

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM

**O CUIDADO TRANSCULTURAL
ÀS FAMÍLIAS NO HOSPITAL:
O COTIDIANO DE UMA
ENFERMEIRA EM BUSCA DE
UM REFERENCIAL PARA SUA
PRÁTICA**

LUIZITA HENCKEMAIER

JULHO DE 1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - REPENSUL

**O CUIDADO TRANSCULTURAL ÀS FAMÍLIAS NO
HOSPITAL:**

**O COTIDIANO DE UMA ENFERMEIRA EM BUSCA DE UM
REFERENCIAL PARA SUA PRÁTICA**

LUIZITA HENCKEMAIER

**Dissertação apresentada como
requisito parcial à obtenção do grau
de Mestre.**

Orientadora: Dra. Ingrid Elsen

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

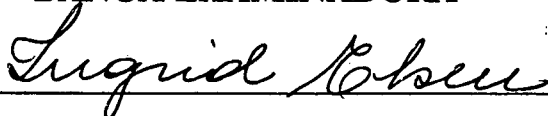
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - REPENSUL

**O CUIDADO TRANSCULTURAL ÀS FAMÍLIAS NO HOSPITAL: O
COTIDIANO DE UMA ENFERMEIRA EM BUSCA DE UM
REFERENCIAL PARA SUA PRÁTICA**

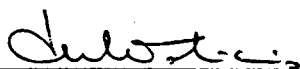
LUIZITA HENCKEMAIER

Esta dissertação será submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de **MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**, sendo aprovada em 19 de Julho de 1999, e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

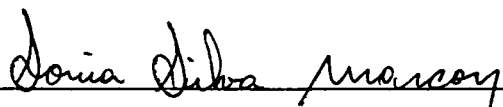
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Ingrid Elsen – Orientadora – Presidente



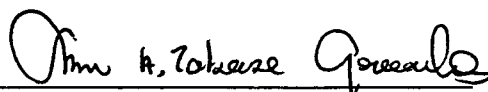
Profª Drª Zuleica Maria Patricio – Membro



Profª Drª Sonia Marcon – Membro

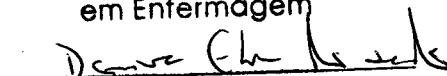


Profª Drª Rosane G. Nitscke – Membro



Profª Drª Lúcia T. Gonçalves – Suplente

UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem


Profª. Dra. Denise E. Pires de Pires
Coordenadora

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	04
MENSAGEM	07
RESUMO	08
ABSTRACT	10
I – DESCOBRINDO O CAMINHO	12
Objetivos	22
II – BUSCANDO AUXÍLIO NA LITERATURA	23
Refletindo sobre família e hospitalização	24
Refletindo sobre o papel da enfermagem com a família	32
III – DESENVOLVENDO UM REFERENCIAL TEÓRICO	37
Marco Conceitual	38
Pressuposições Básicas	41

Conceitos	43
IV – DELINEANDO UMA TRAJETÓRIA	57
Situando a prática	59
Os participantes da prática de cuidado	61
Método de coleta, registro e análise dos dados	61
V – RELATANDO A PRÁTICA DE CUIDADO	66
Vivenciando a morte com a família e a equipe	69
Compartilhando com a equipe o cuidado humanizado	79
Diversidades vivenciadas em um dia de plantão	83
Interagindo dinamicamente com a família	92
VI – ANALISANDO OS DADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO	105
VII – REFLETINDO A EXPERIÊNCIA	136
VIII - REFERINDO A BIBLIOGRAFIA	142

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais: **Helena e Bertolino**, pela força de vontade em ver os filhos crescerem sempre mais, ensinando a sermos seres humanos, na construção de uma história de vida familiar.

Aos meus irmãos: **Mafalda, Célio, Sérgio, Maria de Fátima, Valmi José, Vilmar, Ana Maria, Maria Elizabete, Tarcízio, Terezinha e Valberto**, que apesar da distância que muitas vezes nos separa, sempre estiveram presentes dando apoio, carinho, atenção, amor... e, contribuindo no aprendizado da vida.

Ainda que eu tivesse o Dom da profecia, ...que eu tivesse toda a fé, a ponto de transportar montanhas, se não tivesse amor não seria nada. (I Cor 13:2)

Aos **Meus Amigos**, pelos momentos agradáveis vividos juntos nesta longa trajetória. À vocês eu dedico esta mensagem:

Amigo é aquela pessoa que o tempo não apaga que a distância não separa e a maldade não destrói... (autor desconhecido)

À **Profª Ingrid**, minha admiração a esta incansável orientadora nesta caminhada de dez anos, possibilitando-me atuar como bolsista junto ao GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família), orientando várias pesquisas e entre elas o trabalho de conclusão do curso de graduação, a monografia da especialização e esta dissertação de mestrado. Além disso, ensinou-me a ver e sentir o quanto é bom e importante a profissão de enfermeira.

À **Zuca**, pelos momentos de reflexão que proporcionou-me enquanto colega no GAPEFAM, professora na graduação e na especialização, contribuindo ainda, com suas brilhantes idéias e estudos para esta dissertação de mestrado.

À **Rosane**, por aceitar em orientar a minha prática assistencial, dispensando até mesmo o tempo que não lhe sobrava para auxiliar na construção do relatório. Vale a pena lembrar também, dos momentos intelectuais e de lazer vivenciados junto ao GAPEFAM.

À **Sônia**, pelas contribuições nos estudos referentes à família, bem como, dispor de tempo para se deslocar de sua terra, deixando suas atividades para participar e auxiliar no aprimoramento deste estudo.

À todas vocês da **Banca Examinadora**, o meu muito obrigado, e digo: Não foi por acaso a escolha para participarem de mais esta etapa de minha vida profissional, pois vejo em vocês o potencial para os avanços na enfermagem.

Às **Colegas do Mestrado**, que em nossos encontros compartilhávamos nossas angústias e através de nossos jantares amenizar o estresse causado pelas atividades cotidianas.

Ao **GAPEFAM**, pelos conhecimentos compartilhados nestes últimos dez anos de convivência.

À todos os **Colegas de Profissão incluindo toda a Equipe de Saúde**, que trabalhamos com seriedade e compromisso nos plantões, mesmo em dias de feriados e finais de semana, quando fomos privados de estar junto aos nossos familiares.

Aos **Hospitais de Caridade, Celso Ramos, Universitário e UNISUL**, que possibilitaram o crescimento no âmbito prático e teórico enquanto enfermeira e docente.

Às **Famílias**, por deixarem relatar a experiência vivida junto a um de seus membros hospitalizados, contribuindo diretamente ao êxito deste estudo.

À **Universidade Federal de Santa Catarina e Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem** que possibilitaram o concluir de mais esta etapa, dispondo de profissionais competentes e comprometidos com a profissão, preocupados com a formação e aperfeiçoamento dos enfermeiros.

MENSAGEM

... O que eu desejaria encontrar na enfermagem seria uma presença. Estar presente significa estabelecer laços pessoais de intersubjetividade, onde há espaço para a confiança e a esperança. E gostaria que esta presença tivesse mãos hábeis e carinhosas. Hábeis, porque fundadas em conhecimentos seguros e dotados de técnicas eficazes; carinhosas, porque inspiradas num coração sensível. Acima de tudo gostaria que esta presença tivesse um rosto. Um rosto comunicativo, expressivo, falante, mesmo no mais profundo do silêncio; e o rosto fosse iluminado por um olhar humano, como um elo que me une a todos os olhares amigos que esperam a restauração da plenitude da vida; ou, então, o último gesto que comunica com a paisagem da vida que desaparece.

(Santin, 1998)

RESUMO

Este trabalho descreve a prática de cuidado da enfermeira em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital governamental e uma unidade de internação ginecológica de um hospital escola em Florianópolis – SC, pautada na Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Madeleine Leininger. Objetivou-se identificar as possibilidades e limitações da utilização desta teoria na prática de cuidado hospitalar da enfermeira. O marco conceitual contempla os conceitos de cuidado, família, cultura, enfermagem e ambiente hospitalar. Através da observação participante e entrevistas não estruturadas, foi desenvolvido esta prática de cuidado sendo feito relatos do cotidiano da enfermeira. Ao refletir sobre a experiência, pude perceber que a utilização deste referencial facilita o trabalho da enfermeira, pois humaniza as relações entre o enfermeiro e a equipe, repercutindo na ampliação do cuidado com o paciente e suas famílias. Vale a pena lembrar, o quanto é importante a participação da família no processo de cuidado, pois ela pode ser um elemento ativo no seu processo de viver, necessitando participar das decisões com relação a seus

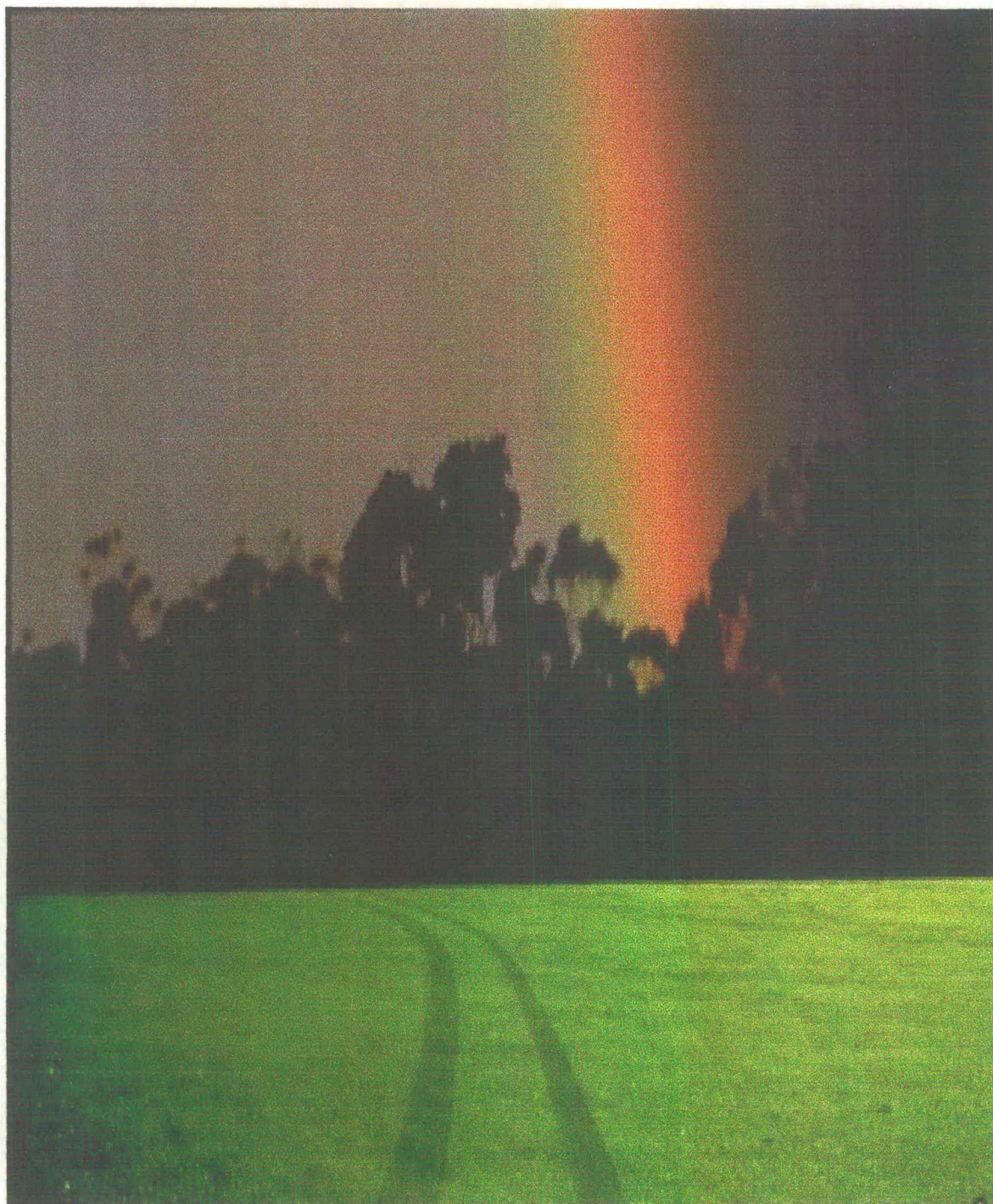
membros. Acredito, que é de responsabilidade do enfermeiro garantir que esta família seja cuidada, considerando os aspectos culturais que permeiam seu cotidiano.

ABSTRACT

This study describes a nurse practice of caring of a nurse in a surgical unity of a state hospital and in the gynecological internment unity of the hospital-school in Florianópolis – SC, based on Madeleine Leininger's Theory of Diversity and Cultural Universality of care. The work aimed to identify the possibilities and restrictions of the utilization of this theory in the nurse's practice of hospital care. The conceptual basis considers the concepts of care, family, culture, nursing and hospital environment. This practice of caring was draw by means of participating observation and non-structured interviews, and some reports on the nurse's routine were done. When reflecting about the experience, I was able to notice that the use of theory cases the work of the nurse, for it humanizes the relations between the nurse and the team, what consequently reflects in a broader care about the patient and his or her family. It is worth remembering how the family participation is important in the process of caring.

Because it may be an active element in its process of living, and it needs to take part on the decisions related to its members. I believe that the nurse has the responsibility of assuring care to this family, considering the cultural aspects involving its everyday life.

DESCOBRINDO UM CAMINHO



I – DESCOBRINDO UM CAMINHO

A escolha por uma profissão, frente a tantas outras opções em um vestibular, pode parecer por acaso, principalmente quando esta se deu após descartar todas as outras opções existentes. Mas, quisera eu saber que estava a mercê de uma sensibilidade intuitiva de aptidões até então obscuras. E, foi com a aprovação no vestibular que dei início a esta jornada de fundamental importância para minha complementação como ser humano.

Os caminhos que busquei para enriquecer o aprendizado enquanto acadêmica, foram vários. Entre eles está a participação em um Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM). Como membro deste grupo, passei por todos os níveis de bolsista de trabalho, de iniciação científica e de aperfeiçoamento. Já como profissional, desenvolvi diversas pesquisas e outras atividades pertinentes ao campo científico, as quais foram de estimável valor para complementar a vida universitária. O emergir da necessidade de sempre buscar mais e mais foi, e está sendo evidente em meu cotidiano em prol de um comprometimento maior com a profissão e a sociedade.

Desde o início desta construção, um dos aspectos que veio entrelaçando a formação profissional foi o Cuidado à Família, respeitando a sua singularidade, seja dentro do hospital ou no domicílio/comunidade. A cada ano que passava, ficava cada vez mais surpresa com as descobertas da vasta atuação e possibilidades para o enfermeiro. O primeiro projeto em que participei enquanto acadêmica, foi desenvolvido na pediatria de um Hospital Escola, objetivando identificar as percepções dos familiares quanto a experiência de acompanhar um de seus membros hospitalizados. Foram identificados problemas, dúvidas e preocupações dos familiares durante a internação de um de seus filhos, quando verificamos que a hospitalização é uma interrupção no processo de desenvolvimento da relação afetiva entre família/criança, reafirmando a necessidade de acompanhamento durante este período. (Custódio e Henckemaier, 1990).

No decorrer da graduação, fui participando em projetos desenvolvidos pelo GAPEFAM como: “Projeto de Assistência de Enfermagem à Família no Hospital” (Elsen - 1990), “Mural: uma experiência de educação continuada” (Nitschke, et al - 1990), “Competência da Família para o Cuidado de Saúde” (Elsen, et al - 1990), além da participação na elaboração do marco conceitual do GAPEFAM. Acrescentando-se a isto, a participação em cursos, palestras e encontros organizados pelo grupo, fazendo parte também de um projeto de educação continuada. Já na 8ª fase, como projeto de conclusão do curso de graduação, desenvolvido com duas colegas, através da assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal dentro de uma abordagem familiar, verificamos que a gestante e sua

família carregam em sua trajetória crenças, valores e conhecimentos que não podem ser ignorados no momento da interação com o profissional. (Custódio, Henckemaier e Canali - 1992)

Após a formatura, desenvolvi minha prática profissional em uma UTI durante dois anos, onde prestava assistência a família dos pacientes que estavam sendo submetidos aos cuidados intensivos, quebrando regras muitas vezes impostas pela instituição e até mesmo sendo criticada pelos colegas e outros profissionais. Concomitante a este trabalho na UTI, desenvolvia as atividades de pesquisa, assistência e ensino à família na comunidade, vinculados ao GAPEFAM. Neste período foi dada continuidade ao projeto “Competência da Família para o Cuidado de Saúde (Elsen, et al - 1990) e desenvolvido novos projetos como: “Famílias Migrantes em Florianópolis” (Elsen, et al - 1992), “Avaliação da Situação de Saúde de Crianças da Creche” (Henckemaier, 1995), “Construção de um Instrumento para Trabalhar com a Criança e sua Família” (Althoff, 1995), surgindo ainda a necessidade de reformular o “Prontuário Família” utilizado inicialmente pelo grupo. Além disso, foram realizados eventos como a “Festa da Saúde” na comunidade juntamente com a escola em 1994 e a “Jornada: Uma Reflexão Transdisciplinar da Família” em 1995, como atividades do projeto “Competência da Família para o Cuidado de Saúde (Elsen, et al - 1990).

Com dois anos de formada, ainda trabalhando com pesquisa na comunidade, deixei a UTI para entrar em um setor de emergência. Na prática assistencial aí desenvolvida, pude verificar como os profissionais de saúde estão

preparados apenas para atender os indivíduos, ou seja, um enfoque voltado a patologia, esquecendo-se que atrás do balcão estão as pessoas que fazem parte das ligações e vínculos destes indivíduos, as quais gostariam de estar participando deste atendimento ou até mesmo recebendo alguma informação ou apoio para amenizá-lhes a angústia. Chamava-me atenção o fato de que estas famílias, até alguns momentos atrás, não tinham problemas, ou pelo menos não com relação à saúde e, de uma hora para outra, viam um de seus membros sofrer um acidente ou ser acometido por uma doença, passando a necessitar de cuidados especializados, os quais via de regra, são encontrados nas instituições de saúde.

