

A capelã entrou em uma enfermaria e cumprimentou: *“Boa tarde para todos”*. Foi em direção a umas revistas que estavam em cima de uma mesinha e olhou a capa de cada uma delas. Aproximou-se do leito 15, quis saber o nome dele e perguntou se podia anotá-lo em sua prancheta. Identificou-se como a capelã do hospital e esclareceu que estava ali para dar apoio. Perguntou: *“O sr. quer apoio?”*, ao que ele respondeu afirmativamente. Perguntou sua idade, que tipo de cirurgia faria, qual o problema, a cidade de origem, se era católico e anotou tudo em um papel fixado na prancheta. Disse que gostaria de ler a palavra de Deus com ele e perguntou se aceitava. O paciente respondeu que seria bom e ela pergunta por quê. Como o paciente insistiu na resposta, ela respondeu: *“É bom porque lubrifica a alma, anima.”* Iniciou a leitura de um folheto que tinha a mensagem de Deus com orações para cada dia da semana. Tocou no paciente e perguntou por que ele estava com cara de quem quer chorar: *“O que posso ter falado que te faz querer chorar?”* O paciente disse: *“Estou*



*com saudades da família e de casa.*” A capelã falou pausadamente: *“Por cima de todas as adversidades da vida está Deus, e essas coisas fazem parte, mas é bom pensar em viver, viver o quanto Deus quer e viver em salvação.”* Pediu que o paciente revisse o que estava errado: *“Peça a Deus para examinar seu coração e limpá-lo para viver bem. Confie em Deus para que tudo fique bem, vou orar com Ele por você.”* Tocou no ombro do paciente e começou a orar, pediu para Deus iluminar e ajudar o Silva, a sua família, os médicos que cuidavam dele e abençoar a todos, agradeceu e disse: *“Amém”*.

A capelã trabalha com a espiritualidade dos doentes relacionando a recuperação da saúde à remissão de pecados, um modo de ver a doença como desequilíbrio espiritual.

Nos hospitais da Idade Média, segundo Saunier (1997, p. 211), os doentes eram incentivados no plano espiritual a “colocar a alma em harmonia com Deus” e obter, assim, a remissão dos pecados, apanágio de uma paz interior apta a facilitar o restabelecimento. “Não se exige nada mais nada menos, antes de qualquer admissão, do que a confissão e a comunhão. Purificado o doente, lavado de seus pecados, tendo colocado a sua alma nas mãos de Deus, é deste modo colocado em situação privilegiada para que a ação terapêutica se exerça melhor.”

Para Castoriadis (1987, p. 387),

a religião dá nome ao inominável, representação ao irrepresentável, lugar ao não localizável. Ela satisfaz, simultaneamente, a experiência do Abismo e a recusa a aceitá-lo, circunscrevendo-o - pretendendo circunscrevê-lo - , dotando-o de uma ou mais figuras, designando os lugares que ele habita, os momentos que ele privilegia, as pessoas que o encarnam, as palavras e os textos que o revelam. A religião é, por excelência, a apresentação/ocultação de Caos. Ela consiste numa ‘forma de compromisso’, que combina

ao mesmo tempo a impossibilidade, para os seres humanos, de se confinarem ao aqui-agora de sua 'existência real' e sua impossibilidade de aceitar a experiência do Abismo.

*Silva recebeu também visita da família, que trouxe seus santinhos de devoção, que ele guarda dentro da Bíblia e os vê diariamente. Mostrou-me uma medalha de nossa Senhora das Graças guardada dentro de um pequeno saco. Além disso, os visitantes trouxeram-lhe frutas, bolachas e guardanapos.*

As visitas dos familiares são repletas de cenas culturais. Os diálogos mantidos, os objetos que trazem e as demonstrações de preocupação e dedicação são uma espécie de história natural de indicadores e de símbolos, uma etnografia dos veículos que transmitem significados, como se vê pelo relato a seguir:

Um paciente de 77 anos encontra-se deitado na cama. A visita, sua esposa, estava sentada na cadeira ao lado do leito e me perguntou: *“Você viu o Dr. P?, gostaria de conversar com ele, por favor se encontrá-lo peço que o avise”* e continuou: *“Acabei de mudá-lo de posição no leito, trouxe para o almoço pastéis ucranianos (pirogue). Comeu tudo, ele adora! Ainda bem que tem apetite ainda, não sei porque não fazem logo a cirurgia, ele nem tem mais dor.”* O paciente olhava para a parede e a esposa permanecia sentada na cadeira, quieta, olhando através da janela quando disse: *“Depois que ficou doente nem fala! Não quer nem ouvir que está com câncer.”*

O depoimento acima revela o respeito que a esposa demonstra pela atitude que assumiu o marido diante da doença. A palavra câncer é uma expressão que carrega

um conjunto de tabus. Evitar o nome, pela via do não-dizer tem, segundo Rasia (1996, p. 86), uma função mágica no imaginário: “afastando o nome está afastado também o câncer de seus corpos e com ele o risco de morte”.

No fragmento do depoimento da visitante e em alguns que seguirão nessa descrição, percebe-se que a maioria dos familiares e visitantes deseja conversar com o médico e/ou chefia de enfermagem visando estabelecer com esses uma relação de garantia. A falta de garantia é um aspecto importante na construção da categoria sofrimento do doente e familiares na trajetória da sua doença e de seu resultado, seja ele a cura ou a morte.

Escrito por volta da metade do século XIX, o livro “Notas sobre Enfermagem”, de Florence Nightingale, ainda hoje guarda sugestões aplicáveis ao cuidado do paciente que recebe visitas. Florence fornece um enfático ritual de como visitar um enfermo sem prejudicá-lo. Transcrevo a seguir essas considerações:

Sente-se sempre onde o doente possa vê-lo a fim de que ele não precise virar penosamente a cabeça para olhar para você. As pessoas olham involuntariamente para quem está falando. Se você torna esse ato cansativo para o doente, prejudica-o e muito. Também se se mantiver de pé por muito tempo, obriga-o a levantar continuamente os olhos para enxergá-lo. Quando falar com o paciente, permaneça o mais imóvel que possa e sem gesticular. Nunca faça o enfermo repetir uma mensagem ou um pedido, especialmente algum tempo depois de tê-lo feito. Os pacientes que costumam ser muito ocupados muitas vezes são acusados de dar demasiada atenção a seus próprios interesses. Estão instintivamente certos. Inúmeras vezes ouve-se a pessoa encarregada de enviar uma mensagem ou escrever uma carta perguntar ao paciente, meia hora após: O senhor marcou para as 12 horas?, ou: Qual foi mesmo o endereço que o senhor deu?, ou talvez fazer outras perguntas mais perturbadoras, causando ao enfermo um esforço de memória ou, pior ainda, de tomar uma outra decisão. Será menos extenuante se ele mesmo escrever suas cartas. Esta é a experiência universal dos enfermos mais ocupados (Nightingale, 1989).

As visitas de familiares e amigos são liberadas na clínica a partir das 14 horas e finalizam às 16 horas. Todos os dias podem entrar apenas duas pessoas por paciente

no horário estipulado. Nos finais de semana, no mesmo horário, está liberado o revezamento dos visitantes para cada paciente. Quando o paciente se encontra em estado grave ou é pessoa acima de 65 anos de idade, por meio do preenchimento de uma ficha de autorização a enfermagem libera um acompanhante para o doente.

Os visitantes costumam, a maioria deles, trazer para o visitado muitos alimentos e alguns objetos significantes para o paciente. A maioria das conversas se dá num tom de voz muito baixo somente entre a pessoa que fala e o que ouve. As conversas são divertidas e quase sempre nos leitos dos pacientes que já passaram pelo evento da cirurgia e na ausência de dor. Centralizam suas falas nos detalhes do vivido no centro cirúrgico, pós-operatório. Quando a dor está presente, não deixa de ser simbolizada e dão diversos significados ao que sentem. O assunto mais freqüente é sobre a extensão da ferida cirúrgica.

Quando os visitantes são pessoas mais próximas, a ferida cirúrgica sempre é mostrada. Simboliza a passagem de um sofrimento que deixou um sinal que às vezes incomoda, outras vezes é a marca de um orgulho: *“Olha que tamanho! Pena que não dá pra ver os pontos. O Dr. P disse que foram 12 pontos, mas pelo tamanho do curativo parece mais. Agora sim está tudo beleza!”*. Dona M não gostou da cicatriz e reclamou para o marido: *“Veja, foi tudo bem, não sinto dor, mas a cicatriz está muito feia”*.

Nesse fragmento a dor é citada como a passagem de um sofrimento e a cicatriz como o surgimento de outro sofrimento. Para Alves (1984), o mecanismo mais simples de interpretação do mundo é a capacidade do organismo de sentir dor ou prazer. A sensação de prazer é um ato de conhecimento que interpreta uma dada

relação organismo-ambiente como sendo favorável à sobrevivência ou à expressão do corpo. A sensação de dor, ao contrário, o faz saber que sua vida está em perigo. A atividade se dará, então, pela aproximação do objeto que lhe causa prazer ou pela sua fuga daquele que lhe causa dor.

No leito ao lado está a paciente S, que recebe uma visita que se apresentou como seu primo. Trazia uma sacola cheia de frutas, pão, bolachas e, num recipiente, macarrão com muito molho. O visitante explicou que quando veio visitá-la no fim de semana, ela pediu que trouxesse comida, pois não suportava a do hospital. A paciente perguntou pelos filhos e queria saber como cada um estava de saúde e começou a chorar... O primo respondeu que a vizinha tratava-os bem: *“Durante o dia ficam sozinhos, mas ela trata bem; chega às 20 horas.”* A paciente reclamou da dor: *“Hoje a dor não passa, já tomei duas injeções e não passa, só dá sono, é dor em fisgada daquela que começa fininho e chega derrubando.”* Comentou que não gostava de receber soro, mas que se não fosse isso já estaria morta, pois não conseguia se alimentar. O primo despediu-se deixando um abraço dos parentes e dizendo seus nomes.

A dor, de uma forma ou de outra, é parte inseparável do cotidiano. Provavelmente é o sintoma mais comum encontrado na prática médica. Embora a dor física seja um sintoma particularmente/vivido e emocionalmente carregado, essa só pode ser compreendida num contexto cultural se vista como parte de um aspecto mais amplo. Essa visão, segundo Figueiró (2000), obriga a uma reflexão sobre o comportamento diante do ser humano que sofre de dor e questiona: será que se faz todo o possível para tratar cada caso de dor? Há precipitação em tratá-la, sem saber sua

origem? Retarda-se demais o tratamento, à custa do sofrimento vão do paciente? Deixa-se a morfina, quando esse é o último recurso, por receio do vício? São perguntas angustiantes que, segundo Figueiró, são feitas pelos médicos para si mesmos, como profissionais ou como atores sociais comuns.

As mulheres pacientes nunca deixam de querer saber sobre os filhos dos quais se afastaram, muitas vivenciam verdadeiros dramas com essa separação, como o caso de uma paciente bastante jovem que recebia muitas visitas, de seus pais, irmãos e cunhada. O marido não veio porque cuidava do nenê de 6 meses e mais dois filhos pequenos. Sentiu dores abdominais e chorou, a mãe segurou sua mão e também chorou. A mãe comentou: *“Acho que ela está chorando é pela Patrícia, a pequenina; até eu tenho saudades, nós moramos bem longe dela e não dá para visitar e trazer notícias.”* As visitas trouxeram biscoitos, salgadinhos, uma Bíblia e uma pequena imagem de Nossa Senhora Aparecida. A mãe trouxe uma toalhinha feita por ela dizendo: *“É para colocar a santinha em cima.”*

Comecei a entender mais claramente a importância de uma etnografia quando iniciei a observação dos objetos que os doentes e seus familiares traziam para o hospital. Construí uma leitura desses objetos significantes para o paciente e familiares. Dos 89 objetos relacionados em meu diário, 40% eram produtos do gênero alimentício, 39% objetos religiosos (Bíblia, imagens de santos) e fotos dos filhos e 21% eram produtos de higiene pessoal. Todos os objetos refletiam hábitos pessoais, demonstrando fazer parte dos padrões de comportamento familiar. Hábitos e costumes diferentes dos da organização hospitalar, e que são importantes para a melhor adaptação do doente no hospital.

Segundo Geertz (1989), deve-se atentar para o comportamento, pois é através do fluxo de comportamento que as formas culturais encontram articulação. Elas se encontram em várias espécies de artefatos e vários estados de consciência.

Os artefatos são objetos portadores de significados que minimizam o sofrimento do evento presente. Segundo Geertz, são símbolos significantes, afastadas da realidade e usadas para impor um significado à experiência.

Os pacientes que recebiam alimentos dos familiares expressavam-se assim: *“Não suporto a comida do hospital, é fraca, mata a gente antes da hora, dá fraqueza”*. A categoria comida fraca é sinônimo de falta de sal, gordura e condimento, em especial a pimenta. O pão francês servido no hospital também é para alguns considerado muito fraco; eles preferem o pão feito em casa e comentam: *“O pão que como em casa é amassado com banha, que dá sabor e sustenta mais”*.

Segundo Helman (1994), para membros das diversas sociedades o alimento traz consigo uma série de simbolismos, manifestando e criando relações entre o homem e o homem, o homem e as deidades e o homem e seu meio ambiente natural.

As fotos que as mulheres trazem de seus filhos têm um significado muito especial de proximidade: *“Eles são bonitos, ficam aqui pertinho comigo para eu poder beijá-los”*. As imagens retratadas são diferentes das imagens mentais que fazemos das pessoas, elas oferecem a sensação de proximidade pelas expressões, nitidez das figuras e oferecem a oportunidade de toque, mesmo que seja no papel, retratando a imagem que se quer acariciar.

A Bíblia representa o conforto, a confiança, a garantia: *“Ah!, dela não me separo! Confio em Nosso Senhor, ele é o Senhor de tudo, ele vai me curar!”*

As imagens religiosas que representam uma divindade são consideradas moradas de uma entidade sobrenatural: “*Deste Jesus aqui não me separo*”, disse MSS. segurando a pequena imagem que guarda debaixo do travesseiro.

As normas religiosas de comportamento baseiam-se nas incertezas da vida e variam muito. Entretanto, tornam-se mais evidentes nos momentos de crise, ou seja, na doença.

As constatações acima resumem um quadro de crença e de fé. O sofrimento é, por excelência, um meio de o devoto se voltar para a divindade e de reavivar sua fé. É como se a fé viesse concomitante ao mal, de acordo com Durkheim (1968, p. 227-228): “A fé expressa um anseio de transformação da situação individual, a tal ponto que o fiel tem a certeza da intervenção sobrenatural, 'de acordo com a vontade de Deus'. A fé é antes de tudo, calor, vida, entusiasmo, exaltação de toda a atividade mental, transporte do indivíduo acima de si mesmo. As crenças são ativas apenas quando compartilhadas”.

*Silva estava em jejum desde a hora do almoço. Às 15 horas foi realizada lavagem intestinal. Às 17 horas lhe foi oferecido um caldo, que pouco tomou. Na manhã seguinte, às 5h30, foi realizada, pela auxiliar de enfermagem do noturno, a tricotomia. Às 7 horas adentrou a enfermaria a auxiliar do centro cirúrgico empurrando uma maca. Silva disse estar com muita dor e que subia uma ansiedade até a garganta. Perguntei como se sentia em relação à cirurgia e este respondeu que estava tranquilo. Silva deitou-se na*



*maca, permaneceu calado e fechou os olhos por alguns instantes como se quisesse chorar e quando os abriu escorreram lágrimas.*

*Acompanhei a descida pelo elevador até o centro cirúrgico (5º andar). Perguntei como se sentia e respondeu: “bem, estou apenas com medo da cirurgia” e permaneceu calado. Chegamos ao centro cirúrgico e no corredor do lado de fora esperavam mais dois pacientes em macas enfileiradas. Silva pegou em minha mão e apertava com força. Naquele instante chegou um médico residente e anunciou carinhosamente para Silva que a cirurgia fora suspensa por falta de condições materiais no centro cirúrgico. A cirurgia foi transferida para o dia seguinte.*

*Ao voltar para enfermaria, Silva reclamou que estava com fome, mostrou irritação por voltar à “estaca zero” e disse: “Essa espera me dá cansaço e fico ansioso, é duro ninguém se importar com a gente.” No dia seguinte, a cirurgia ocorreu na hora prevista.*

## 5.6 DOMÍNIO VI - A DECEPÇÃO

Todos os eventos que Silva enfrentou foram considerados estressantes. No entanto, o evento identificado por Silva como “tranquilo”, que foi a ida ao centro cirúrgico, fica apenas nas palavras de consolo que expressava para enfrentar o alto grau de ansiedade que no momento apresentava. Expressou mais tarde o medo da cirurgia e anteriormente a ansiedade que lhe causava desconforto (dor) na garganta.