Sentia que existia muita coisa a fazer em um setor como aquele, mas que nem sempre o enfermeiro conseguia fazer algo para dar suporte a família. Isso me angustiava a cada dia. Sentia necessidade de colocar todo o meu discurso e experiência de trabalho com família em prática, porém nem sempre conseguia. Foi neste momento de frustração que surgiu o Curso de Especialização em Saúde da Família na UFSC, com o intuito de aprimorar os conhecimentos e dar suporte a assistência de enfermagem à família desenvolvida em meu cotidiano, tanto hospitalar quanto domiciliar. Como monografia desenvolvi o trabalho intitulado: “Vivenciando o Momento da Hospitalização: assistência de enfermagem a família em uma unidade de internação ginecológica” (Henckemaier, 1996), no qual pude verificar o quanto a família é deixada de lado pela equipe de saúde e que os enfermeiros nem sempre interagem de maneira congruente no cuidado ao paciente e

família, sendo que, na maioria das vezes, julgam ser necessário apenas deixar a família a sós com o familiar internado.

Após seis anos de formada, desenvolvendo as atividades práticas em uma unidade de internação ginecológica e triagem da maternidade e também em um setor de internação cirúrgica, eram constantes as experiências vividas com famílias nervosas, descontroladas e fragilizadas com a situação de doença, submetidas aos cuidados de pessoas desconhecidas que muitas vezes estão impassíveis ao diálogo. O ter de fazer parte de uma instituição, cujo ambiente é sombrio, diferente e permeado de normas e rotinas a serem respeitadas a partir do momento da internação, também causa transtornos na vida familiar. São nesses momentos difíceis pelos quais passam as famílias, que os profissionais de saúde podem deixar de lado a exclusividade de sua competência técnica e partir para a vivência de um cotidiano cheio de relações, atendendo também a família do doente a qual normalmente se encontra apreensiva, esperando alguma resposta dos profissionais que estão junto ao paciente.

Concordo com Gomes (apud Felisbino, 1990), quando diz que a enfermeira deve fazer uso de suas qualidades pessoais e habilidades técnicas na superação da ansiedade. Deverá promover interação com o paciente e com a família, no sentido de auxiliá-los a expor suas expectativas para, assim poder assisti-los de forma geral e individualizada. Por outro lado, assim como Paim (1994), acredito que assistir a saúde da família tem sido um desafio para os profissionais de saúde. Mas, partindo do princípio que o cuidado ao ser humano não é apenas tratar de seu corpo,

mas sim de seu universo, incluindo a família da qual é membro, pertencente a um contexto social, não podemos deixar de lado esse potencial a ser desenvolvido com a sociedade que está sob nossos cuidados.

Em seu trabalho, Patrício (1990) ressalta a escassez de estudos brasileiros realizados por enfermeiros na área da família. Os que existem estão concentrados nas academias, ficando a prática dos enfermeiros muito voltada para a assistência ao indivíduo, e o que é pior para a assistência à enfermidade. Verificamos também a escassez de trabalhos no âmbito da assistência a família durante a internação do adulto, sendo o de Franco (1988) de grande contribuição neste sentido. O fato de não existir uma oficialização do acompanhante adulto no hospital é um dos fatores que dificulta a abertura para tal. Já, em se tratando de pediatria há uma riqueza de trabalhos, bem como, o aumento dos horários de visita e cada vez mais alojamentos conjuntos, sendo inclusive respaldado pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) como dever das instituições de saúde.

Hoje, portanto, a legislação ampara não só a permanência da Família como acompanhante do adolescente e da criança, como também do idoso à partir de 65 anos que está necessitando de cuidados especializados de saúde. Porém, a realidade mostra que nas instituições de saúde os profissionais mascaram este direito. Algumas famílias, apesar de estarem cientes deste direito, ficam a mercê do “poder” dos profissionais que ignoram esta abrangência de cuidado em saúde.

Mas, esta problemática se deve ao fato de a enfermagem brasileira enfocar pouco a família em sua prática, estando “voltada fundamentalmente ao indivíduo, na relação pessoa a pessoa, com enfoque de assistência curativa” (Patrício, 1994). Porém, há enfermeiros que estão despertando em busca de referenciais para trabalhar com famílias, quando um de seus membros está hospitalizado. Entre outros, podemos citar: Carraro (1991), em seu trabalho “Resgatando Florence Nightingale”, aborda pacientes cirúrgicos e sua família; Dal Sasso (1995), baseada na teoria de intervenção na crise, assiste duas famílias enfrentando a doença aguda em um de seus membros; Baptista (1995), em sua dissertação de mestrado realizada em uma emergência hospitalar, busca operacionalizar a teoria de Parse, na tentativa de humanizar a assistência prestada a família naquele setor; e Lenardt (1996), descreve uma prática de enfermagem, com o objetivo de prestar cuidado ao paciente cirúrgico, baseado em Madeleine Leininger.

Em sua dissertação de mestrado Dal Sasso (1995) diz que “a família é um elo crucial do paciente à sua recuperação”, sendo a família provedora de “apoio, força e esperança para o paciente enfrentar a doença”. Portanto, a autora ressalta a importância de assistir a família para que ocorram as transformações no processo de saúde/doença do indivíduo e da sociedade. Um dos desafios vivenciados pela autora foi trabalhar a questão da instituição hospitalar no que se refere aos papéis de prevenção de doenças e promoção da saúde dentro de uma visão biomédica: “a estrutura organizacional, inflexível e autoritária incentiva a dependência e

desestimula a iniciativa e criatividade dos enfermeiros”, ficando restritos a sobrecarga de atividades burocráticas.

Concordo com as afirmações da autora, pois, durante minha trajetória vivenciei esta problemática intensamente, entrando em conflito com os meus conhecimentos teóricos no que se refere ao cuidado congruente¹. Em decorrência disto, a prática profissional torna-se limitada e incompleta, enquanto se acredita em um cuidado de enfermagem mais amplo e voltado ao paciente e família em uma visão transcultural em contraposição à visão biomédica.

Ressaltando esta estrutura organizacional que é encontrada em nossa realidade, Baptista (1995) expressa a falta de apoio, no que se refere a sua visão humanística e a valorização do serviço de emergência, durante sua dissertação de mestrado, visto que a visão biomédica era, ou melhor, é a que predomina na instituição. As instituições deixam, muitas vezes, os profissionais sem alternativas para desenvolver trabalhos fundamentados nos referenciais teóricos desenvolvidos na enfermagem, através da sobrecarga de atividades técnico-administrativas. Em decorrência desta prática diferenciada dos outros profissionais incorporados pelo modelo institucional, somos vistos de maneira diferenciada dos demais e sendo muitas vezes taxados como “enfermeira assistente social”. Pude vivenciar uma experiência em que um auxiliar de enfermagem questionou a escolha da profissão

¹ Cuidado Congruente: Refere-se aqueles atos ou decisões cognitivamente baseados para assistir, fornecer suporte, facilitar ou habilitar que são feitos para convir com os valores, crenças ou modos de vida culturais do indivíduo, grupo ou instituições a fim de prover cuidados de saúde significante, benéfico ou satisfatório. (Leininger, 1991)

de enfermeira ao invés de assistente social, pois eu tinha tanto jeito de conversar com os pacientes e as famílias. Esta visão está tão incorporada nas instituições de saúde, que os próprios funcionários não possuem um entendimento do real papel da enfermagem.

Reafirma este aspecto Lenardth (1996), quando em sua dissertação de mestrado, ressalta a importância do profissional demonstrar, além do conhecimento técnico o sócio-afetivo, pois só assim o paciente e a família poderão manter uma melhor interação com os profissionais. Além disso, ela ressalta que os familiares tem participação importante no que se refere a “informações, considerações e compartilhar os cuidados” (crenças e hábitos) necessários ao desenvolvimento do cuidado cultural congruente. A autora acrescenta ainda que, “é importante para o processo de interação que a enfermeira seja passível de ensinamentos e acreditar que eles poderão vir também daquele paciente hospitalizado e seus familiares”.

Vale a pena ressaltar que não somos os “donos do saber”, enquanto acreditamos em um cuidado cultural congruente, mas sim profissionais preparados para atender o ser humano e a família, estando abertos às diversidades possíveis no cuidado dentro da instituição hospitalar.

Contudo, acredito que na busca de uma abordagem com enfoque abrangente do ser humano, é necessário envolver a família como parte integrante da prática de cuidado em nosso dia-a-dia. Considerar angústias, sentimentos, dúvidas e expectativas dos familiares é imprescindível para desenvolver um cuidado

congruente. Reforço aqui, que o cuidar do ser humano não é apenas cuidar de seu corpo, mas sim de seu universo, o que inclui a família da qual ele é membro, pertencente a um contexto social.

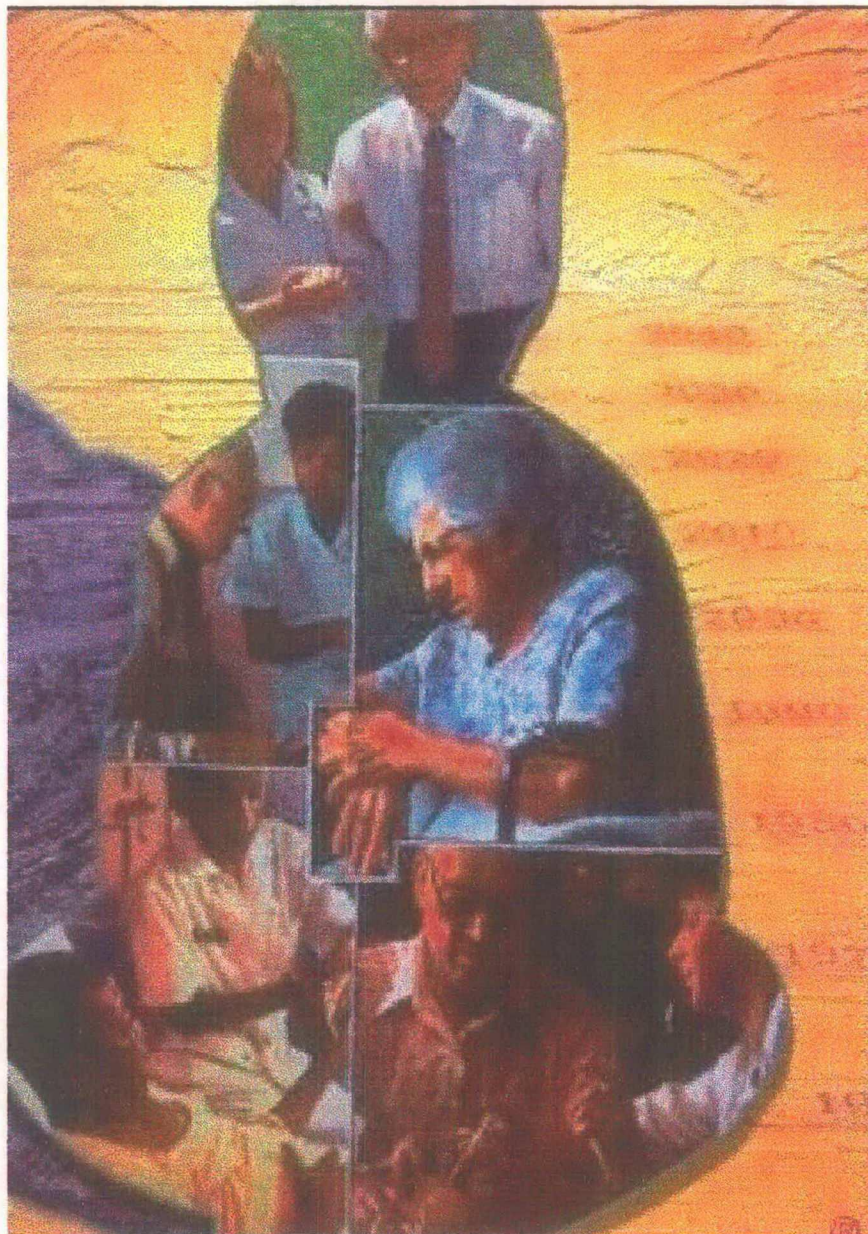
Sendo assim, após realizar a prática assistencial como atividade disciplinar do curso de mestrado da UFSC, desenvolvi o cuidado ao ser humano e sua família durante o vivenciar do período de hospitalização de um de seus membros, pautada em um referencial que contemple questões culturais, ou seja, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Permeando a seguinte questão central:

Quais as possibilidades e limitações de uma enfermeira, em uma Unidade Cirúrgica, utilizar no seu cotidiano a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado?

Para tal, foram definidos os seguintes objetivos:

- 1. Identificar as possibilidades e as limitações da aplicação do referencial ao cuidar de pacientes submetidos a cirurgias, bem como, de suas famílias.**
- 2. Identificar as possibilidades e as limitações do trabalho da enfermeira com este referencial no dia-a-dia com a equipe de enfermagem.**

BUSCANDO AUXÍLIO NA LITERATURA



II - BUSCANDO AUXÍLIO NA LITERATURA

REFLETINDO SOBRE FAMÍLIA E HOSPITALIZAÇÃO

Desde que nascemos aprendemos muito. A cada dia que passa surgem coisas novas que nos despertam para o conhecimento. Começamos a conhecer tudo o que nos rodeia e as pessoas de nossas relações. Surgem, também, pessoas novas nas quais sentimos algo diferente. Quando estamos no meio daquelas que conhecemos desde o primeiro dia de vida, sentimo-nos mais confortáveis. A convivência do dia-a-dia faz conhecermos mais as pessoas que nos rodeiam e desenvolver sentimentos que podem até parecerem estranhos. Sentimentos esses cuja reciprocidade causa-nos prazer de estar **com**. Aprendemos com nossos pais, irmãos, escola e comunidade que esta relação prazerosa chama-se família. Família esta, formada de pai, mãe e irmãos, todos com laços de consanguinidade, praticantes de uma religião e vivendo em um mesmo ambiente.

Com o passar do tempo, as novas vivências e modificações na família fazem-nos repensar sobre este conceito inicial de família. Vemos pessoas que, apesar de não compartilharem o mesmo ambiente, mantêm os laços de afetividade desenvolvidos durante sua trajetória. Percebe-se também relações de afetividade, mesmo não estando unidos por laços de consanguinidade, ou seja, as relações vividas com outras pessoas significativas pertencentes a outras famílias, mas que passam a ser consideradas como membros da nossa família.

A partir desta reflexão, começo a compreender família em outro âmbito. Hoje, vejo que, mesmo se não tivesse laços consanguíneos com minha família, continuaria considerando-a como família, pois existem os laços de afetividade desenvolvidos com a convivência, com o compartilhar de um ambiente, mesmo hoje estando distante, assim como com outras pessoas pertencentes a outras famílias.

Reforçando esta compreensão, Nitschke (1999), em sua tese de doutorado, afirma que *a família do coração se constrói sobre três eixos básicos, intrinsecamente interligados, sempre expressando o relacional, o estar com o outro: quem é do coração; o fazer o bem; o ter prazer – sentir bem com.*

Sabe-se que a família é permeada por crises, conflitos e contradições, marcada pela própria condição de ser formada por seres humanos ou não (como os animais de estimação), com características próprias. Com a família é aprendido, é ensinado, é compartilhado e é vivido, em um cotidiano único, onde nenhuma outra família se iguala. Ao transmitir suas crenças, valores e conhecimentos, a família

personaliza suas características, definindo assim, seus objetivos e suas metas que permeiam o seu processo de viver.

A trajetória da vida familiar é complexa, sendo permeada por inúmeros eventos importantes e necessários ao seu desenvolvimento. Eventos esses que podem influenciar negativa ou positivamente o cotidiano da família. Muitos deles podem ser previsíveis, sendo eles o casamento, o nascimento de filhos, o estudo, o trabalho, a aposentadoria. Outros, porém são considerados imprevisíveis, como por exemplo, o afastamento de um membro da família causado pela hospitalização, entendido por Biasoli - Alves (1995), como um dos eventos mais difíceis e significativos no ciclo de vida da família. Segundo a autora, a crise na família está ligada *a não superação de tais eventos críticos e as suas incumbências de desenvolvimento pela capacidade da família de ativar processos adequados.*

Em se tratando de família hospitalizada, percebe-se que a falta de comunicação entre o sistema profissional e o sistema popular podem tornar esta relação conflituosa, ou seja, o profissional muitas vezes deixa de esclarecer a família sobre alguns aspectos relacionados à instituição, bem como sobre seus limites e possibilidades. Isto porque ao acompanhar um de seus membros que requer cuidados do sistema profissional, a família deve estar ciente tanto de seus direitos quanto de seus deveres.

No que se refere as responsabilidades da família, Elsen (1984), em sua tese de doutorado, afirma que *a família é o primeiro sistema de cuidado*, sendo que

a participação da família no cuidado, bem como, nas condutas tomadas refletem a responsabilidade que possui sobre seus membros. Apesar de não estar no seu ambiente familiar, a família assume as responsabilidades de cuidado. Aborda este aspecto também, Ribeiro (1999), quando diz que a família percebe que não tem mais capacidade de cuidar de seu familiar e pede ajuda aos profissionais de saúde, porém, não abdica de suas responsabilidades de cuidado. Cuidado este expressado pelo afeto, carinho e atenção.

Sabe-se que a estrutura física dos hospitais em geral, não foi planejada para manter a família junto ao paciente. Alguns profissionais, por sua vez, não vêem a presença da família como favorável na recuperação do paciente, pelo contrário, acham que esta presença é um incômodo. Mas, é importante lembrar e conscientizar estes profissionais que o fato de acompanhar a internação é importante tanto para o paciente como para sua família, pois é uma maneira de não tornar a internação tão distante do seu cotidiano.

Reafirmando esta reflexão, Tesk apud Felisbino (1990), considera que a hospitalização é uma agressão para o indivíduo, visto que ela provoca a separação dos familiares, dos amigos e do seu cotidiano. O enfermeiro, por sua vez, é visto pela autora supra citada como um defensor dos direitos do paciente hospitalizado, no sentido de permitir que o mesmo tenha junto de si um familiar. Particularmente, acredito que a família é de fundamental importância no hospital, já que ela poderá servir de suporte emocional ao paciente internado.

Ribeiro (1999), constata também que o integrante da família que permanece no hospital, seja ele acompanhante ou o doente, *sente falta da privacidade com que é contemplada no espaço doméstico e das interações positivas que lá ocorrem, pois o hospital é algo novo, repleto de símbolos e significados, propício a novas interações, mas também a ausência de pessoas significativas*. Por outro lado, os que permanecem em casa, *também sentem o vazio causada pela ausência dos que estão no hospital*.

A hospitalização é vista como estressante, tanto para a família quanto para o doente, podendo até causar traumas psicológicos e emocionais, reafirmando assim a importância da presença da família durante a hospitalização. Vários fatores podem contribuir na instalação deste problema, como por exemplo o fato do indivíduo ser portador de uma patologia, passar a conviver em um ambiente totalmente diferenciado daquele do seu cotidiano, passar a depender dos cuidados de pessoas estranhas e estar exposto ao risco de vida, fazendo com que o indivíduo e sua família passem a exigir mais da equipe de saúde. Vários autores como: Franco (1988), Bousso (1987), Curry (1995), Ribeiro (1994), Elsen e Patrício (1989), Gardner (1969), Branco (1988), Santos (1988), Veríssimo (1991), Hallburg (1989) e Neira Huerta (1984), abordam a hospitalização sob este ângulo.

Além disso, percebe-se que a hospitalização influencia no relacionamento familiar, como por exemplo o que Schmidt, et al (1989) aponta em seu trabalho sobre a problemática da hospitalização: “... os pais podem ter

dificuldade de saber como agir para atender as necessidades físico-psicoemocionais de seu filho, que está doente e num ambiente que tem situações e regras próprias”.

O paciente e a família geralmente não estão preparados para a instabilidade do momento causada pela hospitalização. A doença que requer tratamento hospitalar exige maiores esforços e mudanças por parte do paciente e família, tornando difícil a convivência no ambiente do hospital e mais difícil ainda quando se trata de uma doença grave. Segundo Silva (1990), é grande o conflito gerado entre paciente e família, principalmente pela não aceitação por parte desta gerando ressentimento, tristeza e até mesmo culpa.

Os pacientes portadores de câncer, segundo Mercês (1998), possuem *uma imagem negativa, que limita horizontes, é uma fatalidade com inúmeros incômodos orgânicos, embora apareça como um desafio aceitável que leva a reflexão positiva da vida*. A autora ressalta, que a família tenta aproximar este entendimento, facilitando assim, o entendimento dos comportamentos e limites do enfermo, servindo de suporte.

Esta problemática se intensifica quando o membro desta família corre risco de vida. A família, por sua vez, vivencia um processo que inicia antes mesmo da hospitalização e tem continuidade após a alta hospitalar. Ribeiro (1999), classifica em três fases que são: *pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar*, estas fases estão ligadas entre si, possuem características próprias e estão em constante movimento.

Em seus estudos com câncer na família, Bielemann (1997), enfatiza que *a doença grave na família faz romper as acomodações do seu cotidiano e abre-se uma janela para o horizonte indefinido*. Estas mudanças no cotidiano da família refletem em mudanças na organização familiar, tomando lugar a incerteza de ter de volta ao lar esse familiar.

Por outro lado, a doença sendo ela grave ou não, é causadora de momentos difíceis no cotidiano da família. Biasoli - Alves (1995) afirma que *uma doença leve... pode ser vivida como muito grave em uma família...*, estando a mercê da maneira com que a família se organiza para vivenciar os momentos difíceis no seu cotidiano, ou seja, cada família tem uma maneira particular de reagir frente a tais situações. Ora, se os próprios seres humanos pertencentes a uma família possuem características próprias, é possível imaginar vários grupos de seres humanos vivenciando o momento da hospitalização em um mesmo ambiente.

É muito específico e diversificado os meios que a família utiliza para vivenciar tais situações em seu cotidiano. Os estudos realizados na Universidade de Harvard com famílias em momentos de crise, demonstram que *a única forma de esquecer é através da lembrança* (Cadden, 1980), e que as pessoas que enfrentam uma perda, uma internação, um prognóstico fechado e reagem de maneira controlada podem ser os que estão mais predispostos a desenvolverem problemas emocionais. Em contrapartida, aquelas famílias que choram, que “montam um escândalo”, perguntam tudo, questionam muito os profissionais, são as que

conseguem superar mais facilmente a crise e manter um equilíbrio na organização familiar.

Santos (1988) estudando o efeito da hospitalização da criança na família, diz que os pais, ao receberem a notícia que seu filho será internado, em sua maioria, não querem deixar os filhos sozinhos, principalmente quando se trata de uma doença grave. Por outro lado, há alguns pais que preferem ir embora, que justificam a decisão pelo número de filhos em casa e o fato de não ter com quem deixá-los, a aversão ao ambiente hospitalar, a crise quanto a hospitalização e até a situação econômica vivida pela família também influenciam nesta decisão.

No que se refere a assistência à criança hospitalizada, Elsen e Patrício (1989) defendem a idéia de que a internação, além de agravar psicologicamente a criança, pode causar traumas para a família, que por sua vez, necessita de apoio dos profissionais de saúde. Sendo assim, a família em momento de hospitalização necessita enfrentar a situação e os profissionais de saúde podem contribuir dando encorajamento, não omitindo fatos e dando apoio no momento de desequilíbrio, em vez de condenar as reações dos familiares diante de um problema de saúde de um de seus membros.

REFLETINDO SOBRE O PAPEL DA ENFERMAGEM COM A FAMÍLIA

A enfermagem, enquanto profissão, envolve aspectos educativos e éticos de forma contínua em suas atividades. Por sua vez, ela vem evoluindo a cada dia enquanto profissão dentro da área da saúde, sendo o enfermeiro um elemento determinante no sentido de garantir um cuidado coerente, o que implica cada vez mais no aumento de suas responsabilidades. A busca do saber e o instrumentalizar-se continuamente é que leva o profissional ao estágio de conscientização dos fatos, da realidade que o cerca, determinando a formação de uma postura ética e principalmente de compromisso. Só assim é possível reverter ou, pelo menos, minimizar a situação de descompromisso e despreparo, no que tange à assistência à saúde, tão presente nos serviços de saúde.

Os hospitais estão cada dia mais especializados. São grandes os investimentos destinados as novas pesquisas e tecnologias relacionadas à saúde. A informatização hospitalar é comum na maioria dos países do mundo. Avanços no que se refere a novas técnicas cirúrgicas, rastreamento do herpes, novas descobertas relacionados ao HIV/AIDS e até novas técnicas de reprodução humana são assuntos que permeiam os congressos nacionais e internacionais. Todos estes e muitos outros avanços são muito importantes para a saúde mundial, porém se faz necessário

discutir um pouco mais sobre a realidade do nosso dia-a-dia, como por exemplo, o cuidado de enfermagem prestado aos seres humanos e suas famílias.

Cuidar abordando o ser humano como indivisível tem sido palco de discussões científicas entre enfermeiros. No que se refere à abordagem do cuidado da criança e sua família, Elsen e Patrício (1989) contribuíram neste aspecto ao identificar três tipos de abordagens: a centrada na patologia da criança, centrada na criança e centrada na criança e sua família. As autoras vêem esta última como a “mais recente e a menos encontrada nas instituições hospitalares”. Porém, há avanços neste aspectos, pois os profissionais estão despertando para a abordagem centrada na criança e alguns já abordam a família em substituição à centrada na patologia. Reafirmando este fato, Franco (1988) diz que a enfermagem contemporânea tem-se identificado teoricamente como uma profissão comprometida com a assistência global ao paciente, família e comunidade. No entanto, verifica-se que na prática hospitalar isso pouco se concretiza. É comum alguns enfermeiros demonstrarem estar conscientes do seu papel perante o paciente e a família e no entanto, argumentarem que existem muitos obstáculos que dificultam a operacionalização dessa prática. A principal justificativa apresentada repousa no fato da instituição não dispor de condições físicas e materiais, bem como, no aspecto de que as normas e as rotinas existentes não amparam tal atitude.

Também é comum as enfermeiras culparem a filosofia hospitalar e/ou falhas na formação acadêmica, o que entendo ser uma verdade pois acredito que os hospitais, cuja filosofia é a assistência integral ao indivíduo, deveriam reforçar mais

o seu programa de educação continuada e no quanto a academia deveria se preocupar em formar profissionais como seres integrais, ou seja, enfermeiros mais humanos. A enfermagem deve ser mais sensível ao outro, expressar seus sentimentos e deixar que os outros expressem os seus, pois só assim seremos mais humanos, o que nos permitirá cuidar do paciente e família integralmente.

Refletindo sobre a filosofia do que é ser enfermeiro e de seu desempenho centrado na família, Bousso (1987) afirma que os enfermeiros estão a cada dia se especializando mais, isto por sua vez, pode até implicar na abrangência do cuidado ao ser humano na sua totalidade. Além disso, o enfermeiro tem como compromisso estar bem consigo mesmo, ter liberdade de expressar seus sentimentos e aceitar-se como pessoa a caminho da auto-estima. A idéia de que o enfermeiro deve comportar-se profissionalmente, ignorando seus próprios sentimentos, está ultrapassada, ele deve sim captar as singularidades de cada caso e desenvolver o seu papel junto a cada paciente e sua família. Concordo com Bousso (1987) quando diz que o personalizar, o compartilhar e o ouvir, estreita o relacionamento entre os enfermeiros e as famílias.

Enfatizando melhor a questão do enfermeiro poder expressar seus sentimentos, Motta (1997), em sua tese de doutorado, reafirma esta importância dizendo que: *A equipe de saúde... revela-se como um ser cuidador que necessita ser cuidado*. Existem momentos em que somos cuidados até pela família.

Em uma comparação feita com as experiências vividas em outros hospitais e um hospital governamental, o qual tem como filosofia o cuidado integral a criança, Neira Huerta (1984) verifica que, independente do tipo de instituição, o comportamento das enfermeiras é geralmente o mesmo: *a interação é escassa e com pouca efetividade, não se estabelece um relacionamento profundo e de confiança entre enfermeiro e a família.* Também pude verificar, no trabalho desenvolvido em um hospital escola, que as enfermeiras ainda trabalham com o ser humano isoladamente, preferindo ocupar-se com outras atividades no horário da visita, apesar de estarem “cientes” da importância da família.

Torna-se importante ressaltar que o ser humano precisa dos cuidados de enfermagem e também da família, pois, por mais preparado que seja o profissional de saúde, nunca substituirá um familiar. Visto que, no momento presente, a única ligação com seu habitat natural é a família e que a hospitalização é um misto de sofrimento e gratificação pessoal vivida pela família enquanto acompanha a internação de um de seus membros (Franco, 1988).

Portanto, é importante estarmos conscientes de que o paciente não deixa sua essência humana na portaria do hospital. Ele traz consigo sentimentos que, segundo Lenardt (1996), nem sempre tem relação direta com a doença, permeada de *numerosas percepções desenvolvidas por sua cultura ambiental.*

Por isso, Leininger (1990) ressalta a importância de desenvolvermos cada vez mais os nossos conhecimentos no âmbito transcultural:

Chegou a hora de todas as enfermeiras notarem que nossas sociedades estão se tornando cada vez mais multiculturais, com muitas pessoas entrando em um país e esperando serem respeitadas, compreendidas e ajudadas. Isto implica que as enfermeiras precisam ser educadas em enfermagem transcultural para trabalharem e sobreviverem em um mundo em mudanças.

A obtenção do conhecimento e compreensão da cultura de outra pessoa pode ser algo que demande muito tempo do enfermeiro que não está familiarizada com aquela cultura. Leininger refere-se à preocupação acerca da possibilidade de o enfermeiro estar envolvido num choque cultural ou numa imposição cultural se não possuir preparo suficiente para trabalhar com um enfoque transcultural. Vale a pena lembrar que os profissionais de saúde podem transpor barreiras! Talvez eles precisem conhecer os principais conceitos da enfermagem transcultural como o uso genuíno do cuidado baseado na cultura em que vivem.

PROPONDO UM REFERENCIAL TEÓRICO



III - PROPONDO UM REFERENCIAL

TEÓRICO

MARCO CONCEITUAL

A enfermagem brasileira vem buscando com maior intensidade adaptar as teorias de enfermagem existentes para fundamentar a sua prática profissional. Isto reflete, de uma certa forma, os avanços obtidos no que se refere ao conhecimento do corpo científico da profissão que, desde os seus primórdios, vem sendo desenvolvido pelas enfermeiras pesquisadoras. Portanto, ao desenvolver um trabalho, torna-se necessário selecionar um referencial teórico para guiar a prática.

Entende-se por marco conceitual, segundo Elsen e Patrício (1989), como *sendo o esquema teórico que proporciona direção à prática assistencial, apontando as funções do enfermeiro, a metodologia a ser empregada e os critérios a serem*

selecionados para avaliação desta assistência pelo profissional, a partir de conceitos selecionados de teorias de enfermagem e demais áreas do conhecimento humano, bem como, de sua própria experiência no exercício da profissão.

Madeleine M. Leininger foi a primeira enfermeira a desenvolver uma teoria que contemplasse o cuidado transcultural e, por isso é considerada a fundadora da enfermagem transcultural. Sua teoria foi considerada como um avanço para o corpo de conhecimento da enfermagem no que se refere ao cuidado de enfermagem transcultural, pois o conviver e estudar diferentes culturas propiciaram a teórica bagagem suficiente para as afirmações feitas nos seus diversos trabalhos científicos. Prova disto é a vasta utilização de sua teoria, tanto no âmbito nacional quanto internacional. Em seus estudos Madeleine M. Leininger define teoria como:

Um conjunto de conceitos, hipóteses ou proporções vinculados logicamente e que podem ser comprovados com o propósito de explicar ou prever um sucesso, fenômeno ou situação.

O marco conceitual adotado que guia esta prática tem como base a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine M. Leininger. A teórica, por sua vez, define a Teoria de Enfermagem Transcultural como sendo:

...uma área maior da enfermagem que focaliza um estudo comparativo e analítico das diferentes culturas e subculturas no mundo, com respeito às condutas de cuidado dos enfermeiros, o cuidado de enfermagem, os valores do processo saúde-doença, as crenças e os padrões de comportamento com o

objetivo de desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanístico, visando prover uma cultura específica e uma prática de cuidado de cultura universal de enfermagem.(Leininger, 1978 apud Nóbrega, 1996)

E, segundo Leininger (1978), apud Gualda e Hoga (1992), a Teoria Transcultural tem como foco central:

... o estudo da análise comparativa de diferentes culturas ou subculturas no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado em geral, ao cuidado de enfermagem, assim como aos valores, crenças e padrões de comportamento relacionados a saúde e doença...

Neste trabalho, além da utilização dos conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine M. Leininger, foram incluídos os construtos apresentados por Patrício ao longo de sua trajetória de pesquisa quanto ao cuidado no período de 1990 a 1993 e apresentados em sua tese de doutorado em 1995, assim como os conceitos desenvolvidos pelo GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família).

PRESSUPOSIÇÕES BÁSICAS

As pressuposições básicas são vistas como *crenças pré-concebidas e aceitas como verdades, não sendo portanto testadas empiricamente, mas geralmente confirmadas. (Williams, apud Penna, 1994)*. Portanto, acredito que:

- ⇒ A família é formada por pessoas que se percebem como família, compartilhando crenças, valores e conhecimentos adquiridos em sua trajetória de vida.
- ⇒ A família é composta por *seres culturais e capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras.*
- ⇒ O cuidado à família requer uma visão interdisciplinar. Deste modo, a enfermagem está em contínuo processo de compartilhar saberes com as famílias e com a equipe de saúde.
- ⇒ A família vivencia a hospitalização com dificuldade, necessitando de ajuda de um profissional de saúde, sendo o enfermeiro um dos que podem desempenhar este papel.
- ⇒ A unidade familiar atende as necessidades de seus membros, sendo a família, portanto, ativa em seu cuidado;

- ⇒ *O cuidado cultural é o mais amplo meio de conhecer, compreender, justificar e prever fenômenos de cuidado de enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem.*
- ⇒ *A prática de cuidado entre os seres humanos é um fenômeno universal, porém as expressões, processos e modelos variam de uma cultura para outra.*
- ⇒ *O cuidado é essencial à sobrevivência dos homens, bem como para seu desenvolvimento e habilidades para lidar com acontecimentos graves e frequentes da vida, inclusive as doenças, as deficiências e a morte.*
- ⇒ **A enfermagem é uma profissão que tem como foco o cuidado, respeitando crenças, valores e conhecimentos das famílias no processo de cuidar.**
- ⇒ **Existem possibilidades e limitações do enfermeiro e da enfermagem ao aplicar um referencial transcultural na Instituição Hospitalar.**

CONCEITOS

As teorias possuem um conjunto de conceitos próprios que servem como meio para comunicar o conhecimento específico de cada teoria. Mendonça (1994) define conceito como:

... construções lógicas, estabelecidas de acordo com um quadro de referências. Adquirem seu significado dentro do esquema de pensamento no qual são colocados.

A Teoria Transcultural de Madeleine Leininger possui vários conceitos, dentre os quais foram utilizados neste trabalho o conceito de cuidado, cultura e de enfermagem. Os demais que são família e ambiente estão embasados em construções desenvolvidas junto ao GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Família).

A seguir, apresento os conceitos que nortearam este trabalho:

CUIDADO

O cuidado é visto como domínio unificador da enfermagem, ou seja, ele é considerado por Leininger na Teoria Transcultural como o foco central da enfermagem. Sabendo dessa importância, é necessário que cada vez mais as

enfermeiras desenvolvam trabalhos enfocando o cuidado e, mais especificamente, o cuidado transcultural como parte integrante de seu cotidiano. Assim como Leininger, acredito que a prática profissional dos enfermeiros deve ser repensada e este refletir permeia a utilização de conceitos baseados em teorias que contemplem o cuidado.

Portanto, utilizo o conceito definido por Leininger (1991) que se refere ao cuidado como: *... os atos facilitativos de apoio ou de assistência em relação ao outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes de melhorar uma condição ou estilo de vida.*

A teorista ainda afirma que *o cuidado humano é um fenômeno Universal, mas as expressões, os processos e os padrões variam entre as culturas...*, ou seja, apesar de ser um fenômeno Universal, possui suas Diversidades ao ser desenvolvido com seres humanos e famílias de diferentes culturas, e isto se evidencia quando é praticado em outro ambiente, como por exemplo, o ambiente hospitalar. O cuidado, por sua vez, “tem suas dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais que podem favorecer o cuidado holístico” aos seres humanos e famílias.

Adentrando ainda mais em sua teoria, Leininger conceitua o cuidado culturalmente congruente, o qual evidencia as especificidades de cada grupo cultural - ser humano e família que vivenciam o momento de hospitalização:

Refere-se aqueles atos ou decisões cognitivamente baseados para assistir, fornecer suporte, facilitar ou habilitar, que com os valores crenças ou modos de vida culturais do indivíduo, grupo ou

instituições, a fim de prover cuidados de saúde significantes, benéficos e satisfatórios. (Leininger - 1991)

O cuidado consiste no desenvolvimento de atividades e decisões realizadas com a família durante a hospitalização, onde a enfermagem e a família em um processo de interação, buscam conhecer-se mutuamente, compartilhando e negociando conhecimentos, crenças e valores, em situações de saúde e doença. O cuidado pode ser preservado, acomodado e reorganizado durante o processo de interação entre enfermeiro - família.