O medo, a sensação de estar arriscando a vida, a vontade de fugir, o nervosismo e a agonia são sentimentos muito presentes nos minutos que antecedem a cirurgia. Assim o paciente MS desabafou segundos antes de entrar no centro cirúrgico: *“Estou com uma tremedeira, quero fugir... só espero sair vivo; meu Deus me tire dessa tortura!”*

O medo, segundo Hense (1987), é algo bem presente e concreto para o paciente, mesmo que às vezes ele tente escondê-lo. Envolve um certo receio ou temor de que algo desagradável aconteça. Ele tem medo de muitas coisas: da operação, da anestesia, de complicações pós-operatórias e da morte.

Kamiyama (1972) identificou alguns tipos prioritários de medos: o medo do desconhecido e o medo da operação. Dois outros trabalhos realizados por Rodrigues (1984) e Menezes (1978) com pacientes no centro cirúrgico também identificaram o sentimento medo, relacionado com a anestesia, a morte, a cirurgia e o desconhecido.

Segundo Hense (1987) ser um paciente cirúrgico é uma experiência que pode variar de acordo com a situação que motivou a cirurgia. Em alguns casos ela pode ser caracterizada pela expressão “querendo operar-se”, que não é indicação do médico. Ele mesmo escolhe livremente a operação como solução para uma desagradável situação de saúde-doença que está vivendo. Para Hense há outros casos em que a experiência de ser um paciente cirúrgico pode ser definida com a expressão “tendo sido operado”. Acontece quando o paciente não participa da decisão de operar-se. Outras pessoas tomam por ele a decisão, geralmente motivados por uma situação de risco. Há um terceiro caso para em que a experiência é caracterizada pela sensação de obrigatoriedade, de sentir-se forçado, ao qual a autora denominou de “tendo que...”

Os pacientes na clínica cirúrgica integram, na sua maioria, as duas últimas categorias relacionadas por Hense. Não encontrei pacientes hospitalizados na unidade que não tivessem indicação médica obrigatória. Todos também foram estimulados pelos familiares, parentes e amigos, alguns até com imposições, principalmente os mais jovens e os mais velhos.

O sentimento de desrespeito não encontrei citado em estudos, embora Silva o tenha vivenciado no momento mais crítico de sua trajetória, quando ao ser preparado para cirurgia e em vias de entrar para a sala de operação a cirurgia foi suspensa. Tenho ouvido muitas queixas e até mesmo lamúrias a respeito de atendimentos na clínica cirúrgica (plantão noturno), que na conversa com a enfermeira assistencial foram esclarecidas; percebemos que o paciente com isto procurava estabelecer laços de garantia e que na verdade as queixas em si eram pretextos. Entretanto, o acontecimento suspensão da cirurgia de Silva é um fato que justifica toda a sua raiva e desolação: *“ninguém se importa comigo”*. Confirmando a tese de Rasia (1996), a falta de garantia faz com que seu sofrimento não tenha alívio, já que ele não se reduz à dimensão física. *“Não há nada mais terrível do que o sentimento de que estamos completamente sós”* (Hycner, 1995, p. 118).

Enquanto Silva vivia o evento da ida à sala de cirurgia, os profissionais compartilhavam dessa atividade e isto o confortava, recebia as confirmações de que tanto precisava para confiar na equipe que faria a operação. Silva, ao receber a notícia da suspensão da cirurgia, desfaz as confirmações e desconstrói a identidade que já havia reconstruído durante o tempo de internação por meio de laços afetivos que estabeleceu com médicos, enfermagem e demais trabalhadores do hospital. Passa por

um grande sofrimento que não é físico, mas emocional. Perde um espaço que havia construído, segundo Rasia (1996), do ponto de vista afetivo e emocional e não apenas físico, mas um espaço de socialidade, marcado por um processo criador que re-significa as relações do doente no interior do hospital.

*Após a cirurgia, Silva retornou à enfermaria consciente, com dreno de Kehr conectado a um frasco coletor e com soro fisiológico instalado na veia. A partir daí os procedimentos de enfermagem foram se intensificando com a presença da enfermeira assistencial.*

*A hospitalização de Silva durou seis dias e este assistiu a mais uma intercorrência com a movimentação na unidade, devido à parada cardíaca de um doente na mesma enfermaria, o qual foi transferido para a UTI.*

*Após o exame de colangiografia, foi retirado o dreno, pois a cirurgia fora bem-sucedida. No sexto dia de pós-operatório, Silva teve alta hospitalar. Recebeu, juntamente com um familiar, orientação médica, de enfermagem, de nutrição sobre os cuidados específicos relacionados ao tratamento cirúrgico e um lembrete por escrito com o dia e hora do retorno ambulatorial. Silva, mesmo tendo muita dificuldade para ouvir, escutava com aparente interesse. A acompanhante olhou para mim e disse: “Silva é impertinente e vai ser difícil se cuidar como o doutor esta dizendo. É uma teimosia nessa idade. Já tem outros remédios e é difícil tomar.”*

## 5.7 DOMÍNIO VII - ALTA HOSPITALAR

As orientações que Silva recebeu foram de rotinas quanto aos exercícios físicos, dieta e cuidados com a ferida cirúrgica, orientações que não tiveram um olhar atento para sua idade: não se buscou, segundo Rezende (1999), captar o entorno, a cultura, o vivido do outro, que é um olhar que procura ser ingênuo, que parte da vivência partilhada, ainda que pequena, com o outro.

Na unidade de internação cirúrgica e para a enfermagem não há espaço para o cidadão adulto ou idoso, há o espaço para o doente com problemas de vias biliares, esôfago, tireóide, intestino, estômago... Ele é mais um doente internado atendido com as mesmas intenções dos demais.

Ao orientar um adulto para a alta sobre seus cuidados domiciliares, a enfermeira precisa ter claro que todo adulto já possui certas idéias bem desenvolvidas e definidas acerca de si próprio, as quais acompanham o seu sistema cultural. Muitas pessoas, embora compreendam debilmente a sua necessidade de novos conhecimentos, podem se sentir tão ameaçadas pelo desafio às suas antigas crenças que se tornam incapazes de aprender.

As orientações, do ponto de vista do padrão de atendimento de cuidados da clínica cirúrgica, são consideradas impecáveis técnica e formalmente; entretanto, se não convergirem às vivências do paciente, pode-se duvidar ou até mesmo não acreditar na efetividade delas.

Nas orientações de cuidados realizadas pela enfermeira aos idosos durante a alta hospitalar freqüentemente os aspectos do envelhecimento são reduzidos ao envelhecimento biológico, como algo que pode ser orientado independentemente dos

parâmetros culturais e sociais que, ao meu ver, modelam de diferentes modos a vida de cada idoso, como nestes dois fragmentos de fala: *"Ainda bem que já vou, em casa posso me cuidar melhor, tenho o que eu quero"; "Ah! em casa a gente faz o que bem entende. Sempre tem um remedinho caseiro que ajuda. Vocês são ótimas, mas em casa..."*.

A enfermagem, ao fazer orientações para um idoso após a cirurgia, precisa ter em mente: o tempo vivido pelo idoso e o modo pelo qual ele é culturalmente organizado por ele, pelos familiares ou a instituição em que vive; que o processo de vida para cada idoso é diferente (a imagem do corpo é diferente para cada um); que a abordagem multiprofissional é necessária pela presença das polipatologias; e, principalmente, que as orientações devem ser dadas no decorrer da internação e não somente no dia da alta, pois haverá pouca ou talvez nenhuma assimilação.

O dados etnográficos mostraram que os familiares sempre foram muito carinhosos com seu familiar idoso, porém apresentaram um modo culturalmente organizado de lidar com seu idoso. Anotei alguns fragmentos de falas de familiares sobre o Silva idoso: *" Faz o que quer , fica sozinho o dia todo"; "Somente faz as coisas direitinho quando eu mando"; "Coloca sal na comida quando eu não vejo e só toma banho quando eu levo no chuveiro; dia frio nem pensar que toma banho, acha que faz mal"*.