Para ajudar as enfermeiras a conceituar, ordenar e estudar os tipos de fenômenos do cuidado, Leininger (1985) desenvolveu uma taxonomia, onde classificou vários elementos do cuidado e afirma que:

O termo construto tem sido usado para referir diferentes idéias ou conceitos que estão embutidos neles e são usados para conhecer totalmente o termo ou o domínio da pesquisa. Construto é um termo maior e mais amplo que conceito, por isso tem muitos significados explícitos que tem sido usado nas pesquisas. (Leininger, 1991)

Bem-Estar, Afeição Por, Compaixão, Empatia, Preocupação, Interesse, Dedicção, Amor, Atenção Afetiva, Presença, Ternura, Contato (Tato), Confiança, Respeito, Conforto, Interação, Aceitação, Empatia, Conduta de Enfrentamento, Capacitação, Facilitação, Ações de Consulta Sanitária, Ações de Educação Sanitária, Ações de Manutenção da Saúde, Conduta de Ajuda, Conduta de Proteção, Conduta de Recuperação, Ato de Compartilhar, Condutas Estimulantes, Alívio de

Tensões, Auxílios, Apoio, Vigilância, Cooperação, Responsabilidade, Amor Filial, Envolvimento Familiar, Suporte Familiar, Encorajamento, Atenção Para, Cuidado do Outro, Proteção, Toque, Hospitalidade, Presença, Acomodação, Ação Por/Para/Com, Adaptação a, Alívio (dor/sofrimento), Antecipação, Atitude Para, Sendo Autêntico (real), Sendo Limpo, Sendo Genuíno, Estando Envolvido, Estando Presente, Caridade, Estar Perto de, Conhecendo Cognitivamente, Comunicação, Preocupação Para/Sobre/Com, Congruência Com, Consideração Por, Consulta, Controle, Comunhão com o Outro, Cooperação, Coordenação, Enfrentar Com/Para, Cura, Pensamento/Ato Criativo, Dependência, Ajudar os Outros, Discernimento, Fazer Por/Com, Suporte Emocional, Estabelecer Harmonia, Experenciar Com, Expressar Sentimentos, Fé (nos outros), Sentimento Por/Sobre, Generosidade, Gentileza, Assistência a Grupos, Promoção do Crescimento, Manuseio, Harmonia Com, Instrução de Saúde, Manutenção da Saúde, Ajuda (para si e para os outros), Honra, Esperança, Indulgência, Integridade, Instrução, Interesse Em/Sobre, Intimidade, Conhecimento da Cultura, Conhecimento (da realidade do outro), Tabu, Colocar Limites, Ouvir, Manutenção da Harmonia, Manutenção da Reciprocidade, Manutenção da Privacidade, Obedecer a, Obrigar a, Paciência, Executar Rituais, Permitir Expressões, Atos Personalizados, Atos Físicos, Rezar Com, Preservação, Prevenção, Promoção, Receber, Promover Independência, Aceitação, Reciprocidade, Refletir Com/Sobre, Reabilitação, Relacionar Com, Respeito a Privacidade, Respeito a Diferença de Sexos, Respeito ao Contexto, Respeito aos outros, Restauração, Sacrifício, Auto-Responsabilidade, Sensibilidade pelas Necessidades do Outro, Servir aos Outros, Dividir com Outros, Cura Espiritual, Estimulação, Alívio do Stress, Sofrer Com, Suportar, Símbolos, Ter Cuidado com o Meio Ambiente, Instrumentos Técnicos, Técnicas, Ações / Decisões em Grupo,

Entendimento, Uso de Alimentação, Uso dos Limites, Valorizar os Caminhos do Outro, Trabalhar Duro, Simpatia.

Muitos estudos foram feitos à partir dos construtos desenvolvidos por Leininger. Sendo os estudos de Patrício desenvolvidos de 1990 a 1993 e apresentados em sua tese de doutorado (1995), um dos mais importantes definindo construtos como:

...bases significativas e essenciais no desenvolvimento de ações na manutenção, promoção de saúde e luta contra a doença e/ou incapacidades. Os construtos representam objetivos, ações e modos de cuidar direto e indireto que respondem: para que cuidar? Quais cuidados? E como cuidar?

A seguir apresento os construtos de Patrício:

Dialogar, refletir, meditar com; Trocar idéias, energias, experiências; Promover conhecimentos; Esclarecer, informar, orientar, reforçar, nutrir; Criar, educar, desenvolver potencialidades; Confortar; Tocar (diferente de manuseio); Prevenir; Agir para; Adotar atitudes com relação a; Fazer por; Fazer com; Ter sensibilidade, compaixão, consideração, paciência; Ser empático, autêntico, sincero; Observar, analisar, comparar, validar, expressar; Manter (preservar), acomodar e/ou repadronizar modos de cuidar; Propor e negociar modos de cuidar; Planejar, organizar com; Coordenar; Estar aberto à outra pessoa; Dispensar atenção; Demonstrar interesse, estar dando importância, disponibilidade; Ouvir atentamente (escutar); Preocupar-se com o

outro; Empenhar-se, dedicar-se, fazer favor, gentileza; Compreender; Calar; Tolerar; Amar; Valorizar; Colocar limites; Estar presente; Comparecer; Assumir responsabilidade, compromisso; Respeitar; Não condenar; Aceitar; Desafiar; Estimular; Lutar com; Desenvolver capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas (pensar criticamente); Proteger; Socorrer; Supervisionar - vigiar (segurança com liberdade); Executar ações físico-técnicas, como curativo, higiene corporal, massagens e relaxamento; Aliviar a dor, promover momentos de alegria, prazer; Aceitar expressões de sentimentos negativos; Preservar a individualidade e a integridade do outro e de si próprio; Demonstrar sentimentos de ternura, de aceitação, como acariciar o corpo e o ego, através do toque e do reforço de comportamento construtivo, estimulando a valorização de si próprio e dos outros seres; Executar medidas de promoção, tratamento e reabilitação; Desenvolver afetividade-compromisso entre pares; Considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidades e limitações, valores, crenças, metas, desejos e expectativas; Considerar a história de vida, queixas e sinais do corpo; Demonstrar confiança e ajudar o indivíduo a desenvolver confiança, esperança, fé, coragem, também entre seus pares; Ter comportamento altruísta somente em caso de emergência, visando sempre resultado positivo também para o cuidador; Auxiliar o indivíduo na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; Ajudar o indivíduo a desenvolver suas possibilidades (potencialidades) de liberdade e também de assumir responsabilidade pela própria existência e existência dos outros, incluindo ser solidário e ter cuidados com a natureza; Ajudar o indivíduo a identificar, desenvolver e utilizar recursos individuais, incluindo sua vontade, motivação, de seus familiares, de sua comunidade e sociedade como um todo, em busca de transformação de

limitações para bem-viver; Ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de gerir a melancolia e conflitos do cotidiano de forma ética e estética; Ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de participar ativa e politicamente consciente nas decisões que envolvem seu processo de viver coletivo, incluindo seu próprio cuidado; Cuida, baseando-se em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e práticas culturais próprias do indivíduo, família, comunidade; Focalizar os recursos e limitações, individuais-coletivos, de bem-viver (qualidade de vida); Focalizar os recursos que o profissional necessita para prestar os cuidados integrais, incluindo o uso da Constituição Federal, abrangendo o Estatuto da Criança e do Adolescente; e Desenvolver o processo de cuidar com a população e profissionais de outras disciplinas. (Patrício, 1990 - 1993).

O cuidado quando prestado considerando os aspectos culturais tanto do ser humano e família quando do enfermeiro, torna-se um cuidado congruente ideal para a especificidade das interações. Pois, o *cuidado cultural é o mais amplo meio de conhecer, compreender, justificar e prever fenômenos de cuidado de enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem* (Leininger, 1991).

FAMÍLIA

A família é uma unidade formada por seres humanos que se percebem como família, através de laços afetivos, de interesse e/ou de consanguinidade, dentro de um processo histórico de vida, mesmo quando essas não compartilham um mesmo ambiente. Relacionam-se dinamicamente possuindo, criando e transmitindo crenças, valores, normas, conhecimentos e modos de vida, estruturados na cultura das gerações que incorporam e nas classes sociais a que pertencem. A família tem direitos e responsabilidades, vive em interação com outras pessoas, famílias, profissionais e instituições. (GAPEFAM, 1990)

A família em sua história de vida pode, em um determinado momento, estar apresentando problemas relacionados à saúde, necessitando assim, das intervenções de cuidado existente nas instituições de saúde. A família em situação de hospitalização é aquela que vivencia a partir de um de seus membros determinados problemas de saúde em um ambiente hospitalar, tendo necessidades de cuidar de seus membros, bem como de ser cuidada pelo sistema profissional.

A capacidade da família de efetuar atividades ou alcançar objetivos e padrões de vida em busca de seu bem viver, o qual é definido pela própria família, é a maneira com que a família se cuida para manter-se saudável. Esta capacidade está fundamentada na prática do cuidado, a partir dos recursos da família como unidade com suas crenças, valores, conhecimentos e modos de cuidar, envolvendo a utilização de cuidado do sistema popular e o sistema profissional.

CULTURA

...abrange valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo. (Leininger - 1985)

Integra valores, crenças, normas e modos de vida praticados que são transmitidos desde a vida intra-uterina e que carregamos por toda a existência e que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que direcionam pensamentos, decisões e ações, de forma padronizada. Ou seja, são valores, crenças, normas e práticas de estilo de vida, que, embora possamos modificá-los e reorganizá-los, ainda assim, estarão arraigados em nossa essência.

A cultura está presente no decorrer de nossa vida, seja ela a nível profissional ou no cotidiano familiar. Frequentemente nos deparamos com situações embaraçosas, onde as pessoas entram em confronto com outras, marcadas pela diversidade das culturas. Madeleine Leininger chama este confronto de choque de culturas ou imposição cultural:

O choque cultural pode resultar, quando um estrangeiro tenta compreender um grupo cultural diferente ou adaptar-se, efetivamente, a ele. O estrangeiro, experimentará sensações de desconforto e desamparo, e algum grau de desorientação, porque haverá diferenças nos valores, crenças e práticas culturais. O choque cultural pode levar a raiva e pode ser reduzido,

através da busca de conhecimentos da cultura, antes do encontro com esta cultura. (George, 1985)

A imposição cultural refere-se aos esforços do estrangeiro, sutis ou não, para impor seus próprios valores, crenças e comportamentos culturais a um indivíduo, família ou grupo de outra cultura. A imposição cultural tem se apresentado particularmente predominante, nos esforços de imposição. (George, 1985)

No momento da interação pode tornar-se evidente esta problemática, principalmente quando ocorre a diversidade entre as culturas ou choque cultural, como também, quando o sistema profissional tenta sobrepor seus conhecimentos aos do sistema popular. Um exemplo disto é quando os profissionais de saúde, utilizando o seu saber científico que corresponde a uma cultura qual seja, a profissional, tentam anular práticas populares de cuidado utilizada pela família. O sistema popular de cuidado é entendido por Leininger (1991) como:

Um conjunto de conhecimentos populares e habilidades culturalmente aprendidas e transmitidas para proporcionar ações de assistência, suporte, capacitação ou facilitação para ou por outro indivíduo, com a finalidade de melhorar o modo de vida humana, as condições de saúde ou bem-estar, ou para enfrentar as incapacidades e situações de morte.

Ou seja, refere-se ao sistema não profissional que oferece serviços de cuidado aos membros da família. É caracterizado por conhecimentos populares e habilidades culturalmente aprendidas e transmitidas para proporcionar ações de

cuidado para as famílias, com finalidade de melhorar problemas relacionados ao bem viver.

No decorrer da hospitalização, esse sistema passa a compartilhar com outro sistema que é o profissional, que por sua vez é definido por Leininger (1991):

...aquele que aborda os cuidados profissionais formalmente ensinados, aprendidos, transmitidos e relacionados com o conhecimento sobre saúde, doença e desenvolvimento de habilidades práticas, que prevalece nas instituições profissionais.

Refere-se ao sistema não popular, que oferece serviços de cuidado profissional às famílias em situação de hospitalização. São organizados e interdependentes e são oferecidos por vários profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro. Este sistema ao praticar o cuidado, precisa respeitar crenças, valores e conhecimentos do sistema popular. Leininger (1991) define o cuidado profissional como sendo:

...aqueles processos técnicos, comportamentos e padrões que foram culturalmente aprendidos, que foram capazes de ajudar o indivíduo, uma família ou uma comunidade para melhorar ou manter uma condição saudável e favorável ou estilo de vida saudável.

A família, por sua vez, vivencia momentos particulares no seu cotidiano e cada uma possui formas particulares de lidar com tais situações, visto que pertencem a subculturas diferentes. E com a hospitalização de um dos membros da família, em que a necessidade de cuidados profissionais torna-se indispensável,

pode acontecer o choque cultural entre os dois sistemas, o profissional e o popular. O choque cultural pode tornar-se comum em nosso cotidiano enquanto os profissionais não estiverem preparados para cuidar do ser humano e família com enfoque transcultural.

ENFERMAGEM

Fazem parte da enfermagem seres humanos pertencentes a uma família, da qual apreendem crenças, valores, normas e conhecimentos, adquirindo outros, compartilhando-os e criando novos. Desenvolvem-se em seu processo de viver, construindo a sua história de vida e a de sua família. Tem necessidades de expor dúvidas e sentimentos, pedindo e dando apoio à sua família, a outras famílias e profissionais. Assim como a enfermagem pertence ao sistema popular, faz parte também de um outro sistema que é o profissional. Relaciona-se com as famílias em situação de hospitalização, focalizando suas necessidades singulares de cuidado, bem como desenvolvendo processos de cuidado específicos na preservação, acomodação e repadronização do cuidado.

Leininger, define enfermagem como uma profissão comprometida com o ser humano em sua totalidade, ou seja, o compromisso com o cuidado cultural aos indivíduos pertencentes a diferentes grupos sociais.

Enfermagem refere-se a uma ciência e arte humanística aprendida que focaliza principalmente os comportamentos e os cuidados personalizados, bem como funções e processos direcionados a promover e manter os comportamentos de saúde ou de recuperação da doença. (Leininger, 1988)

A enfermagem pode estar sempre em busca de um preparo mais adequado para trabalhar com estas questões de diversidades culturais. À partir do momento em que a enfermagem conscientizar-se desta importância, o choque cultural e a imposição cultural podem ser amenizados durante a internação da família. Esta preocupação reflete a busca pelo cuidado culturalmente congruente.

Sendo assim, o foco da enfermagem deve ser tanto individual, familiar, cultural ou para uma sociedade como um todo e para tal ressalta que:

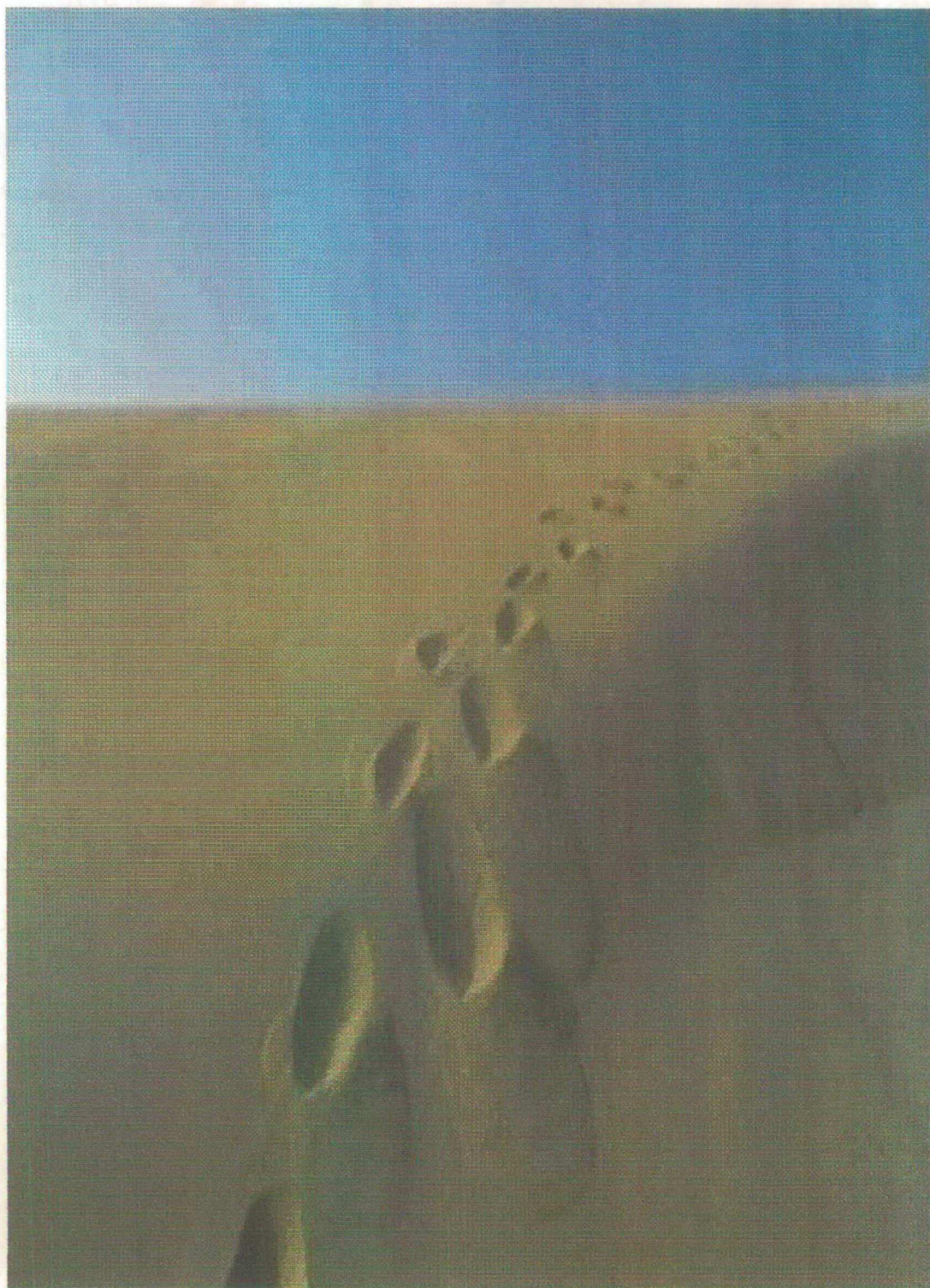
... o objetivo da enfermagem transcultural vai além da apreciação de culturas diferentes, mas sim tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada. Se aqueles que praticam a enfermagem não considerarem os aspectos culturais da necessidade humana, suas ações poderão ser ineficazes e trazer consequências desfavoráveis para os assistidos. (Leininger, apud Gualda e Hoga, 1992)

AMBIENTE HOSPITALAR

É o meio físico, social, cultural, econômico e político no qual a família em situação de hospitalização e o sistema profissional, interagem dinamicamente. É constituído por todos os seres e as relações existentes entre eles, formando um conjunto de crenças, valores que determinam o processo de viver, sem negar a própria condição humana reflexiva de autodeterminar-se e reagir, conhecendo e criando novos valores e crenças que podem provocar mudanças onde estão inseridos.

A família ao compartilhar o ambiente do sistema profissional de cuidado, está exposta a uma diversidade de culturas em um ambiente que não é próprio do seu cotidiano, e muitas vezes essas culturas podem divergir em momentos não apropriados como é o da hospitalização. Nessas situações, é comum ocorrer o choque entre as culturas e até mesmo a imposição cultural, seja ela proveniente tanto do sistema profissional quanto da família.

DELINEANDO UMA TRAJETÓRIA



IV – DELINEANDO UMA TRAJETÓRIA

A opção por desenvolver este trabalho partiu da necessidade de aperfeiçoar e dar suporte a uma metodologia de trabalho à enfermeira assistencial de uma unidade cirúrgica e ginecológica, utilizando um referencial que contemplasse os aspectos culturais do paciente e sua família. Para isso, tornou-se necessário desenvolver inicialmente um referencial teórico, à partir do qual fosse criada uma metodologia de trabalho, integrando assim, teoria e prática para viabilizar um cuidado congruente.

Vários são os autores que definem metodologia, entre os quais selecionei o entendimento que Minayo (1994) possui de metodologia:

...o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias das ciências sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria.

A proposta deste estudo foi desenvolvida em dois momentos distintos. O primeiro constou da prática assistencial desenvolvida como atividade didática proposta em uma das disciplinas do currículo do Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC; e o outro, desenvolvido à partir da avaliação do primeiro, com as reformulações necessárias para viabilização do mesmo, que se deu no período de setembro de 1998 a maio de 1999.

4.1 - SITUANDO A PRÁTICA

A prática de cuidado deste trabalho foi desenvolvida em uma unidade de internação cirúrgica, localizada no segundo andar de um hospital governamental, geral, de médio porte em Florianópolis - SC. Este setor de internação cirúrgica possui um total de 46 leitos, que estão divididos nas especialidades de cirurgia geral, vascular, urológica e outras referentes a cirurgias de urgência e de curta permanência.

Os leitos estão distribuídos em dois por quarto, contendo no mesmo um banheiro para dois. Este setor foi reaberto há três anos, está em bom estado de conservação, contendo o necessário para atender ao indivíduo. Sua estrutura não comporta a família como acompanhante, pois além das camas e armários possui

apenas duas cadeiras de fórmica e seis poltronas para suprir todo o setor. Essas poltronas são destinadas ao paciente em pós-operatório , sendo que muitas vezes tentamos adequar as mesmas para os quartos com acompanhantes, porém, nem sempre conseguimos, ficando a família sem o mínimo de conforto. Apesar desta deficiência , muitas famílias se sujeitam a permanecer junto ao familiar.

Esta prática de cuidado também foi desenvolvida em uma unidade de internação ginecológica, de um hospital escola de Florianópolis, o qual faz parte do cotidiano profissional da enfermeira pesquisadora. A unidade ginecológica é composta de seis leitos, sendo que estão distribuídos em dupla nos três quartos que fazem parte da área física do setor.

Pela própria característica de uma unidade de internação pequena, torna-se mais fácil propiciar o acompanhamento da família durante a internação de um de seus membros. Outro fator que influencia no atendimento à família durante a internação é a filosofia institucional que, no caso deste hospital de ensino, é a humanização no atendimento à população que utiliza este serviço.

4.2 - OS PARTICIPANTES DA PRÁTICA DE CUIDADO

Fizeram parte desta prática de cuidado famílias que possuíam um de seus membros internados na unidade de internação cirúrgica e ginecológica nos dias de plantão da enfermeira pesquisadora.

Por caracterizar-se como uma pesquisa prática, relatando o cotidiano da enfermeira pesquisadora, fizeram parte também, a equipe de enfermagem que estava trabalhando nos dias de cada relato, bem como, outros profissionais da instituição que vieram ao setor para avaliação das pacientes graves.

Apesar de não estar planejado um momento formal para trabalhar com a equipe de enfermagem, houve e sempre haverá momentos em que a equipe, da qual fizemos parte, necessita ser cuidada, pois quem cuida também necessita ser cuidado.

4.3 - MÉTODO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

Durante a prática de cuidado, foi utilizado uma abordagem qualitativa para a coleta, registro e análise dos dados. Os encontros ocorreram de maneira informal e as informações foram coletadas através da estratégia da observação participante e entrevistas não estruturadas, bem como, a partir de instrumentos

contendo informações pertinentes a prática. Esta técnica propiciou um maior envolvimento com a família, diminuindo assim a distância entre os integrantes da prática de cuidado.

Os dados foram registrados imediatamente após a coleta de dados, sob a forma de notas de campo, ou seja, anotações detalhadas das situações vivenciadas no campo da prática da enfermeira pesquisadora.

No decorrer de seis meses foram feitos alguns relatos dos plantões da enfermeira, sendo selecionados os quatro últimos para constar neste trabalho, os quais contem questões relacionadas ao vivenciar da morte de uma paciente pela equipe e família, bem como, o cuidado prestado às pacientes, família e equipe de enfermagem.

Para facilitar o registro e análise dos dados, foi desenvolvida uma estratégia constando os seguintes passos: **Registrando o cotidiano do cuidado; Interpretando a situação; Ações da enfermeira pesquisadora; Construtos e Conceitos relacionados aos relatos; e Notas da enfermeira pesquisadora.**

⇒ **Registrando o cotidiano do cuidado**

Trata-se de um recorte do cotidiano de cuidado da enfermeira pesquisadora, desenvolvido com o paciente, família e equipe de enfermagem, a partir do referencial teórico descrito no capítulo anterior, baseado na teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

Nesta fase, o registro é feito após o término do plantão, contendo todos os acontecimentos no decorrer do mesmo. Devido ao excesso de atividades, não foi possível registrar todos os plantões, sendo que foram selecionados os de maior importância e significado para a enfermeira pesquisadora. Constam neste trabalho apenas quatro relatos, visto que, algumas falas de outros momentos foram contempladas no capítulo VI ao analisar os dados à luz do referencial teórico.

⇒ **Interpretando a situação**

Na interpretação da situação ocorre o retorno a prática de cuidado para que a pesquisadora tenha condições de interpretar a situação vivenciada por ela na qualidade de enfermeira no seu cotidiano.

⇒ **Ações da enfermeira pesquisadora**

Após registrar e interpretar os relatos, a enfermeira pesquisadora passa a analisar as ações da enfermeira para cada relato, que foram de acordo com as três modalidades de ação definidas por Leininger (1991), que são:

- ◆ *Manutenção ou Preservação do Cuidado Cultural - Refere-se aquelas ações e decisões profissionais que visam assistir, prover suporte, facilitar ou habilitar que ajudem as pessoas de uma cultura particular a conservar e/ou preservar valores de cuidados relevantes para que elas possam manter sua saúde, recuperar-se das enfermidades, ou enfrentar dificuldades e/ou a morte.*

- ◆ *Acomodação ou Negociação do Cuidado Cultural - Refere-se aquelas ações e decisões profissionais que visam assistir, fornecer suporte, facilitar ou habilitar de maneira criativa, que ajudam as pessoas de uma cultura desigual a adaptar para, ou negociar com outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os que prestam cuidados profissionais.*

- ◆ *Reestruturação ou Repadronização do Cuidado Cultural - Refere-se aquelas ações e decisões profissionais que visam assistir, fornecer suporte, facilitar ou habilitar, que ajudam o(s) cliente (s) a reordenar, mudar ou modificar seus estilos de vida para novos, diferentes e benéficos cuidados enquanto respeita os valores e crenças culturais dos clientes e ainda provê um estilo de vida saudável ou benéfico cuja mudança foi estabelecida com os clientes.*

Estas três modalidades definidas por Leininger para guiar as decisões ou ações da enfermeira foram vivenciadas no cotidiano e trabalhadas junto ao paciente, família e equipe na busca de um cuidado congruente, evitando assim, o choque cultural entre o sistema profissional e a família.

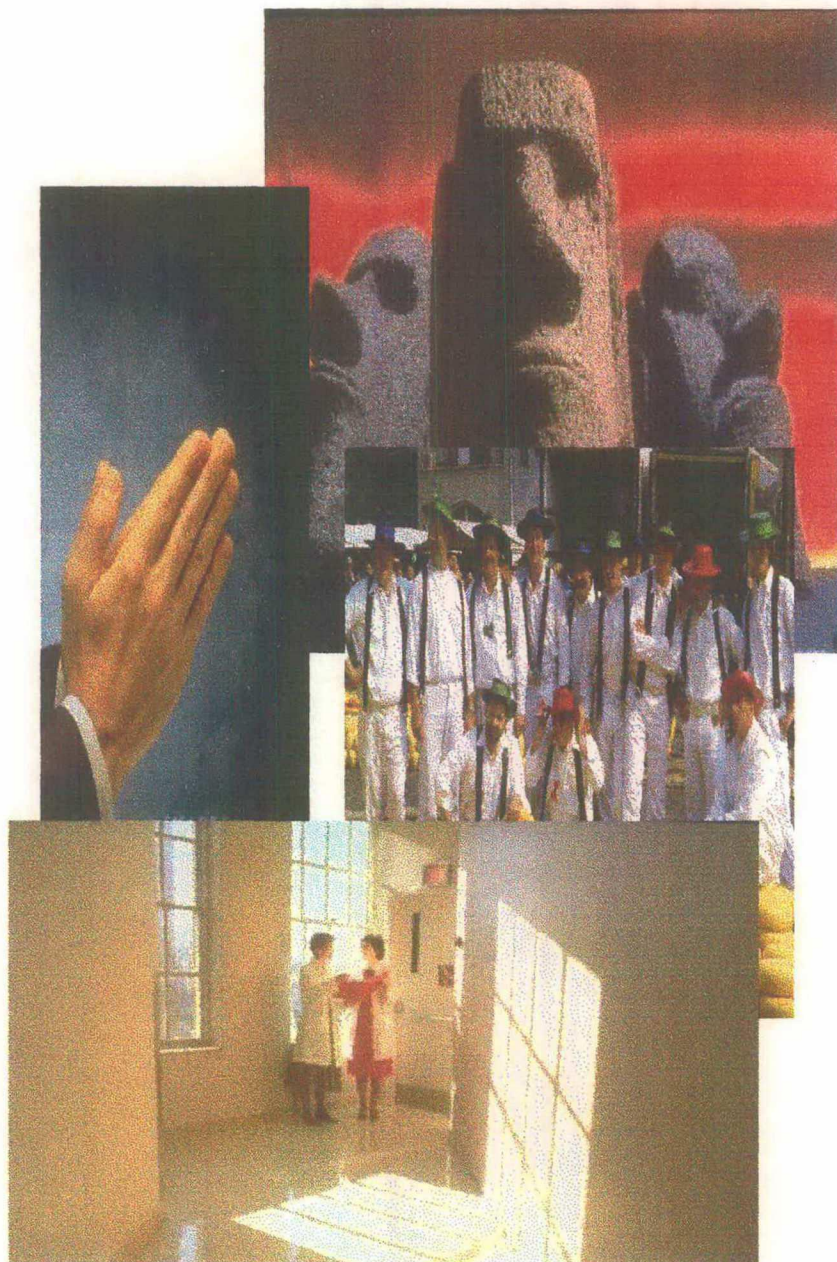
⇒ **Conceitos relacionados aos relatos**

Momento em que a enfermeira pesquisadora retorna aos registros e identifica a utilização ou não dos conceitos contidos no referencial desenvolvido, ou seja, a relação da prática da enfermeira com o referencial teórico.

⇒ **Notas da enfermeira pesquisadora**

- * Esta fase representa o momento em que a enfermeira reflete sobre a situação vivenciada e registra seus sentimentos e emoções no que se refere à prática de cuidado no seu cotidiano.

RELATANDO A PRÁTICA DE CUIDADO



V – RELATANDO A PRÁTICA DE CUIDADO

Os dias de plantão relatados pela enfermeira pesquisadora, fizeram parte do cotidiano de cuidado desenvolvido na instituição hospitalar, durante o período de execução da prática de cuidado deste trabalho. Em alguns momentos, este cotidiano da enfermeira pesquisadora torna-se conturbado, até mesmo por situações de morte, emergências, cuidado da equipe e até momentos alegres compartilhados com a família. Vale a pena ressaltar que estes relatos dão enfoque a uma prática vivenciada pela enfermeira com embasamento na teoria transcultural, da qual, a teórica Leininger enfoca muito bem o real papel do enfermeiro enquanto ser humano cuidador e enfatizando o eixo central da área da saúde e mais especificamente da enfermagem.

O ser humano necessita ser cuidado em vários momentos de sua vida, sejam eles para garantir a cura ou não, pois segundo Leininger (1985): *Não pode haver cura sem cuidado mas pode haver cuidado sem cura*. Um ser humano que necessita ser cuidado pelo sistema profissional e/ou pelo sistema popular de cuidado, incluindo seu próprio cuidado, da família e pessoas de sua relação. Torna-se importante resgatar a importância de que a família, além da necessidade que tem

de cuidar, também requer ser cuidada pelos seus membros, amigos e/ou profissionais das diferentes áreas do conhecimento.

Devido a importância do resgate deste cotidiano, torna-se necessário ilustrar essas idéias com os próprios relatos da enfermeira pesquisadora que contempla suas falas e a dos pesquisados em sua íntegra. Estes discursos foram relatados com extremo sigilo para os envolvidos na pesquisa. Os relatos serão apresentados através de quadros contendo seis colunas.

A primeira coluna contém a letra R correspondendo à numeração dada para cada parte dos relatos, facilitando assim, a análise dos dados. Foi utilizado para esta coluna a cor azul petróleo para diferenciar das outras colunas. A numeração das divisões dos relatos vai de 01 a 97, incluindo os 4 relatos descritos neste trabalho. A cor azul escuro, representa a segunda coluna do quadro, onde estão os registros do cotidiano do cuidado. O interpretar a situação apresenta-se na terceira coluna do quadro com a cor vermelha. A ação da enfermeira está representada pela cor azul no decorrer da quarta coluna de cada quadro. Já na quinta e sexta coluna, respectivamente estão os construtos com a cor vermelho escuro e os conceitos com a cor verde. Após cada relato, estão as notas da enfermeira pesquisadora, que são as reflexões feitas pela mesma acerca da experiência relatada.

Os **quatro relatos** apresentados a seguir, foram chamados, segundo seus temas, como: Vivenciando a morte com a família e a equipe, Compartilhando com a equipe a importância do cuidado humanizado, Diversidades vivenciadas em um dia de plantão e Interagindo dinamicamente no cuidado do paciente e família.

5.1 - VIVENCIANDO A MORTE COM A FAMÍLIA E A EQUIPE

¹ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ação da Enfermeira	Construtos	² C
01	³ Após subir a escada de acesso ao Segundo andar, senti um odor fétido no ar e quanto mais perto do setor maior era o odor.	Perceber os sinais do ambiente	Repadronizando e compreender o que o ambiente está mostrando	<ul style="list-style-type: none"> Entender a mensagem do ambiente. Perceber as modificações do ambiente 	C A CT
02	³ Entrei na sala da chefia e logo disse: * Nossa que cheiro! É da S? • É bem o que você está imaginando... * Que cheiro de morte! • Acho que ela não passa desta noite... * Eu não posso acreditar, 35 anos... • Parece que foi ontem que ela operou.	Os odores que representam a morte. A morte em pessoas novas faz a equipe refletir	Preservando um conhecimento adquirido com a prática do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> Trocar experiências Refletir com a equipe Comunhão com outro Percebendo as modificações do ser humano 	CT C E
03	³ Entre um comentário e outro, pude observar as expressões de tristeza estampada no rosto da equipe de enfermagem que estava no plantão da tarde.	Percepção da enfermeira com relação a equipe de enfermagem	Preservando a percepção da enfermeira com a equipe	<ul style="list-style-type: none"> Perceber o outro Estar atento equipe de enfermagem 	C E
04	* ³ Nós também sentimos a perda, não é só a família. • É horrível quando alguma paciente vai a óbito no meu plantão. Ainda bem que a S. não morreu esta tarde. * Isto é um sinal de que o cuidado prestado a ela trouxe uma interação, o que é positivo.	Confortar a equipe que está vivenciando uma perda e associando ao cuidado humanizado	Acomodando com a equipe os sentimentos da morte	<ul style="list-style-type: none"> Expressar sentimentos Ouvir a equipe Compartilhar sentimentos e conhecimentos Dividir com os outros Dar suporte ao sentimento de perda 	F E C CT

¹ Número de registro das divisões dos relatos

² Conceitos relacionados: A: Ambiente; CT: Cultura; C: Cuidado; E: Enfermagem; F: Família.