A enfermagem precisa reconhecer esses modos do familiar tratar o idoso no seu contexto familiar. Precisamos aprender "a cavar mais profundo, ir mais longe, evitar abordagens sob uma única razão. Importa inserir outras dimensões para enriquecer nossa visão e encontrarmos resultados mais profícuos" (Boff, 1999, p. 25).

## 6 OS TEMAS CULTURAIS

### 6.1 TEMA 1 - A HÉLICE QUE MOVE A UNIDADE CIRÚRGICA APESAR DO SOFRIMENTO

As atividades cotidianas dos profissionais da área de saúde na unidade cirúrgica revelam um estado de possessividade em relação aos doentes, como se eles pudessem ser posse de alguém. Essa constatação é significativa e correspondente nas falas dos profissionais: “*O meu doente*”; “*Vou cuidar do meu paciente*”; “*A minha gastrectomia*”; “*Nessa dorzinha eu vou dar jeito*”. Ainda durante toda a trajetória da hospitalização para se submeter à cirurgia, aos doentes se impõe a pecha de pacientes cirúrgicos, num simbolismo que se pode categorizar como resignação/impotência/imobilização, associado aos sentimentos de pena/compaixão. Nessa denominação dos outros, e até deles mesmos, não se tem consciência de que ela é bastante contraditória comparada ao “poder oculto” que deles emana em todas as atividades teóricas/práticas de ensino e pesquisa realizadas na clínica cirúrgica.

Os pacientes adultos e idosos são as pessoas moventes, direta ou indiretamente, do que se passa nas vinte e quatro horas na clínica cirúrgica. Mesmo sem consciência disso, eles são as “hélices” que dão propulsão às atividades dos médicos, da equipe de enfermagem, das secretárias e demais trabalhadores da unidade. Da mesma forma, existe um reconhecimento oculto que impele a formação de grupos de estudos que perseguem um agir ético sobre os adultos e idosos, por exemplo quando se constata no hospital a existência do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Na maioria das vezes, em toda a trajetória, os adultos e idosos da unidade cirúrgica não tiveram voz nem rosto, embora fossem as “hélices ocultas” das ações dos trabalhadores da organização assistencial e administrativa da clínica cirúrgica e de toda a arquitetura hospitalar.

A cada avanço tecnológico da medicina e de toda área de saúde, anterior, paralela ou ainda posteriormente, corresponde o recurso de *feedback* imposto, mesmo sem a consciência disso pelo doente. Do mesmo modo, na unidade cirúrgica as técnicas cirúrgicas são executadas pelo cirurgião à medida que as respostas estatísticas apresentadas em cada doente vão satisfazendo ou não o objetivo delas.

A excepcional habilidade cirúrgica de alguns cirurgiões e o aguçado “olho clínico” de outros só têm sustentação na retroalimentação em que o principal elemento é o doente. O privilégio do acúmulo desse saber está diretamente relacionado à presença do ser humano que se submete a uma cirurgia.

A movimentação do saber clínico médico e do saber da enfermagem referente ao cuidado é impulsionado pelo “poder encoberto”, que está por natureza inseparavelmente ligado ao próprio “ser paciente cirúrgico”. Esse impulsiona o interesse e a aquisição de novos conhecimentos e dá sustentação ao saber teórico, promovendo a comprovação ou a reformulação de teorias por meio da rica prática que proporciona.

O doente adulto e idoso cirúrgico é uma “hélice” não revelada, ainda que incutida no real fornecimento dos impulsos prolongados, contínuos ao “sustentáculo da unidade” cirúrgica representada pela enfermagem. O paciente é a razão de ser da



enfermagem na unidade e de todos os funcionários administrativos e/ou de apoio, pois esses se movem também em função dessa “força oculta”.

Apesar de o doente ter a faculdade velada de determinar os movimentos e conseqüentemente criar um espaço organizado e abrigar diferentes tipos de atividades na arquitetura da unidade cirúrgica e anexos, estes experimentam muitos sofrimentos na trajetória da hospitalização.

Segundo o vivenciado pelos adultos e idosos, as questões perturbadoras relacionadas ao evento da doença se intensificaram quando se focalizou a internação e principalmente o cenário cirúrgico. 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 de ser considerada pelas pessoas, segundo Hense, como o maior problema, não é o único. Ligado a ela há outros eventos 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.

Essas tensões durante os eventos da trajetória de internação não impedem a “hélice” de movimentar-se e, portanto, dar propulsão constante a todas as atividades, inclusive a da própria trajetória.

Ao mergulhar nessa trajetória emergiram signos que a interpretação semiótica revelou um percurso penoso de sofrimentos diversos. O regime de vida foi transformado total ou parcialmente. Esses transtornos não cessaram aqui, as pessoas adultas e idosas passaram por um processo de internação que fez emergir novas ordens simbólicas e conseqüentemente novas construções de significados. Uma sucessão de eventos que suscitou sofrimentos causados pela dor física, pela longa espera, pela falta

de garantias, pela perda da identidade, pelo presenciar a movimentação causada por mortes e parada cardíaca, pelo dia da cirurgia, pelas rotinas e normas da organização hospitalar.

A maioria dessas situações transportaram mensagens (significantes) que não faziam parte de seu universo cultural, mas esses sofrimentos foram também acompanhados de cenas agradáveis, de demonstrações de solidariedade entre os colegas, companheirismo das visitas familiares, do conforto das visitas do padre e da capelã, do admirado conhecimento profissional médico demonstrado durante as visitas médicas e da mais viva certeza da presença da equipe de enfermagem.

Para Ricoeur (1994), o sofrimento se constitui a partir de três eixos fundamentais: a alteração da relação do Eu com o mundo, a diminuição da potência de agir/suportar e um terceiro eixo em que o sofrimento se coloca entre o estupor mudo e a interrogação: Por quê? Por que eu?

Levando em consideração Ricoeur (1994), o sofrimento vem sempre alterar a forma de ser no mundo, da relação com o outro. O sofrimento dos adultos e idosos na trajetória da internação construiu-se a partir dos significados que não faziam parte de seus universos culturais e daqueles que precisaram ser elaborados nas suas interações com as condições expressas pelos eventos da trajetória e as manifestações físicas da doença.

Na trajetória, os sofrimentos dos adultos e idosos não se relacionaram apenas à dor; sofrimentos que foram para além da dor, que abrangeram os seus mundos dos significados e as situações vivenciadas. Foram persuadidos a redimensionar suas atenções para novos aspectos de suas experiências ou a perceber a experiência segundo

uma nova ótica. A impotência de agir/suportar produz o efeito, segundo Ricoeur (1994), de impossibilitar qualquer ação no sentido de diminuir o sofrimento. A atuação que conseguiram realizar foi reclamar da dor, da espera, da humilhação. Nessa reclamação interpelavam o outro no que diz respeito ao seu sofrimento.

Freqüentemente interpelaram aos modelos religiosos, de cura, e transformaram-nos em imagens e práticas que possibilitaram uma resignificação de suas experiências. Ao invés de explicações reducionistas da medicina, os sistemas religiosos de cura ofereceram uma explicação à doença que os inseriu no contexto sócio-cultural mais amplo do sofredor (Comaroff, 1985).

Mais do que atribuir uma causa objetiva a estados confusos e desordenados, a interpretação religiosa organiza tais estados em um todo coerente. Enquanto o tratamento médico despersonaliza o doente (Taussig, 1980), o tratamento religioso visa agir sobre o indivíduo como um todo, reinserindo-o como sujeito, em um novo contexto de relacionamento.

O saber clínico médico é um saber autoritário que não abre espaço para outros saberes. Assim, a “hélice da unidade” não tem voz nem rosto, porque traz consigo o saber popular e esse não é bem-vindo ao autoritarismo do saber científico. A “hélice” movimenta o saber autoritário, mas este não permite espaço para o seu. Mesmo sem ter voz nem rosto também durante as visitas médicas, a “hélice da unidade”, quando questionada sobre as visitas, em geral responde: *“Eu gosto, ficam discutindo a minha doença”* (esse é um entre tantos depoimentos). Por trás da impossibilidade de se expressar pela fala, de ser presença ativa, está o “sustentáculo da unidade” como

garantia para esses impedimentos. Essas respostas são decorrentes das garantias proporcionadas pelos relacionamentos estabelecidos com o “sustentáculo da unidade”.

Todos os doentes têm uma idéia mais ou menos clara daquilo que convém ao bom equilíbrio do corpo, de sua saúde, de sua manutenção. Todos os doentes têm uma idéia de um regime, prescrições e proibições; é a cultura do cotidiano. Por mais matuto que seja, ele não é destituído de saber. Tem seu saber próprio, o qual utiliza nas suas práticas de cuidados no domicílio e, quando consegue sorrateiramente, até mesmo no hospital. Os profissionais da unidade precisam destituir-se de alguns saberes autoritários para que a “hélice oculta” possa movimentar-se com algum desvelamento e, assim, minimizar os sofrimentos experimentados pelos eventos da trajetória da internação.

Os dados etnográficos do estudo indicam um tipo específico de discurso de identidade, o qual se encontra presente na fala de adultos e idosos e nas observações das cenas e respaldo nos domínios do estudo ligados ao universo cirúrgico da pré-internação e alta hospitalar.

Para os adultos e idosos, a noção de sofrimento faz alusão diretamente a uma trajetória. O sofrimento é, ao mesmo tempo, a experiência da fragmentação ou experiência de caráter negativo representada pela doença, mas também é o ponto de partida para a desfragmentação, isto é, para a construção ou reconstrução da identidade social.

A re-introdução, a reconstrução da identidade a qual a pessoa busca através do acúmulo de capital simbólico, segundo Bourdieu (1974), é conquistada a partir do vivido nos eventos da internação.

A cura representa a compensação pelo sofrimento, funciona como elemento sistematizador da experiência/trajetória e constitui o parâmetro que demarca o reconhecimento social legitimador do sofrimento. É a condição de ser/estar curado, estado reconhecido/avaliado pelo grupo que confere credibilidade ao estado de sofrimento. A alta hospitalar, a cicatriz cirúrgica para os adultos e os idosos são signos que refletiram a compensação e credibilidade do sofrimento. As visitas dos amigos, familiares e principalmente as coisas que esses traziam, os religiosos, o saber médico e a presença constante da enfermagem constituíram signos que conferiram garantias para estados de menor sofrimentos.

## 6.2 TEMA 2 - O SUSTENTÁCULO DA UNIDADE

A designação de “sustentáculo” define um conjunto de traços inerente à enfermagem da unidade cirúrgica e caracteriza a natureza da sua prática cotidiana. “Sustentáculo” é o que sustenta, que dá base, ampara, apóia, suporta. Esses são sinônimos abraçados na realização do trabalho diário da enfermagem cirúrgica.

O trabalho diário da enfermagem também comporta a administração de recursos para que as condições à realização do trabalho de todos os profissionais de saúde da unidade sejam garantidas. O trabalho administrativo da enfermagem na unidade vem assumindo novas características devido a estruturas cada vez mais complexas de um hospital de grande porte, assim como a administração dos cuidados foi acrescida de funções de gerência com vistas a concatenar o próprio trabalho da enfermagem com os trabalhos dos diversos profissionais especializados, como psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e principalmente de médicos.

Entretanto, esses profissionais vêm limitando suas presenças na unidade e as suas tarefas mais rotineiras. Como consequência, a enfermagem é que sustenta esse tipo de trabalho.

A enfermagem da unidade cirúrgica sabe dar respostas a tudo ou a quase tudo que diga respeito ao ambiente em que atua. Ela tem a guarda das chaves, controla material para evitar desperdício ou extravios, entende da limpeza e organização do ambiente, da lavanderia, da copa/cozinha, cumpre e faz cumprir rigidamente as normas de visitas e de acompanhantes de pacientes.

As demandas assistenciais de cuidados referentes aos doentes desde a internação até a alta hospitalar são de resolução da enfermagem. Durante essas demandas de cuidados, a enfermagem cria vínculos com os doentes, que são únicos e freqüentemente duradouros. A enfermagem da unidade manifesta uma solidariedade própria, que facilita o vínculo, o que acontece devido ao estímulo dado pelas três enfermeiras do período da manhã por meio do exemplo, pois demonstram especial atenção, presença e carinho para com o doente, sendo presença constante quer nas horas de demonstração de alegria durante as conversas informais, quer nos momentos de sofrimento.

Os pacientes revelam muitos segredos à enfermagem e isto contribui para que a equipe possa conhecer melhor o doente que cuida e ser o profissional que melhor suporta e “cria jeitinhos” em determinadas situações consideradas complicadas por outros profissionais.

A enfermagem recebe todos os alunos estagiários dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia e demais, dando suporte parcial ou integral a suas

atividades quanto às orientações do funcionamento da unidade cirúrgica e ainda administrando aulas referentes às rotinas e técnicas obrigatórias realizadas na unidade. Essas aulas são repetidas a cada grupo de alunos de medicina que frequenta o campo durante todos os meses do ano.

A cargo da enfermagem estão também muitas atividades repetitivas e/ou rotineiras, a maioria delas justificadas pela necessidade de oferecer conforto e segurança ao paciente, entretanto não há uma avaliação constante sobre quais circunstâncias elas devem ser mantidas.

A principal responsabilidade no exercício das tarefas de enfermagem é de prover cuidados contínuos aos pacientes internados na unidade durante as vinte e quatro horas do dia, dia após dia, até o desfecho esperado, um amplo leque de possibilidades que vai da cura à morte, sustentando toda a movimentação impulsionada pela “hélice da unidade” e oferecendo apoio ao considerado saber clínico médico.

A enfermagem vigia o saber clínico médico, valoriza-o, embora reproduza-o parcialmente nas suas práticas cotidianas. O saber clínico médico, entretanto, é sustentado pela enfermagem em vários sentidos: cooperando no silêncio, oportunizando ambiente para que ocorram as discussões e reflexões, oferecendo suporte referente às anotações diárias de enfermagem das queixas dos pacientes, dos sinais e sintomas apresentados a cada turno, seguindo rigorosamente as prescrições médicas, chamando a atenção sobre as ocorrências na ausência do saber clínico, por ela ser constante presença, fazendo interação com todos os profissionais da unidade e oferecendo suporte a todos.

Como sabedora dos “segredos dos pacientes”, ela torna-se um elo de repasse de informações importantes que sustentam esse “saber clínico”. Tanta sustentação, que às vezes fragiliza a sua própria, carecendo de reconstrução desse saber, em boa parte no sentido de não remetê-lo sistemática e intencionalmente à “hélice da unidade”.

A fonte do saber clínico médico está na pesquisa, compreendida não apenas como expediente de construção científica, mas igualmente como processo formativo. Os profissionais médicos da unidade fazem da pesquisa, durante as discussões nas visitas médicas, uma marca cotidiana, demonstrando ser o procedimento mais relevante de reconstrução do conhecimento e revelam nisso uma característica importante do “saber clínico”, que é a de inovação constante.

De modo geral, o “sustentáculo da unidade” e professores de enfermagem que transitam na unidade tomam a pesquisa como atividade extremamente sofisticada, reservada para quando se tem tempo ou para os níveis elevados da vida acadêmica. A enfermagem em suas atividades cotidianas parte do que sabe, aceitando algumas vezes isso como limite, diminuindo as possibilidades no processo reconstrutivo do conhecimento, segundo o modelo bio-médico.

Ainda a enfermagem tem muitas tarefas repetitivas e cansativas, o que em parte justifica a dificuldade de assimilar o modelo de aquisição de conhecimento médico. A enfermagem nem sempre aproveita a movimentação do saber provocada pela “hélice da unidade”, deixa de realizar a conexão teoria-prática e, às vezes, perde o *feedback* contínuo que obtém da rica prática de cuidados que submete à “hélice da unidade”. Perde a oportunidade de reformular ou confirmar teorias e ressentir-se de um



grande desestímulo para leitura e discussão entre seus pares de problemas ou acertos relacionados aos cuidados gerais e aos específicos dos doentes cirúrgicos.