³ Desenvolvido com a equipe

⁴ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁵ C
05	⁶ Iniciamos a passagem de plantão com toda a equipe da tarde e a da noite. Foram feitos vários comentários do tipo:	Compartilhar com a equipe as ocorrências	Mantendo um ritual indispensável para a continuidade do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> Compartilhar conhecimentos Manter rituais 	C E SH
06	<ul style="list-style-type: none"> ⁶Ela está sofrendo muito... Porque uma pessoa tem que sofrer tanto * Cada um tem sua missão e o sofrimento faz parte desta passagem pela vida Eu não encontro explicação para todo este sofrimento de uma pessoa que parece fazer tanto o bem Ela está lutando contra a morte, geme o tempo todo, mas abre os olhos quando a gente chama * Então ela já está agonizando? Sim, desde hoje de manhã... 	A enfermeira confortando o sentimento de perda e a impotência quanto ao sofrimento do outro	Acomodando com a equipe os sentimentos de perda e a impotência para amenizar o sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> Interpretar as ocorrências Confortar a equipe Ouvir os sentimentos de perda da equipe Dar suporte a equipe nos momentos de perda Dividir, compartilhar com a equipe Expressar sentimentos 	CT E C
07	⁶ Eram nítidos os seus gemidos e disse: * Meu Deus! Temos que orar para que ela descanse. E a analgesia? • Está sendo feito tudo o que está prescrito, mas não foi avaliada pelo oncologista para fazer um esquema melhor de analgesia. * Por que não foi avaliada por ele? • Devido a demora do pedido de parecer	Discutindo com a equipe as condutas tomadas para aliviar o sofrimento da paciente	Repadronizando condutas para amenizar o sofrimento da paciente	<ul style="list-style-type: none"> Aliviar a dor Avaliar a conduta tomada Socorrer a paciente Questionar com a equipe Refletir com a equipe 	E C

⁴ Número de registro das divisões dos relatos

⁵ Conceitos Relacionados: CT: Cultura; C: Cuidado; E: Enfermagem; SH: Ser Humano.

⁶ Desenvolvido com a Equipe de Enfermagem.

⁷ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁸ C
08	⁹ À noite procurei alguém da oncologia. Sem sucesso, pois a noite só ficam os residentes de clínica médica de plantão e não iria adiantar procurá-los. O odor estava insuportável e de repente o irmão de S. entra no quarto, sendo ele o único familiar que a mesma tem em Florianópolis. Ela tem 02 filhos que moram no Rio Grande do Sul junto com a mãe.	A enfermeira busca auxílio com outros profissionais para amenizar o sofrimento da paciente	Repadronizar o cuidado para confortar a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar auxílio com outros profissionais • Estar ao lado • Questionar a conduta 	E C CT
09	<ul style="list-style-type: none"> • ¹⁰A minha baixinha está “apodrecendo”, né Luizita? Levei um susto, olhei-o e disse: <ul style="list-style-type: none"> * Realmente, ela não está bem. • Eu não me conformo desta baixinha deixar chegar onde chegou, ela mesma se matou. * Não está sendo fácil para você enfrentar essa situação, né? 	A família fica perplexa com a situação e compartilha com a enfermeira	Acomodando o sentimento de inconformação da perda para a família	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir a família • Confortar a família • Trocar idéias com a família • Estar aberto à família • Dar suporte a família 	F E C CT
10	<ul style="list-style-type: none"> • ¹⁰E para completar a mãe foi internada. * O que houve com ela? • Ela é cardíaca 	A família vivencia problemas de doença com outros membros	Acomodando a perda para a família	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir a família • Interagir e estar aberto à família 	F E C
11	<ul style="list-style-type: none"> * ¹⁰Vocês contaram da S.? • Ela sabe que S. está doente, mas não neste estado. * Mas, mãe sente. Ela deve saber da filha. • Sim, ela deve estar sentindo a situação, porque elas eram muito ligadas... 	Uma questão cultural da família e enfermeira Quanto a sensibilização da mãe	Acomodando com a família os motivos de doença da mãe	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar as crenças • Ouvir e refletir com a família as causas da doença 	F E C

⁷ Número de registro das divisões dos relatos

⁸ Conceitos relacionados: C: Cuidado; E: Enfermagem; CT: Cultura; F: Família.

⁹ Desenvolvido com o paciente

¹⁰ Desenvolvido com a família

¹¹ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	¹² C
12	¹³ S. fez cirurgia de útero em janeiro deste ano, fez radioterapia e quimioterapia, retornando em setembro com fistula vesico-reto-vaginal e recidiva de câncer. Mora no interior do Rio Grande do Sul com um casal de filhos e sua mãe (ambas separadas). Aqui só mora o irmão, que a trouxe para fazer cirurgia com o médico ginecologista que é amigo.	Conhecer a história da paciente e suas relações	Reconstituindo a história da paciente. (Preservando)	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar informações • Relembrar o que havia acontecido • Conhecer os motivos para se tratar em Florianópolis 	F E C
13	<ul style="list-style-type: none"> • ¹⁴Ela está muito ruim, né? Quanto tempo você acha que dura? * Eu acho que ela não passa desta noite. Mas, é muito relativo, pois só Deus pode afirmar isto. 	Morte eminente, porém o momento é só Deus quem sabe	Repadronizando a uma crença sobre a morte	<ul style="list-style-type: none"> • Confortar e compartilhar questões culturais 	CT F E
14	<ul style="list-style-type: none"> • ¹⁴O cheiro está muito forte, não dá para agüentar ao lado dela. Eu estou pensando em ir para casa descansar para amanhã enfrentar o dia. * Já que você está sozinho, é necessário se preservar um pouco, porque amanhã será outro dia. • É, então eu vou. Qualquer coisa você me liga? * Pode ir tranquilo. Vai para casa e descansa. Você já fez o que tinha que fazer e ela sabe disso... não é porque você vai para casa que ela vai se sentir só. • E a roupa? • Em caso de morte eu ligo. 	Entrar em acordo com a família para poupar os membros	Repadronizando o cuidado com a família. Preservando-a de estar presente em um momento de perda	<ul style="list-style-type: none"> • Estar ao lado nas decisões da família • Poupar os membros da família para enfrentar o momento da morte • Encorajar a família nas decisões tomadas • Dar apoio a família • Refletir com a família sobre compromisso com a irmã 	F E C CT

¹¹ Número de registro das divisões dos relatos

¹² Conceitos relacionados: F: Família; E: Enfermagem; CT: Cultura; C: Cuidado.

¹³ Desenvolvido com o paciente

¹⁴ Desenvolvido com a família

¹⁵ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	¹⁶ C
15	¹⁷ Neste momento é necessário preparar a família para a morte. Mas às vezes tenho a impressão de que ele está aceitando e até querendo que ela descanse. Despediu de nós e da irmã, que estava inconsciente e foi embora.	Preparar a família para a morte	Acomodando a angústia e dúvidas da família	<ul style="list-style-type: none"> • Dar apoio • Estar ao lado • Auxiliar e Refletir com • Presenciar a despedida da família 	CT F E C
16	¹⁸ Fizemos todos os cuidados de higiene com S. e o odor amenizou um pouco. Ao chamado mal abria os olhos, só gemia. Uma das funcionárias disse:	Cuidados de higiene e conforto antes da morte	Mantendo um cuidado para amenizar o desconforto	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de higiene e conforto • Estar ao lado da paciente 	C E A
17	<p>◇ ¹⁹Eu não vou fazer o tamponamento, eu não consigo</p> <p>* Por que? É só ter respeito, não há problema.</p> <p>◇ Ai não sei, acho muito mal trato.</p> <p>* O que sobra é o corpo e o tamponamento é uma maneira de cuidar do corpo após a morte para ser entregue à família...</p>	Alertando a equipe do cuidado que se presta ao corpo após a morte	Repadronizando questões culturais com a equipe de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a equipe • Esclarecer e alertar a equipe quanto aos cuidados com o corpo após a morte 	CT C E
18	¹⁹ Depois de um tempo vi a mesma funcionária com a Bíblia lendo para a paciente o Apocalipse 8				
	<p>◇ Eu vou ler esta mensagem para que você tenha calma e perdoe as pessoas que você odiava ou algum mal que você fez seja reparado e agora vou ler um trecho do novo testamento para você:</p>				

¹⁵ Número de registro das divisões dos relatos

¹⁶ Conceitos relacionados: CT: Cultura; C: Cuidado; E: Enfermagem; F: Família; A: Ambiente.

¹⁷ Desenvolvido com a família

¹⁸ Desenvolvido com o paciente

¹⁹ Desenvolvido com a equipe

²⁰ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	²¹ C
18	<p>²²Por isso estão diante do trono de Deus, e o servem de dia e de noite no seu templo; e aquele que está assentado sobre o trono os cobrirá com a sua sombra. Nunca mais terão fome, nunca mais terão sede; nem sol, nem calma alguma cairá sobre eles. Porque o cordeiro que está no meio do trono os apascentará, e lhes servirá de guia para as fontes das águas da vida; e Deus limpará de seus olhos toda a lágrima.</p>	Orar para diminuir o sofrimento da paciente	Preservando o cuidado espiritual para a equipe e para a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Orando com a paciente • Trabalhando questões culturais • Estar presente para auxiliar na morte 	C E SH CT
19	<p>²²Ao sair do quarto veio em minha direção e disse: ◇ Devemos ajudar ela a deixar esta vida. * M. que bonito o teu ato, às vezes o nosso dia-a-dia é tão corrido que esquecemos de coisas tão importantes como auxiliar um paciente moribundo a encontrar a paz.</p>	Apoiar a ação da equipe de ler a Bíblia	Preservando uma atitude de crença da equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a equipe • Respeitar as atitudes de crenças da equipe de enfermagem 	CT C E
20	<p>²³S. continuou gemendo a noite inteira. As pacientes do Quarto ao lado estavam preocupadas com a dor da colega, pois não sabiam da gravidade de seu caso. Passamos o plantão ao som do gemido e o odor fétido mais intenso. * Deve ser prescrito analgesia com urgência, não dá mais para ver ela sofrer deste jeito...</p>	A equipe de enfermagem vivenciando o sofrimento junto com a paciente	Acomodando com a equipe de enfermagem o cuidado para amenizar a dor	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilha com a equipe o sofrimento • Envolver a equipe • Estar ao lado • Aliviar a dor 	C E A
21	<p>²²Volto às 16:45h para substituir uma enfermeira até as 22:00h. Senti logo o odor. A paciente tinha ido à óbito.</p>	A morte causa alívio para a equipe	Acomodando o sentimento de perda	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar a tensão • Recuperar e a perda 	CT C E

²⁰ Número de registro das divisões dos relatos

²¹ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; SH: Ser Humano; CT: Cultura; C: Cuidado; A: Ambiente.

²² Desenvolvido com a equipe

²³ Desenvolvido com a paciente

²⁴ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	²⁵ C
22	<p>²⁶A enfermeira passou o plantão e saiu e eu fui auxiliar no tamponamento e transporte até a conservadora. No final da tarde chega o irmão e a esposa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ela descansou né Luizita? * Foi melhor assim. Ela sofreu muito á noite e o resto do dia. <p>Hoje de dia eu vi, passei o tempo todo aqui e depois de 10 min. Que eu sai ela morreu. Ela se debateu muito?</p> <ul style="list-style-type: none"> * Eu não vi, acabei de chegar. • Nós não vamos velá-la. Amanhã viremos pegar o corpo para enterrar. * É melhor assim, pois não vem mais ninguém, né? • Eles preferiram ficar com a imagem bonita dela... 	Encontro da enfermeira com a família após a morte da paciente	Acomodando a dor da perda	<ul style="list-style-type: none"> • Confortar a família • Interagir com a família • Apoiar e dar suporte à família nas decisões • Estar presente • Envolver-se com a família • Prestar informação para a família 	F E C
23	<p>²⁶Abraçou-me e chorou, depois de um tempo agradeceu muito o atendimento prestado tanto para a irmã quanto para eles, desejando muita força e amor pela profissão. Neste momento as lágrimas correram em meus olhos, pois somos seres humanos trabalhando com seres humanos. Momento marcado por expressar sentimentos, onde o profissional é visto como ser humano também. Olhei ao meu redor e os funcionários também estavam chorando, todos calaram.</p>	Momento de emoções para a equipe e família	Preservando emoções com a família	<ul style="list-style-type: none"> • Estar envolvido • Compartilhar e sensibilizar-se com a família • Expressar sentimentos 	SH F E C CT
24	<p>²⁷O próximo passo foi dar continuidade as atividades e fazer uma boa desinfecção do ambiente.</p>	Voltando as atividades	Repadronizando o cuidado do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar do ambiente <p>Retornar as atividades</p>	A C E

²⁴ Número de registro das divisões dos relatos

²⁵ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; SH: Ser Humano; CT: Cultura; C: Cuidado; A: Ambiente; F: Família;

²⁶ Desenvolvido com a família

²⁷ Desenvolvido com a equipe

NOTAS DA ENFERMEIRA PESQUISADORA

A percepção do ambiente enquanto estamos chegando no trabalho faz parte do cotidiano das enfermeiras antes de receber o plantão. Existe até uma expectativa de “como será que está o setor?”. A enfermeira observa tudo o que está passando ao seu redor, inclusive as modificações do ambiente, prova disto é o odor percebido ao aproximar-se do setor. Um odor característico de morte, que já é conhecido pela enfermagem e todo o sistema profissional é capaz de relacionar este sinal à putrefação de um corpo, ou seja, indícios de morte de algum paciente.

Apesar de toda a experiência da equipe de enfermagem, existem coisas que transcendem as nossas capacidades, como por exemplo a de prever o momento certo da morte. Mas, na verdade sabe-se que o paciente terminal não dura muito, pois as características já conhecidas pela enfermagem, no que se refere a pré-morte, estão eminentes na paciente e no ambiente.

O sofrimento da paciente é percebido e vivenciado por toda a equipe de enfermagem que se sente impotente, enquanto profissionais para prestar alguma ajuda. A morte de algum paciente pode significar alívio para a enfermagem, pois o sofrimento de um ser humano faz com que a enfermagem sofra junto.

A interação com as equipe de enfermagem está relacionada a seres humanos trabalhando com seres humanos, pois quando estamos percebendo o outro estamos também cuidando do outro. A enfermeira cuida do paciente, da família, da equipe, assim como também necessita ser cuidada. Em nosso cotidiano devemos

estar atentos a todo este arsenal de sinais que as pessoas, o ambiente nos transmitem, pois onde há seres humanos existe percepções, sentimentos, comunicação, cuidado, cultura.

A passagem de plantão é um momento importante para a enfermagem, pois é o único momento que duas equipes discutem cuidados, trocam idéias, revêm os colegas, falam de suas angústias e alegrias, enfim cultivam a afetividade existente entre as pessoas. E a questão cultural está muito presente neste momento, pois onde existem pessoas, existe diversidades de culturas.

A enfermeira auxilia a equipe e juntos trabalham a questão da morte. A perda de uma paciente é muito significativa para a equipe, porém, dentro de poucos dias essa perda já está superada, pois o leito já foi ocupado por outros pacientes, com outros problemas. E no entanto, para a família a perda de uma pessoa leva muito mais tempo para ser superado, por isso é que ela necessita de muito apoio. E nós, pertencentes ao sistema profissional, podemos prestar este apoio enquanto estivermos em contato com a mesma.

O enfrentar as situações de morte, em alguns casos, ficam restritos alguns membros da família. As condições financeiras da família fazem com que isto aconteça com maior frequência, principalmente quando os pacientes são de outros estados. A enfermagem compartilha momentos difíceis com a família e a sensibilidade da mãe quanto ao estado de saúde da filha, faz com que seja prejudicada a sua saúde. Preservar uma mãe da gravidade da doença da filha pode ser inútil, pois a mãe sente que está acontecendo algo ruim com os filhos.

A tomada de decisão da família depende também da enfermeira, pois o apoio e auxílio na busca pelo conforto dos membros da família também perpassa no cotidiano da enfermeira. Muitas vezes a família não precisa ficar ao lado e também nem quer presenciar a morte e a enfermeira pode amenizar este compromisso da família. A família sente-se mais tranquila tendo orientação e apoio da enfermeira nas decisões de cuidar um pouco dos outros membros da família. Deixar a família tranquila no que se refere aos seus compromissos perante o moribundo, também pode ser mediado pela enfermagem.

Aos familiares surgem vários questionamentos, tais como: “Será que não tenho que acompanhá-la até o momento da morte?” ou “Ela vai sentir-se sozinha, abandonada? Mas, existem tantos que não querem participar deste momento, pois o medo de que a pessoa sofra no hora de morrer, perpassa na cabeça dos membros da família. A enfermeira prepara tanto a família quanto a si mesma, porque a morte também é uma perda para a equipe, enquanto se presta um cuidado congruente.

Os cuidados com o corpo após a morte é ainda considerado como maltrato ao paciente, quando o entendimento de morte não está bem trabalhado com a equipe de enfermagem. Em um setor, onde não são comuns os óbitos, isto se torna mais evidente. As crenças não podem ser separadas ou excluídas do cotidiano da enfermagem, principalmente quando se trabalha a transculturalidade. O ler um trecho da Bíblia para a paciente foi uma atitude de respeito às questões culturais. Assim como também, a enfermeira apoiar a atitude da equipe é respeitar questões culturais desta equipe, trabalhando inclusive questões de morte e morrer.

5.2 - COMPARTILHANDO COM A EQUIPE O CUIDADO HUMANIZADO

²⁸ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	²⁹ C
25	³⁰ Mais um dia de trabalho. Vou trabalhar com outra equipe, pois troquei o plantão. Hoje tem apenas duas pacientes, sendo que uma está aguardando a cirurgia e a outra foi submetida a uma histerectomia abdominal e está no terceiro pós-operatório. Esta última sofreu muito nos primeiros dias estando bem instável, chegando até correr o risco de ir para a UTI. E hoje quando chego fico feliz em ver a sua recuperação.	A enfermeira se alegra com a boa evolução da paciente	Preservando a informação	<ul style="list-style-type: none"> • Alegrar-se com a recuperação do paciente • Conhecer o do estado de saúde da paciente 	SH E C D
26	³⁰ Passo a visita nos quartos, converso um pouco com as pacientes. E quando retorno, comecei a conversar com as funcionárias que perguntam:	Conhecendo e conversando com os pacientes	Mantendo interação com os pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as pacientes • Interagir com as pacientes 	SH E C
27	<ul style="list-style-type: none"> ◇ ³¹Você ainda estuda? * E vou continuar estudando por muito tempo. ◇ O que é mesmo que você faz? * Eu faço mestrado, estou quase terminando. ◇ Você não fez curso com família? * Fiz, e no mestrado continuo trabalhando com família. ◇ Quando terminar onde você pretende trabalhar? * Eu gostaria de continuar no hospital e dando aula também. ◇ A prefeitura não tem um programa que trabalha com as famílias? * Tem, mas eu gosto de hospital. A família também precisa ser cuidada no hospital... 	Discussão com a equipe Teoria e Prática, enfatizando importância do cuidado à família no hospital	Repadronizando a idéia de que a família só é trabalhada no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer • Estar aberto, presente, expor idéias • Despertar a equipe para trabalhar a família no hospital 	F E C A

²⁸ Número dos registros das divisões dos relatos

²⁹ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; SH: Ser Humano; C: Cuidado; A: Ambiente; F: Família; D: Doença.