Apesar de estar fazendo uma descrição sobre a aquisição do saber de enfermagem da unidade cirúrgica, não foram diferentes minhas anotações a respeito de todas as professoras de enfermagem que estiveram presentes no campo durante a coleta dos dados. Os alunos não desenvolveram discussões referentes às atividades de cuidados, foram cobrados pelas realizações das tarefas para as quais foram escalados, e somente no último dia de estágio foram realizadas, pelos alunos, apresentações de estudo de casos dentro do modelo médico, porém o cuidado de enfermagem não foi discutido. Enquanto o médico discutiria as práticas do tratamento alicerçado nas respostas da “hélice da unidade”, da literatura atualizada, das suas experiências pessoais e dos depoimentos dos colegas, do modelo bio-médico, a enfermagem não incorpora este modelo.

Mesmo não incorporando totalmente o modelo bio-médico de aquisição de conhecimento, a enfermagem possui um saber técnico-científico e sócio-afetivo próprios que a conduz às mais distintas e inovadoras experiências profissionais.

Na clínica cirúrgica a dimensão feminina (todos os membros da enfermagem são mulheres) faz emergir como a principal portadora da *anima*, o que lhe confere significantes sócio-afetivos, o nicho básico para se desenvolver os sentimentos de solidariedade, da presença e do afeto para aquele que há de mais necessitado, a “hélice da unidade”.

Segundo Boff (2000, p. 87), a mulher tem uma experiência holística, inclusiva e globalizadora. Ela pensa com o corpo e os homens pensam com a cabeça. “Ela pensa

com a totalidade da sua realidade, o que a torna muito próxima da experiência originária, mais afim à realidade da vida”. Para o autor, os homens estão se auto-exilando deste mundo integrador. A universidade, a cultura moderna e o processo técnico-científico são produções do patriarcado. Por isso ele é violento, dilacerador e produtor de dualidades e rupturas. As mulheres, para o autor, são as principais portadoras da *anima* (princípio feminino), tendo uma visão mais integradora, que não dissocia, está mais próxima da Fonte e por isso é muito mais espiritual.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Santos (1994, p. 8), o mundo inteiro é uma ficção: “A chamada aldeia global não existe. É apenas uma construção. Eu sempre desconfio de tudo o que é apresentado como sendo global, pois falta sentido a esse conceito. É um mundinho este nosso. Meu ponto de partida são os significados. Estes podem até se tornar mundiais, mas o ponto de partida é local. O sentido verdadeiro das coisas é sempre produzido por significados locais.”

A antropologia, segundo Geertz (1997, p. 11), “sempre teve um sentido muito aguçado de que aquilo que se vê depende do lugar em que foi visto e das outras coisas que foram vistas ao mesmo tempo”. Segundo o autor, “(...) as formas do saber são sempre e inevitavelmente locais inseparáveis de seus instrumentos e de seus invólucros”.

Da interpretação etnográfica extraí comportamentos guiados por significados locais para os quais não tenho a pretensão de apontar soluções definitivas, nem de acreditar que minhas sugestões poderiam ser as ideais, tampouco saberia dar a direção a todos. As descobertas etnográficas são, em sua grande maioria, complexas e de difícil resolução, pois estão ligadas a significados incorporados e cristalizados, saberes sancionados na unidade, próprios das equipes envolvidas na unidade que atuam como subculturas, com *background* cultural específico, e outras são originárias da cultura hospitalar e têm dimensões ainda referentes ao déficit financeiro por que passa o hospital, pois se trata de uma instituição governamental, apresentando,

conseqüentemente, recursos humanos e materiais bastante escassos à própria estrutura administrativa e assistencial que requer um hospital de grande porte.

Devemos reconhecer a enorme diversidade do pensamento moderno, como aponta Geertz (1997, p. 26), na realidade que nos circunda em todas as suas formas, da poesia às equações matemáticas, e estar certos de que este reconhecimento pode ser realizado sem prejuízo para a concepção de que o pensamento humano tem limitações e uniformidades próprias. O estudo interpretativo de uma cultura, segundo Geertz (1997, p. 29), representa um esforço para aceitar a diversidade entre as várias maneiras que os seres humanos têm de construir suas vidas no processo de vivê-las.

Por se tratar de comportamentos que se relacionam ao sistema simbólico, referentes ao significados incorporados pelos grupos que representam subculturas da própria cultura que formam na unidade, as considerações que apontarei, advindas dos eventos da trajetória da internação, exigem um planejamento participativo dos atores da unidade e sua execução desenvolve um longo processo determinado pela resignificação do fazer, que exigirá avaliações contínuas, o que talvez signifique necessariamente retrocessos e pequenos avanços.

Acredito primeiramente num projeto coletivo que requer um fundamento simbólico que una, motive e inspire as equipes. Poder-se-ia pensar em um imaginário coletivo, entretanto este exige a interpretação e a elaboração de um grupo multiprofissional, com parte dos profissionais não atuantes na unidade, tais como - permito-me aqui ousar uma sugestão - antropólogos e sociólogos, e que estes sejam sonhadores, indivíduos que criem novas visões de mundo por meio de suas fantasias, que recriem significados, que sejam artistas. Os outros membros participantes seriam

necessariamente profissionais já atuantes na unidade, principalmente aqueles que detêm algum poder visível ou invisível.

Um quadro não ajuda a combater a fome, mas ajuda a criar um simbolismo estético que nos eleva acima da trivialidade diária, que nos ajuda a expandir nossos horizontes. Assim, vejo a relação simbólica necessária entre enfermagem e outros profissionais da unidade cirúrgica. Além da criação de um imaginário simbólico coletivo, é preciso recriar alguns elementos significantes no contexto, fundamentalmente o que permita à enfermagem e à equipe médica voltar suas atenções e recriar significantes para os sofrimentos que afligem todos os atores nos eventos da trajetória da internação do adulto e do idoso cirúrgico.

Para Eliade (1979), o simbolismo de ascensão significa sempre o rompimento de uma situação petrificada, a ruptura de nível que torna possível a passagem para outro modo de ser; enfim, a liberdade de mudar a situação, de abolir um sistema de significação.

Cada um deve pensar globalmente e atuar localmente revendo os significados do que se vê, do que se escuta, do que se fala, do que se faz e principalmente de como se faz, fundamentado no saber sensível e no saber não sensível, todos estreitamente ligados ao imaginário produzido pelo grupo, para o bem de todos e principalmente dos doentes.

A enfermagem precisa incorporar especificamente os significantes de uma vontade própria não decorrente da vontade de outrem, instrumentalizar-se para fazer agir sua vontade e manifestar o poder que efetivamente tem na gerência administrativa e assistencial da unidade. A enfermagem é sustentáculo da unidade e como tal é

fazedora de entendimentos e de bem-estar. Portanto, precisa conscientizar-se do poder profissional que tem para não se sujeitar às imposições de ordens questionáveis. Para tanto, necessita de instrumentos que possam servir de guia e suporte.

Os simbolismos que guardam as normas, as rotinas, os rituais nas tarefas a cumprir pela enfermagem vêm de muito longe, embora façam parte do cotidiano da unidade e reflitam uma situação profissional cristalizada, um provincianismo cultural. São elementos considerados de intensa significação, mas não têm o devido estudo quanto à sua aplicabilidade e efetividade referente aos atores e ao próprio cenário cirúrgico.

A equipe de enfermagem que constrói essa rede de significações e a coloca em ação não tem consciência do quanto diz respeito a si própria e principalmente ao doente. Sendo sustentáculo da unidade e com poder profissional para inspirar significados às normas e rotinas, não utiliza essa autoridade para instituir sua vontade em determinadas situações referentes a normas e rotinas questionáveis e impostas por outros profissionais. O sustentáculo da unidade tem condições para inspirar simbologia suficiente e estimular resignificados à medida que for necessário.

Ao elaborar, cumprir e fazer cumprir certas normas e rotinas, a enfermagem tem em seu imaginário simbólico a concepção primordial de estabelecer ordem na unidade. Muitas vezes fica prisioneira da própria rede de significados que teceu e colocou em ação. Exemplifico o argumento citando apenas uma das tantas rotinas que incorporou: assumir funções de outros profissionais na ausência desses ou fazendo-os lembrar de determinadas atividades a cumprir. Ela sustenta tudo e a todos na unidade.