³⁰ Desenvolvido com o paciente

³¹ Desenvolvido com a equipe

³² R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	³³ C
28	<p>♦ ³⁴É verdade. Eu pensava diferente, mas quando eu fui internada para fazer cirurgia, eu vi o quanto é importante a gente tratar bem os pacientes. Quando meu marido foi embora e eu me vi sozinha me deu um desespero tão grande e aí alguém pegou na minha mão. Luizita você não pode imaginar como isso foi bom para mim, a segurança que eu senti neste momento.</p>	<p>Importância da família no hospital baseado na experiência pessoal da equipe</p>	<p>Preservando experiência vivida pela família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvindo a equipe • Estar presente • Dar apoio • Empatia 	<p>F E C</p>
29	<p>* ³⁴Muitas vezes a gente só se sensibiliza quando passa pela situação ou quando tem alguém da família que é internado. Isto é comum acontecer Quando os profissionais se colocam no lugar das pessoas, tornam-se cada vez mais humanos.</p>	<p>Dar importância está relacionado a experiências anteriores</p>	<p>Acomodando a importância de vivenciar uma experiência para valorizar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trocar experiências • Estimular a equipe • Empatia 	<p>F E C</p>
30	<p>♦ ³⁴É mas nos hospitais do Estado isto não acontece. Aqui as enfermeiras são mais acessíveis, deixam ficar acompanhantes. Lá, elas tem pavor de família. O meu pai que está internado no hospital que eu e meu cunhado trabalhamos. Veio uma enfermeira dizer que tinha muito “entra e sai” do quarto dele. Eu perguntei quem tinha vindo, e ela respondeu que era um homem. Disse a ela que o único que teve de manhã no quarto dele foi meu cunhado que trabalha aqui. Sabe o que ela me respondeu? Aí é que tem que dar o exemplo...</p> <p>* Que absurdo! Pois a recuperação do paciente é melhor com a família.</p>	<p>A equipe expõe suas idéias e a enfermeira ressalta a importância da família como foco de atenção da enfermagem</p>	<p>Acomodando a experiência vivida pela equipe e enfermeira e enfatizando o acompanhar a família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir a equipe • Trocar experiências • Compartilha conhecimentos com a equipe 	<p>F E C CT</p>

³² Número de registro das divisões dos relatos

³³ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; CT: Cultura.

³⁴ Desenvolvido com a equipe

³⁵ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	³⁶ C
31	<p>◇ ³⁷Você pensa que é só lá. A enfermeira que trabalha com a gente tem todo um discurso, mas ela não admite que fique ninguém acompanhando. Às vezes a gente percebe que a pessoa é pobre, não tem dinheiro para pagar um taxi, porque ela manda embora qualquer hora da noite.</p> <p>◇ A gente às vezes tenta convencê-la e então ela até deixa. Nas reuniões garanto que ela fala diferente...</p> <p>* É, cada caso é um caso, mas a gente sempre tem que avaliar muito bem, para depois tomar qualquer decisão. Mas, os hospitais do estado são assim mesmo, eu sofri muito por isso...</p> <p>³⁷E elas continuaram falando da enfermeira, eu fiquei calada, pois não precisava abrir a boca, elas sabem a minha opinião sobre isto. Eu queria ver até onde ia, pois para mim nada disso era novidade. O que me impressionou foi a maneira com que elas estão pensando, pois eu conheci uma prática diferente delas. "Que bom que as pessoas refletem e mudam..."</p>	<p>Crítica da equipe sobre a atuação de outra enfermeira</p> <p>Postura ética</p>	<p>Preservando a opinião sobre os profissionais</p> <p>Preservando o respeito a equipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir atentamente • Respeitar as opiniões • Amenizar a angústia • Esclarecer as diferenças profissionais <ul style="list-style-type: none"> • Ouvir atentamente • Calar • Respeitar a opinião da equipe 	<p>F E C</p> <p>F E C</p>

³⁵ Número de registro das divisões dos relatos

³⁶ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado.

³⁷ Desenvolvido com a equipe

NOTAS DA ENFERMEIRA PESQUISADORA

A vida conturbada da enfermeira, faz com existam muitas “trocas de plantão”, momento em que temos a oportunidade de conhecer outras pessoas, pois apesar de trabalharem em uma mesma instituição, possuem maneiras diferentes de prestar o cuidado. Este dia foi muito impressionante, pois houve uma mudança no entendimento que eu tinha de uma equipe que eu considerava meramente “técnica”. Então, começo a questionar toda essa visão que eu tinha desta equipe: será que o que houve não passa apenas de mais um discurso incoerente com a prática? Ou, ocorreu um grande aprendizado com as experiências de hospitalização vivenciadas com membros da família? Resta-me a reflexão: os seres humanos precisam passar pela situação de hospitalização para prestar um cuidado mais humanizado.

Esses relatos mostram claramente a influência que os enfermeiros possuem no cuidado prestado pela equipe no decorrer de seu cotidiano. Muitas vezes fica evidente a preservação da visão biomédica pelos enfermeiros.

No que se refere as críticas feitas pela equipe da enfermeira, fiquei muito dividida entre o ter que fazer algo e o calar pra não aprofundar esta ferida. São estas e muitas outras questões éticas que enfrentamos diariamente, quer seja no hospital, na comunidade, no domicílio e até nas nossas casas.

5.3 - DIVERSIDADES VIVENCIADAS EM UM DIA DE PLANTÃO

³⁸ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	³⁹ C
32	<p>⁴⁰Chego no plantão no período vespertino para substituir uma enfermeira de licença de saúde. Recebemos o plantão eu e mais três técnicas de enfermagem e a enfermeira disse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está calmo o plantão, só tem uma paciente no centro cirúrgico, os outros estão bem. (passando os devidos dados de cada uma). <p>Após passar todo o plantão, fiz em conjunto com as funcionárias a distribuição das atividades. Como era um turno diferente do que eu estava acostumada a trabalhar, pude entrar em contato com outras atividades pertencentes ao período diurno, que mesmo estando trabalhando três anos na instituição, não sabia como deveria ser feito, como por exemplo pedidos de materiais e encaminhamento de exames.</p>	Ritual desenvolvido pela enfermagem necessário para dar continuidade ao cuidado	Acomodar as informações para a continuidade do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar saberes • Organizar as atividades • Interar-se sobre os pacientes e os cuidados prestados 	E C
33	<p>⁴⁰As funcionárias verificaram os prontuários para tomar conhecimento dos cuidados de enfermagem e as medicações prescritas. Enquanto isso, eu verificava a história de cada paciente e as condutas tomadas pelos profissionais. Questionei uma medicação analgésica, mas achei melhor avaliar a paciente para discutir o caso com os médicos.</p>	A equipe entrando em contato com as atividades a serem desenvolvidas	Preservando o cuidado antes de avaliar	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as histórias • Investigar e questionar as condutas tomadas • Supervisionar o trabalho 	E C

³⁸ Número de registro das divisões dos relatos

³⁹ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; C: Cuidado.

⁴⁰ Desenvolvido com a equipe

⁴¹ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁴² C
34	⁴³ Iniciei a visita aos pacientes e percebi que no primeiro quarto em que a paciente estava no centro cirúrgico havia um homem que saiu chorando e uma mulher saiu atrás. Não pude alcançar e deixei-os.	Buscando informações e conhecendo os pacientes	Acomodando os pacientes para prestar o cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir os pacientes • Respeitar as reações da família 	F E C
35	⁴³ Entrei no próximo quarto: * Boa tarde. Eu sou a en ^ª da tarde e meu nome é Luizita. Como você está? • Não estou nada bem... * O que houve? • Eu fiz cirurgia ontem de útero e hoje estou com muita dor, mas hoje de manhã não estava assim. Estou preocupada, será que está complicando alguma coisa?	A enfermeira conhecendo a paciente	Mantendo o cuidado com a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer • Ouvir • Apresentar-se à família 	SH C E
	* ⁴³ Numa histerectomia é feito um corte e retirado o útero, por isso é normal que você esteja sentindo dor. • Porque de manhã não tinha dor? * Olha, de manhã você recebeu medicações fortes para dor e na prescrição que começou à tarde, foram suspensas. • Mas, eu não suporto a dor. * É claro que você não deverá ficar com dor, por isso eu quero primeiro te examinar para depois conversar com o médico sobre a medicação, é rápido. Está bem assim?	A enfermeira esclarecendo a paciente o motivo da dor	Acomodando a preocupação da paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer • Ouvir • Informar • Reforçar • Orientar • Esclarecer • Confortar • Dispensar atenção • Considerar queixas • Amenizar a preocupação • Apresentar-se 	SH E C

⁴¹ Número de registro das divisões dos relatos

⁴² Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; SH: Ser Humano.

⁴³ Desenvolvido com os pacientes

⁴⁴ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁴⁵ C
36	⁴⁶ Entrou o marido no quarto: <ul style="list-style-type: none"> • Como passou? • Ah, eu estou com tanta dor, mas a enfermeira está vendo. * A C. está sentindo muita dor, o que é normal em um pós-operatório. O que diferencia é que ela estava com uma medicação muito forte e agora à tarde foi suspensa e deixado uma outra fraca. Eu não conversei com o médico, mas já estou avaliando-a.	A enfermeira explicando para a família o motivo da dor	Acomodando a preocupação da família	<ul style="list-style-type: none"> • Informar • Reforçar • Orientar • Esclarecer • Confortar • Dispensar atenção • Colher dados 	F E C
37	⁴⁶ Iniciei o exame físico e pude perceber a expressão de dor da C. ⁴⁶ Eu vou conversar com o médico para ver o que podemos fazer. As medicações existem para não deixar as pessoas sofrerem. Vocês podem ficar tranquilos que logo resolveremos este problema.	Avaliando a paciente	Repadronizando o cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Executar ações físico-técnicas 	E C
		Orientando a família da conduta	Repadronizando a preocupação com a dor	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar, Esclarecer, Informar • Dar atenção • Preocupar-se com o outro 	F E C SH
38	⁴⁶ Solicitei ao médico que prescrevesse algo mais forte para uma paciente em pós-operatório que estava com medicações e de repente deixa quase sem nada. Ele concordou e acrescentou outra analgesia.	Interagir com o médico da paciente	Repadronizando as condutas para a dor com o médico	<ul style="list-style-type: none"> • Ir em busca • Agir para combater a dor • Adotar atitudes para a dor 	E C SP
39	⁴⁶ Preparei a medicação, disse: * C. eu vou aplicar um buscopam na veia que vai relaxar a musculatura e também aliviar a dor. Você pode sentir a boca seca. E avisa se vomitar.	A enfermeira administra medicações e mantém informados sobre o procedimento	Mantendo o paciente e família informados do procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnicas • Orientar e esclarecer, sobre a medicação. 	SH F E C

⁴⁴ Número de registro das divisões dos relatos

⁴⁵ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; SH: Ser Humano; SP: Sistema Profissional.

⁴⁶ Desenvolvido com a família

⁴⁷ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁴⁸ C
40	<ul style="list-style-type: none"> • ⁴⁹Eu só quero que passe a dor... • Muito obrigado enfermeira. Estou muito contente com o atendimento neste hospital. Porque quando ela teve o mais novo na outra maternidade, eu mal podia entrar e ela teve muita dor. Chamava na campainha e ninguém atendia, foi um horror... * Quando cuidamos de seres humanos, temos que cuidar como se fosse um familiar nosso. 	Valorização do cuidado prestado e importância do cuidado humanizado	Preservando com a família a importância do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer sobre o cuidado de enfermagem • Sendo autêntico com a família e o paciente 	F E C
41	⁴⁹ Sai do quarto e avisei a equipe que já havia medicado a paciente.	Informando a equipe	Mantendo a equipe informada	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e comunicar 	E C
42	⁵⁰ Chamou-me a atenção a entrada no primeiro quarto da mulher que havia saído no início.	Percepção da enfermeira	Preservando a atenção aos fatos	<ul style="list-style-type: none"> • Estar atento as modificações do ambiente 	C A
43	<p>Apresentei-me e perguntei o que ela era da paciente L. que estava em cirurgia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eu sou a mãe dela, quer dizer a madrasta. * Você é madrasta da L.? • Sou. Eu casei com o pai dela quando ela tinha dez anos, a outra filha oito e o menino seis anos. 	Conhecendo a família	Repadronizando as informações	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer • Ouvir atentamente • Comparecer • Estar presente 	F E C
44	<ul style="list-style-type: none"> * Não deve ser fácil casar e assumir três filhos em fase de crescimento, não é? • As crianças foi o mais fácil, difícil foi e ainda é conviver com o meu marido... 	Reflexão da convivência familiar	Acomodando o comentário sobre a convivência familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Trocar idéias • Ouvir atentamente • Demonstrar interesse 	F C

⁴⁷ Número de registro das divisões dos relatos

⁴⁸ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; A: Ambiente.

⁴⁹ Desenvolvido com a família e paciente

⁵⁰ Desenvolvido com a família

⁵¹ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁵² C
45	<p>* ³³É mesmo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porque ele ficou viúvo e depois de seis meses, viu que não conseguia cuidar dos filhos sozinho e até perdeu o emprego bom que tinha em São Paulo, porque não tinha com quem deixar as crianças. Foi aí que a família dele, que já me conhecia e achava que eu tinha capacidade de assumir uma família, pois já tinha 35 anos e apresentou-me para ele. Eu deixei o emprego que tinha aqui e fui embora com ele para São Paulo. Ele conseguiu outro emprego e fomos morar num apartamento que ele comprou e não tinha água, tinha apenas um foco de luz. 	A família contando sua história	Preservando a atenção para conhecer a história da família	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir atentamente • Conhecer a realidade da família • Deixar a família contar sua história 	F E C
46	<p>* ⁵³E como vocês viviam assim?</p> <p>* Ah, eu buscava água em uma torneira na rua e me virava. Quando ele chegava estava tudo arrumadinho, comida na mesa. Mas, ele me tratava muito mal, era como se fosse uma empregada e não esposa...Eu acho que ele esperava encontrar a outra mulher em casa e quando chegava olhava para mim e se desesperava. Queria que eu deixasse o cabelo crescer como o da outra esposa, porque ela era crente e muito submissa...</p>	A família conta para a enfermeira as dificuldades que passam	Mantendo a atenção para conhecer a família	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir atentamente • Estar presente • Conhecer a história familiar, dificuldades do cotidiano 	F E C CT
47	<p>* ³³E Qual era a tua religião?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Católica não praticante. Iniciei na Assembléia e me apavorava com as exigências. Mas, o cabelo eu não deixei crescer. 	Crença religiosa da família	Mantendo-se informada das crenças da família	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar crenças da família 	F E C CT

⁵¹ Número de registro das divisões dos relatos

⁵² Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; CT: Cultura.

⁵³ Desenvolvido com a família

⁵⁴ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁵⁵ C
48	<p>* ⁵⁶Você seguia essa doutrina?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eu achava tudo aquilo um absurdo. Não queria que os meus filhos crescessem nesse radicalismo, até que convenci ele a passar para a Igreja Batista. <p>* E como foi a experiência desta outra religião?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foi excelente. As crianças sempre tinham atividades, nos batizamos e frequentamos essa Igreja até hoje. 	A família e experiências religiosas	Acomodando o conhecimento sobre as crenças	<ul style="list-style-type: none"> • Deixar fluir reflexões quanto as crenças • Questionar uma experiência religiosa 	F E C CT
49	<p>* ⁵⁶E o relacionamento com o marido?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ah, melhorou um pouco, mas ele é muito cabeça dura. Ontem mesmo, eu já estava nervosa com o problema da filha e ainda mais ele me incomodando, não foi fácil. 	Relacionamento familiar marcado pelo passado	Acomodando informações do relacionamento familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir a família • Estar disponível ao dasabafo • Estar presente 	F E C
50	<p>* ⁵⁶Provavelmente ele também não se conformava da filha ter que internar e fazer uma cirurgia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • É, mais daí ele desconta tudo em mim. Ele se culpa pela morte da outra esposa... 	Descontrole dos membros da família na internação	Acomodando a insegurança da família	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a família • Minimizar a situação 	F E C
51	<p>* ⁵⁶Por que?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porque ela se enforcou e ele acha que é por causa dele. <p>* No relacionamento de um casal, só eles sabem o que aconteceu...</p> <p>* É claro, e além disso ele é muito difícil.</p>	Dificuldades no relacionamento	Acomodando as relações familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a realidade da família 	F E C

⁵⁴ Número de registro das divisões dos relatos

⁵⁵ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; CT: Cultura.

⁵⁶ Desenvolvido com a família

⁵⁷ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁵⁸ C
52	<p>* ⁵⁹E os filhos? Como é esta relação?</p> <ul style="list-style-type: none"> • A gente se gosta muito. Apesar não serem do mesmo sangue, mas eu considero todos meus filhos. Mesmo porque eu não tive outros filhos 	Relaciona-mento com os filhos	Preservando as informações sobre a família	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a realidade da família 	F E C
53	<p>* ⁵⁹Quem era aquele homem que saiu chorando do quarto no início da tarde?</p> <ul style="list-style-type: none"> • É o marido de L. Ele está muito nervoso, não se conforma de ela ter que tirar os ovários, pois eles não tem filhos... <p>* Provavelmente eles tirarão apenas um ovário. Na hora da cirurgia o médico vê se precisa tirar o outro.</p> <p>◇ Deus queira que não precise... Eles querem tanto um filho...</p>	A família tem dúvidas sobre a cirurgia	Repadronizar as orientações	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a família • Resgatar e checar as orientações 	F E C
54	<p>⁶⁰Neste momento, uma funcionária chama para atender o telefone. Era o cirurgião que comunicou-me ter dado negativo para a malignidade e que foi feito só uma ooforectomia bilateral. Retornei ao quarto.</p>	Notícia de um bom prognóstico	Acomodando as informações sobre a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com o cirurgião • Receber informações 	C E S D
55	<p>* ⁶⁰Tenho uma boa notícia. Era o cirurgião e ele disse que a cirurgia já terminou, correu tudo bem e que ele só tirou um pedacinho de cada ovário e também disse que o exame do patologista deu negativo para malignidade. A mãe deu um pulo e me abraçou. Obrigado minha filha pela notícia. Agora fico mais tranquila.</p>	Comunicar a família sobre o resultado da cirurgia	Repadronizando as informações sobre a paciente com a família	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a família sobre o resultado da cirurgia • Respeitar as reações da família. • Compartilhar alegrias com a família 	F E C

⁵⁷ Número de registro das divisões dos relatos

⁵⁸ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; S: Saúde; D: Doença.