É fundamental para a enfermagem que fortaleça seu *self* (aqui entendido como uma rede de significados), pois precisa incorporar a simbologia de que é presença constante. A enfermagem é, na verdade, *expert* em interação, ela é interação e esse significado precisa mostrar-se e ela deve fazer dele um dos significantes das suas práticas gerenciais, administrativas e assistenciais.

Para Giddens (1994, p. 32), “nós somos não o que somos, mas sim o que fazemos de nós”. A enfermagem deve refletir sobre o que faz e como faz, atitude que denota saúde mental e social. Precisa sentir necessidade de deixar fluir a prática assistencial e administrativa de forma profissional, numa constante e profunda reflexão crítica e mesmo num dilema, sentindo-se insegura e até mesmo confusa para que, segundo Buber apud Hycner (1995), enquanto “tateie no escuro, lute. Vagarosamente, conquiste. Na conquista, sucumba, sucumbindo, ilumine-se”.

A enfermagem deve realizar suas atividades num processo contínuo de ligação teoria-prática e retroalimentação. Essa prática só pode acontecer por meio da cultura de investigação cotidiana, assim como é a cultura do saber clínico médico da unidade. Por meio desse saber inovador, criativo e transformador a enfermagem também fortalecerá sua rede de significados (*self*). Emergirão novas significações que irão corroborar sua capacidade de utilizar o poder decisório e pôr em ação, nas questões do cuidado e no gerenciar da unidade.

Durante interações efetivas com o paciente, a enfermagem sempre cultua e cultiva a sensibilidade humana, porém precisa ainda captar o saber do paciente (cultura popular) para que possa levar em consideração nas práticas dos cuidados os interesses alheios.

Precisa ajudar o doente a ser mais ele, pois a sabedoria popular, segundo Eliade (1991, p. 19), “tem freqüentemente exprimido a importância da imaginação para a própria saúde do indivíduo para o equilíbrio e riqueza da sua vida interior”.

A enfermagem necessita perseguir duas coisas: a percepção dos significados de cuidados e a direção que esse saber dá à vida do paciente. A direção que as pessoas percebem em suas vidas e o objetivo que acreditam existir nelas, pois contribuem para a recuperação do paciente. O saber popular incorporado no paciente, especificamente no que se relaciona às práticas de cuidados de si, é extremamente importante, devendo afluir e conseqüentemente influenciar as práticas profissionais cotidianas da equipe de enfermagem.

A enfermagem precisa evitar as lentes do etnocentrismo para entender o universo cultural distante do dela. É preciso que capte as significações próprias, as ações e relações simbólicas com que se defronta na trajetória da internação, a fim de desvencilhar-se de algumas antecipações dos modelos que habitualmente cultiva.

Deve abrir espaço para o paciente ou familiares verbalizarem suas práticas de cuidados e considerar as dimensões desse saber. Os cuidados de enfermagem, de acordo com Collière (1989), “(...) não podem relegar para segundo plano o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida” dos pacientes, “a sua razão de existir”. As informações que os pacientes transportam precisam ser sistemática e deliberadamente estudadas, além de intencionalmente utilizadas.

Acredito que a enfermagem assim procedendo estaria obtendo mais informações, coerentemente alicerçada para minimizar os sofrimentos interpretados na trajetória da internação dos adultos e idosos, especialmente os sofrimentos provocados



pelo rigor das normas e rotinas impostas, as quais desconsideram o paciente adulto e o idoso como pessoa que tem um saber e, portanto, significados próprios.

A enfermagem, como presença que é na unidade cirúrgica, necessita estender essa presença nos eventos do cenário da Central de Internação, reduzindo, assim, alguns sofrimentos impostos às cenas do cenário da pré-internação.

Ao conceber uma cultura de investigação científica procedida diariamente e levando em consideração o seu saber profissional convergente ao saber popular nas práticas de cuidados com os pacientes, a enfermagem estaria estimulando um olhar treinado, capaz de compreender cada vez mais e determinar a diferença entre as práticas de cuidados com o adulto e com os idosos internados. Abriria, obrigatoriamente, espaço para o estímulo ao estudo dos cuidados cirúrgicos específicos ao adulto e ao idoso da unidade.

A maneira de ver e fazer esse processo de trabalho perpassa pela graduação em enfermagem, porque acredito que apenas aquilo ao que me referi anteriormente não é suficiente para que haja mudanças significativas. Os currículos de enfermagem devem apresentar verdadeiras mudanças de seus paradigmas e as disciplinas devem estar voltadas ao objetivo de um conhecimento integral do ser humano, que só se faz por meio da investigação cotidiana.

As escolas precisam preparar seus professores para esse considerável pensar e fazer no cuidado de enfermagem. O professor não pode mais se restringir aos livros que salientam as questões técnicas ou que enfatizam os significantes sócio-afetivos. O professor necessita enfatizar em sua disciplina a importância da convergência teoria-prática e junto à enfermagem de campo estimular e realizar investigações que

fomentem a prática com o intuito de não cristalizá-la, mas renová-la e num processo constante de interpretação que incite a criação de novas teorias.

Apresento ainda provisórias considerações que possam nortear a construção de significados para a enfermagem frente ao já exposto anteriormente: há que se crer radicalmente no conhecimento, mas esse conhecimento não pode ser simples acúmulo de informações. Há que se tornar fecundos e úteis seus gestos enquanto pessoas, profissionais e cidadãos, entrelaçar a teia de significados tecidos por toda a equipe. Esse conhecimento tem que ser fértil, o que só pode acontecer se gerar a sua própria dúvida e conspirar contra sua própria estabilidade. Não se têm verdades, mas apenas pretensões da verdade. Os paradigmas das verdades eternas, os catecismos, dos saberes historicamente acumulados, e os enciclopédicos jargões da enfermagem já não se encontram e nem sempre respondem às questões cada vez mais complexas ligadas à profissão. O conhecimento deve nascer da primazia do diálogo. Por isso, o conhecimento também deve estar constantemente submetido à criatividade do diálogo proporcionado pela pesquisa e a partilha com seus pares.

Penso na enfermagem da unidade cirúrgica fazendo transcender sua prática de cuidados para um sentimento de criar, inovar, compartilhar. Nossos tempos exigem que tornemos o conhecimento um veículo para a passagem da consciência de nós mesmos enquanto seres humanos, profissionais, e não como senhores do mundo, mas como irmãos do universo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 263-271, jul./set. 1993.

ALVES, Rubem. **O suspiro dos oprimidos**. São Paulo: Paulinas, 1984.

ANDRÉ, Marli Eliza D.A. **Etnografia na prática escolar**. 2. ed. São Paulo: Papiros, 1995.

ARGILAGA, Maria Teresa Anguera. La observación participante. In: BAZTÁN, Ángel Aguirre. **Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural**. México: ALFAOMEGA, 1997.

ARGILE, M.; TROWER, P. **Você e os outros: formas de comunicação**. São Paulo: Harper & Row, 1981.

ATKINSON, Paul; HAMMERSLEY, Martyn. Ethnography and Participant Observation. In: DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna S. **Qualitative Research**. Londres: SAGE, 1994.

BEAN, Susan S. **Soap opera: sagas of American Kinship in the American dimension**. Port Washington, New York: Alfred, 1976.

BLUMER, H. What is wrong with social theory? **Am. Soc. Rev.** New York, v. 19, p. 3-10, 1954.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Depois de 500 anos: que Brasil queremos?** Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. **Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BOURDIEU, P. **Economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRUNER, J. **Acts of meanings**. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

CAMARGOS, Anadias T. **A passagem de plantão e sua influência no trabalho de enfermagem**. Belo Horizonte, 1999. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

CARDOSO, R. de Oliveira. **Sobre o pensamento antropológico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

CASTORIADIS, Cornelius. **As encruzilhadas do labirinto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CAMAROFF, J. **Body of power, spirit of resistance**. Chicago: Chicago University Press, 1985.

CUTAIT, Raul. A saúde de São Paulo. **Folha de S. Paulo**, 10 dez. 2000, Brasil, p. A 10.

DURKHEIM, Émile. **Lês formes élémentaires de la vie religieuse: lê système totémique em Australie**. Paris: PUF, 1968.

ERICKSON, F. Qualitative methods. In: WITTROCK, M. **Handbook of research on teaching**. 3. ed. New York: Macmillan, 1986.

ELIADE, Mircea. **Mito e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1991.

\_\_\_\_\_. **Imagens e símbolos**. São Paulo: Arcádia, 1979.

FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. **Textos Didáticos**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 49-71, mar. 1994.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sígnico. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

FIGUEIRÓ, João Augusto. **A dor**. São Paulo: Publifolha, 2000.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

\_\_\_\_\_ **Local knowledge: further essays in interpretative anthropology.** New York: Basic Books, 1983.

\_\_\_\_\_ **Works and lives: the anthropologist as author.** Stanford: University Press, 1988.

\_\_\_\_\_ **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_ **Nova luz sobre a Antropologia.** São Paulo: Zahar, 2001.

GIDDENS, Antony. **Modernidade e identidade de pessoal.** Oeiras: Delta, 1994.

GOMES, Guilherme Simões. A hermenêutica cultural de Clifford Geertz. **Margem**, São Paulo, v. 1, p. 37-46, 1992.

HAMMERSLEY, Martyn; ATKINSON, Paul. **Ethnography: principles in practice.** London: Tavistock, 1983.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENSE, Denise S. S. **Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade.** Florianópolis, 1987. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

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

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

JOUCLAS, Vanda G; SALZANO, S.D.T. Planejamento de uma ficha pré-operatória de enfermagem. **Rev. Esc. USP**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 5-16, abr. 1981.

KAMIYAMA, Y. **O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas.** São Paulo, 1972. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo.

LANGDON, Esther Jean M. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico.** Florianópolis, 1994. Tese (Titular), Universidade Federal de Santa Catarina.

- LANGER, Susane K. **Filosofia em nova chave**. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- LEACH, E. **Cultura e comunicação**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1976.
- LEININGER, Madelaine. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- LENARDT, Maria Helena. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica**. Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.
- LIBANEO, João B. **A vida e a morte: desafios e mistérios**. São Paulo: Paulinas, 1993.
- LUNARDI, Valeria Lerch. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Florianópolis, Pelotas: UFPel, 1999.
- \_\_\_\_\_. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras. In: WALDOW, Vera R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- MAFFESOLI, Michel. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.
- MAGOON, A. J. Construtivist approaches in educational research. **Rev.Educ.Res.** v. 47, p. 651-693, 1977.
- MAHBUBANI, Kishore. Os asiáticos sabem pensar? **Veja**, São Paulo, v. 33, n. 52, p. 120-127, dez. 2000.
- MAZOTTI, Alda J. Alves; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- MENEZES, A.R. **A problemática da enfermagem dos pacientes no período trans-operatório: um estudo dos problemas sentidos e observados**. São Paulo, 1978. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo.

MOODY, Raymond, A. J. **Life after life: the investigation of a phenomenom-survival of bodily death.** New York: Bantan Books, 1976.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar e reformar, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NELSON, Richard K. **Hunters of the northern ice.** Chicago: University of Chicago Press, 1969.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, 1989.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício.** 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

POLAK, Ymiracy N. de Souza. et al. **Saúde do adulto: um enfoque multidisciplinar.** Curitiba: Pinha, 1997.

POLAK, Ymiracy N. de Souza. **Socialidade da doença multidões de corpos e corporiedades solitárias.** Curitiba, 1997. Tese (Titular) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná.

\_\_\_\_\_. **A corporiedade como resgate do humano na enfermagem.** Pelotas: Universitária/UFPel, Florianópolis, Programa de Pós-graduação/UFSC, 1997.

RABINOW, P.; SULLIVAN, W.M. The interpretative turn: a second book. In: \_\_\_\_\_. **Interpretative social science: a second book.** Berkeley: University of California Press, 1987.

RASIA, José Miguel. **Hospital: socialidade e sofrimento.** Curitiba, 1996. Tese (Titular) - Departamento de Sociologia da Universidade Federal do Paraná.

REGIS FILHO, Gilsée Ivan; LOPES, Mônica Cristina. Trabalho noturno e estresse: estudo de caso em uma indústria do setor de alimentos - uma abordagem da ergonomia. **Rev.Cien. Saúde,** Florianópolis, v. 16, n. 1/2, jan./dez. 1997.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. Refletir sobre a diferença e a incompletude: um desafio que se impõe aos profissionais de saúde. **Enferm. Rev. Belo Horizonte,** Belo Horizonte, v. 5, n. 9/10, jul/dez., p. 80-91, 1999.

RICOEUR, Paul. La souffrance n'est pas la douleur: souffrances corp et ame, épreuves partagées. Paris, n. 142, p. 58-70, Fev. 1994.

RICUPERO, Rubens. Cruz das almas. **Folha de S. Paulo**, 22 ago 1998. Dinheiro, p. 2-2.

SANDERS, William B. Pimball occasions. In: BIERENBAUM, A.; SAGARIN, E. **People in places: the sociology of the familiar**. New York: Praeger, 1973.

SANTOS, Milton Almeida dos. O mundo não existe. **Veja**, São Paulo, 16 de dezembro, 1994.

SAUNIER, Annie. A vida quotidiana nos hospitais da idade média. In: LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1997.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. **A field regardi**. Strategies for a natural sociology. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1973.

SCHWANDT, Thomas A. Construtivist, interpretivist approaches to human inquiry. In: DENSIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. **Qualitative Research**. London: SAGE Publications, 1994.

SHAPIRO, M. J. **Language and political understanding: the politics of discursive practices**. New Haven: Yale University Press, 1981.

SPRADLEY, James P.; McCURDY, David W. **The cultural experience: ethnography in complex society**. Chicago: SRA, 1972.

\_\_\_\_\_ **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rnehart and Winston, 1979.

\_\_\_\_\_ **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

TAUSSIG, M. Reification and the consciousness of the patient. **Social Science and Medicine**. v. 14, p. 3-13, 1980.

TAYLOR, C. The explanation of behaviour. London: Rantledge & Kegan Paul, 1964.

\_\_\_\_\_ Interpretation and the sciences of man. In: RABINOW, P.; SULLIVAN, W. M. **Interpretative social science: a second book**. Berkeley: University of California Press, 1987.

ULRICH, J. A. Clinical study comparing thibistat 0,5% clorhexidine gluconated in 70% alcool and efficacy against experimental contamination of human skin. **Curr. Ther. Res**, v. 31, n. 27, 1972.



WALDOW, Vera R. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WOLCOTT, Harry F. Ethnographic research in education. In: JAEGGER, R. M. **Complementary methods for research in education.** Washington: American Educational Research Association, 1988.

\_\_\_\_\_ Posturing in qualitative inquiry. In: LECOMPTE, D. et al. **The handbook of qualitative research in education.** New York: Academic Press, 1992.

**ANEXOS**

**ANEXO I - PROJETO DE PESQUISA ENCAMINHADO AO DEPARTAMENTO  
DE CIRURGIA DO HOSPITAL**

Curitiba, 23 de Setembro de 1999.

Do: Chefe de Departamento de Cirurgia  
Ao: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Senhor Coordenador

Encaminho o Projeto de Pesquisa intitulado "A cultura de cuidado de adultos e idosos numa unidade hospitalar cirúrgica" de autoria da prof<sup>a</sup> Maria Helena Lenardt.

Referido projeto foi aprovado pela Banca de Qualificação de Doutorado na Universidade Federal de Santa Catarina em 20/09/99.

Atenciosamente



PROF. DR. ZACARIAS ALVES DE SOUZA FILHO  
CHEFE DO DPTO DE CIRURGIAS/D  
MATRÍCULA 047708

**ANEXO II - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES  
HUMANOS DO HOSPITAL**

Curitiba, 01 de fevereiro de 2.001.

Ilmo (a) (s) Sr. (a)( s)  
Enf. Maria Helena Lenardt  
Nesta

Prezado(a) Senhor(a):


Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "A CULTURA DE CUIDADO DE ADULTOS E IDOSOS NUMA UNIDADE HOSPITALR CIRÚRGICA", está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde.

O referido projeto **Protocolo CEP-HC nº 183-067/99-10**

O referido projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do em reunião realizada no dia 26 de outubro de 1.999, e aprovado em 23 de novembro de 1.999.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevo-me,

Atenciosamente



**Prof. Dr. Renato Tambara Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em  
Seres Humanos

2ª via

**ANEXO III - PLANO FÍSICO DO LOCAL DO ESTUDO**

PLANTA FÍSICA  
LOCAL DE ESTUDO