⁵⁹ Desenvolvido com a família

⁶⁰ Desenvolvido com a equipe

⁶¹ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁶² C
56	<p>⁶³Ao sair do quarto ouço a técnica de enfermagem reclamando de dor:</p> <p>* O que foi T.?</p> <p>◇ Hoje eu não aguento a dor nos ombros e na coluna...</p> <p>* Fizesse esforço demais?</p> <p>◇ É que ontem trabalhei muito e também me incomodei em casa.</p> <p>* Eu posso fazer uma massagem, você quer?</p> <p>◇ Será que adianta?</p> <p>* É claro que sim. Vem aqui que eu faço, você vai ver como vai melhorar.</p>	A equipe de enfermagem que necessita de cuidado	Repadronizando o cuidado com a equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer massagens • Dar atenção às queixas da equipe • Ter sensibilidade e percepção com a equipe • Demonstrar interesse • Estar disponível à equipe 	E C CT
57	<p>⁶³Junto com a massagem solicitei para que relaxasse e que só pensasse em coisas boas. Após terminar perguntei como estava.</p> <p>◇ Meu Deus! Eu nem acredito, agora sou outra pessoa. Eu estava muito tensa.</p>	A equipe sentindo-se cuidada	Acomodando o cuidado com a equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Fazendo massagem e relaxamento com a equipe 	E C
58	<p>* ⁶³Muitas vezes a gente carrega nos ombros muita preocupação e o estresse está aí atingindo muita gente. Se não cuidarmos podemos somatizar, resultando em complicações físicas.</p>	Explicação para as queixas da equipe	Repadronizando o cuidado com a equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Confortar a equipe 	E C CT
59	<p>⁶³Nesse momento chega a paciente da cirurgia, fomos atendê-la. Foi impressionante o atendimento à paciente e sua família que ela prestou, diferente do início do plantão. O final do plantão, apesar de muito trabalho, foi divertido e até passou rápido.</p> <p>Quando alguém da equipe está com problema, é necessário dar atenção a ele.</p>	Resultado do cuidado à equipe	Repadronizando o cuidado com a equipe para garantir um cuidado congruente	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar o estresse da equipe • Servir o outro • Prevenir maiores complicações com a equipe 	E C CT

⁶¹ Número de registro das divisões dos relatos

⁶² Conceitos relacionados: E: Enfermagem; C: Cuidado; CT: Cultura.

⁶³ Desenvolvido com a equipe

NOTAS DA ENFERMEIRA PESQUISADORA

A enfermeira em suas atividades práticas desenvolve em conjunto com a equipe o planejamento para o plantão e a organização das atividades, inclusive administrativas, para que seja garantida a continuidade do cuidado prestado aos pacientes e famílias.

A visita às pacientes internadas, torna-se um ritual exercido pela enfermeira. O qual propicia o conhecimento das pacientes, bem como, valida informações obtidas durante a passagem do plantão pela enfermeira do outro turno e as investigações nos prontuários de cada uma delas. Após esta avaliação, vê-se a necessidade de mudança nas condutas de tratamento, bem como a viabilização dos cuidados.

Torna-se importante também, resgatar a interação que acontece neste momento entre o paciente, família e enfermeira, visto que esta é indispensável para o desenvolvimento do cuidado. O interagir faz parte do cuidado de enfermagem e depende da maneira com que a enfermeira desenvolve a abordagem com a paciente e família.

Neste relato, torna-se evidente que o ouvir, estar presente, interessar-se, incentivar a comunicação, dialogar, questionar e muitos outros construtos, fizeram parte deste cuidado prestado à família propiciando assim, conhecer a realidade da família e envolver-se com ela. Desta maneira estamos cuidando de seres humanos, de famílias e pessoas de suas relações.

5.4 - INTERAGINDO DINAMICAMENTE COM O PACIENTE E FAMÍLIA

⁶⁴ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁶⁵ C
60	<p>⁶⁶Fui chamada de urgência em casa porque a enfermeira estava impossibilitada de trabalhar por motivo de doença na família. Saí às 13:45h de casa e às 14:00h já estava no hospital, tentando receber o plantão em meio a agitação anormal daquele dia.</p> <p>Tentei resolver os problemas mais urgentes, tanto administrativos quanto aos cuidados que estavam pendentes.</p>	Plantão não planejado e ainda agitado	Repadronizando a organização do ambiente e de sua vida	<ul style="list-style-type: none"> Colaborar com a chefia Organizar as atividades Priorizar as urgências Enfrentar as dificuldades 	E C A
61	<p>Recebi a ligação do centro cirúrgico de que a paciente M. estava sendo transportada para o setor.</p> <p>⁶⁷Entrei no quarto para avisar a família. Sua mãe abraçou-me e começou a chorar, descobri que a médica já havia falado para a família que tinha feito uma histerectomia com biópsia e que tinha dado positivo para malignidade. No quarto todos choravam e a mãe disse:</p>	A enfermeira recebendo a notícia da vinda da paciente e compartilhando com a família	Preservando a informação dada pela médica	<ul style="list-style-type: none"> Compartilhar com a família Informar a família Estar ao lado da família 	F E C
62	<ul style="list-style-type: none"> ⁶⁷Como é que pode, tão novinha né? * A médica falou que tirou tudo, então há uma grande chance, muitas vezes nem é necessário a Quimioterapia... • Mas com 19 anos e não poder Ter filhos, ela não vai se conformar... • Mãe, o importante é a vida da M. Filho se adota. 	O impacto causado pela notícia da gravidade da doença	Mantendo a família informada	<ul style="list-style-type: none"> Confortando a família Informando a família Ouvindo a família Estando ao lado da família 	D F E C

⁶⁴ Número de registro das divisões dos relatos

⁶⁵ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; A: Ambiente; D: Doença.

⁶⁶ Desenvolvido com a equipe

⁶⁷ Desenvolvido com a família

⁶⁸ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁶⁹ C
63	* ⁷⁰ Eu sei que não é fácil, mas vocês que são sua família precisam ter força, porque ela vai precisar de muito apoio e podem contar comigo e as outras enfermeiras.	A enf ^a dando apoio à família	Acomodando a família frente a um mau prognóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio • Estar disponível • Confortar 	F E C
64	⁷⁰ Eu ficarei durante a noite, que é meu plantão. Estarei ao lado de vocês para o que precisarem. • Muito obrigada minha filha, cuida direitinho dela, é a minha filhinha querida...	Tranqüilizando a família	Acomodando a preocupação da família	<ul style="list-style-type: none"> • Dar suporte a família • Encorajar e confortar a família 	F E C
65	⁷⁰ A irmã mais velha de M. veio atrás de mim e disse: • A mãe está muito nervosa, quando ela chegar no quarto vamos dar um jeito de tirá-la, porque pode piorar o quadro da M. * Sabe, uma coisa importante tanto para vocês quanto para a tua mãe é trabalhar este sofrimento e às vezes o choro ajuda a pessoa a colocar para fora o sofrimento e aceitar melhor essa condição da M., que tem muita chance ainda.	A família preocupada com a chegada da paciente e a enf ^a confortando	Acomodando a família menos ansiosa	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir a família • Estar ao lado da família • Fortalecer e encorajar a família a enfrentar o sofrimento • Confortar • Dar suporte • Estar presente 	F E C CT
66	• ⁷⁰ Eu quero ver minha maninha formando na faculdade... E a Quimioterapia? Ela vai precisar fazer? * Depende de cada caso, eu não conversei com a médica ainda, mas há uma possibilidade de não ser necessário. Eu fico até emocionada com esta atenção, esta preocupação, essa relação de ajuda entre vocês.	A família expondo suas expectativas e a enf ^a expondo sua opinião sobre a relação familiar	Preservando a valorização de um bom relacionamento familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Confortar • Informar • Estar ao lado 	F E C

⁶⁸ Número de registro das divisões dos relatos

⁶⁹ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; CT: Cultura.

⁷⁰ Desenvolvido com a família

⁷¹ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁷² C
67	<ul style="list-style-type: none"> • ⁷³Nós somos muito unidos. Imagine, ela é a mais nova de sete filhos, temporona, nasceu depois de dez anos do último irmão. A gente dá a vida por ela... * Eu achei tão bonito você dizendo para a tua mãe que o importante era ela estar viva. Isto mostra o quanto vocês, enquanto família, se organizam para cuidar de um de seus membros, para trabalhar este sofrimento juntos numa relação de ajuda. 	A família expõe os motivos desta afetividade e a enfermeira valorizando esta relação familiar	Preservando a importância dada pela família Quanto a afetividade	<ul style="list-style-type: none"> • Dar parecer • Avaliar o cuidado prestado pela família 	F E C CT
68	⁷³ Ouvi o barulho da maca. Era M. vindo do centro cirúrgico. Solicitei para que ficasse o mínimo de pessoas no quarto para que pudéssemos passá-la para a cama e fazer os cuidados iniciais, pois haviam em torno de dez pessoas no quarto. Ficaram apenas os pais e a irmã mais velha.	A enfermeira organizando o ambiente para receber a paciente	Manter o ambiente em ordem para receber a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar o ambiente • Colocar limites • Estar atento organização do ambiente 	F E C A
69	<p>⁷³Ela estava sonolenta, atendendo apenas ao chamado verbal. Passamos ela para cama, sentindo muita dor e prestamos os cuidados imediatos auxiliados pela família. Após estabilizar, deixamos a família aproximar-se dela. Ficaram poucas pessoas no quarto, pois perceberam sua sonolência e acharam necessário deixá-la sossegada.</p> <p>⁷⁴Referiu muita dor, medicamos com a pouca medicação que poderia receber, pois era alérgica a maioria das analgesias. Comecei a observar que ela não urinava, suspeitando de uma hipovolemia.</p>	Recebendo a paciente após a cirurgia e deixando a família acompanhar	Repadronizar o cuidado com a paciente em pós-operatório, enfatizando a importância da presença da família para sua recuperação	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar a dor • Estar perto da paciente • Controlar os dados vitais da paciente • Contribuir para sua estabilidade 	F E C CT

⁷¹ Número de registro das divisões dos relatos

⁷² Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; A: Ambiente; CT: Cultura.

⁷³ Desenvolvido com a paciente e família

⁷⁴ Desenvolvido com a paciente

⁷⁵ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁷⁶ C
70	⁷⁷ Solicitei ao anestesista que estava no setor para avaliar a paciente, o qual concordou com a hipótese de ser uma hipovolemia e prescreveu reposição hídrica com soro rápido. Após 30 minutos, ela começou a urinar e o pulso começa a estabilizar, porém, inicia um pico febril.	Solicita a avaliação médica e avaliando constante a paciente	Repadroniza o cuidado para estabilizar a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Ter conduta recuperação da paciente • Solicitar auxílio para outros profissionais 	SP E C
71	⁷⁷ Quando chegou 19:00h, passo o plantão para as duas técnicas que estavam entrando, pois a enfermeira era eu mesma. Logo em seguida a irmã de M. chamou-me por estar com alergia.	Informa a equipe e avalia a paciente com alergia	Repadroniza o cuidado a ser prestado frente a gravidade	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupar-se com as reações da paciente • Observar 	E C
72	⁷⁸ Após avaliar a paciente, chamei uma das médicas que participou da cirurgia, vindo juntamente com uma anestesista. Avaliaram e medicaram para o processo alérgico. Segundo a médica, no Centro cirúrgico foi feita uma medicação que desencadeou a alergia. Uma acadêmica de enfermagem, que estava em estágio extracurricular nesta noite, foi quem aplicou a medicação e outros cuidados com a paciente.	Solicitar a avaliação médica para melhorar a conduta	Repadroniza as condutas tomadas para estabilizar a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Agir para recuperar a paciente • Avaliar a paciente • Ter conduta de proteção 	SP E C
73	⁷⁸ No controle dos sinais vitais, pudemos verificar hipertermia, taquipnéia e taquicardia. Medicamos a paciente, após passar o tempo necessário para a ação da medicação, a temperatura não cedeu, iniciamos com compressa fria. O resultado foi satisfatório e continuamos com este cuidado por quase toda a noite, pois só assim evitamos o aumento da mesma.	Tentativas para melhorar a gravidade da paciente	Repadroniza o cuidado prestado para retomar a estabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a paciente • Controlar dados vitais • Prestar cuidados alternativos 	E C

⁷⁵ Número de registro das divisões dos relatos

⁷⁶ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; C: Cuidado; SP: Sistema Profissional.

⁷⁷ Desenvolvido com a equipe

⁷⁸ Desenvolvido com a equipe e paciente

⁷⁹ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁸⁰ C
74	<p>⁸¹Por volta das 24:00h, após tantas tentativas, chamei o médico de plantão, o qual solicitou a avaliação do intensivista. O mesmo descartou a possibilidade de cuidados intensivos, pois o seu quadro clínico não tinha necessidade e disse:</p> <p>◊ Ela está muito bem, se por acaso piorar o quadro clínico da paciente vocês devem me chamar.</p> <p>* ⁸¹E esta alteração nos sinais vitais?</p>	Solicita a avaliação do intensivista para verificar a necessidade de ser tratada na UTI	Repadroniza o cuidado para prevenir a piora do Quadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar e antecipar conduta para evitar piora do quadro clínico • Ter conduta de ajuda • Compartilha com outros profissionais 	SP E C
75	Iniciaremos mais uma reposição hídrica e continuar com as compressas frias para estabilizar a temperatura.	Tentativas para diminuir a temperatura	Mantendo cuidados diminuir a temperatura	<ul style="list-style-type: none"> • Ter conduta de recuperar a paciente 	E C
76	<p>⁸¹O médico olhou em direção a irmã de M. e perguntou:</p> <p>◊ Ela já tem filhos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não, ela só tem 19 anos. ◊ A gente vê tanta coisa por aí, muita gente com 19 anos tem dois a três filhos <p>Senti a frieza tanto na expressão quanto nas palavras. A irmã de M. que já estava nervosa, quase chorou com tal observação. Pois afinal, essa paciente que estava ali, não era mais uma das tão comum, mas sim a sua irmã. Que talvez eu gostaria que fosse atendida como a M. e não de uma maneira tão generalizada.</p>	O médico generalizando a família	Mantendo silêncio para ver até onde ele iria	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar o outro • Suportar opiniões 	SP F E C CT
77	<p>* ⁸¹Temos muitas experiências, mas devemos lembrar que os seres humanos se diferenciam muito um do outro. Por isso não dá para generalizar.</p> <p>◊ É claro, mas é o que geralmente acontece no nosso dia-a-dia.</p>	Expõe a opinião sobre as diversidades encontradas no dia-a-dia	Repadroniza uma atitude silêncio e expondo a opinião	<ul style="list-style-type: none"> • Ser autêntico • Refletir com profissional sobre assunto abordado com a família 	SP F E C

⁷⁹ Número de registro das divisões dos relatos

⁸⁰ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; CT: Cultura; SP: Sistema Profissional.

⁸¹ Desenvolvido com a equipe, a família e a paciente

⁸² R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁸³ C
78	<p>⁸⁴Quando saímos do quarto ele disse-me:</p> <p>◆ ⁸⁴Temos apenas uma vaga e está vindo um paciente do hospital Celso Ramos. Ela não está tão grave assim, não há necessidade de levá-la, ainda mais com esta família estressada na UTI não dá certo.</p> <p>Limitei-me a responder, pois já sabia desta sua posição no que se refere a família e das lutas dos enfermeiros da UTI para que alguns profissionais se sensibilizem mais. O médico de plantão apenas sorriu, pois também não aprovou a observação do colega.</p>	Os profissionais expõem suas opiniões sobre a família	Mantendo a visão prévia que a enfermeira tinha do profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Suportar a conduta • Conhecer a opinião de outros profissionais • Ouvir as justificativas • Respeitar a opinião • Calar, aceitar, tolerar 	SP E F
79	<p>⁸⁵Em seguida fui ao quarto de M. dar uma resposta à conduta tomada.</p> <p>* Solicitei o intensivista para que a avaliasse melhor, pois ela está com febre, o pulso alto e sonolenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que é intens... <p>* Intensivista é o médico que atende na UTI – unidade de Terapia intensiva, por isso este nome. Então se necessitar de uma medicação mais potente, o único lugar que poderá ser dado é na UTI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • UTI? <p>* É, UTI. Quando o paciente está instável é importante ser melhor avaliado e se fosse necessário ela iria para a UTI, pois é um setor mais especializado, sendo melhor para a recuperação dela. Sempre pensamos que UTI é sinônimo de morte, não é? Mas a UTI é um setor preparado para cuidar de pacientes mais graves.</p>	Explica à Família a importância da avaliação e a conotação dada a UTI	Mantendo a família informada	<ul style="list-style-type: none"> • Confortar a família • Acomodar preocupação • Aliviar o estresse • Envolver a família • Comunicar a família decisões do médico • Compartilha 	F E C CT

⁸² Número de registro das divisões dos relatos

⁸³ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; CT: Cultura; SP: Sistema Profissional

⁸⁴ Desenvolvido com a equipe

⁸⁵ Desenvolvido com a família

⁸⁶ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁸⁷ C
80	<ul style="list-style-type: none"> • ⁸⁹A gente quando ouve o nome UTI, leva um susto, por isso mesmo. Mas, se for para o bem dela não me importo. * Por enquanto não há necessidade, mas eu ficarei sempre avaliando, qualquer alteração a gente leva ela para lá. • Eu nem vou dormir. Se ela tiver alguma coisa eu também aviso. 	A família expressa sentimentos relacionados a gravidade e a conotação de UTI	Acomodar o choque causado pela gravidade da paciente e a possibilidade de ser transferida para a UTI	<ul style="list-style-type: none"> • Confortar a família • Acomodar a ansiedade • Aliviar o estresse • Envolver-se com a família 	F E C CT
81	⁸⁹ Acho que você poderia deitar um pouco na cadeira enquanto a gente está por aqui. Tente relaxar um pouco, você está cansada...	A enfermeira polpando a família	Acomodar necessidade de repouso da família	<ul style="list-style-type: none"> • Promover hospitalidade • Conforto 	F E C
82	⁸⁸ A irmã de M. dormiu um pouco e neste tempo ficamos trocando as compressas frias e a febre não diminuía, mas também não aumentava. Somente à partir das 04:00h é que os dados vitais foram estabilizando e então senti a necessidade de descansar um pouco. Recomendei para as duas funcionárias que ficassem atentas às reações dela e qualquer modificação me chamassem.	Tentando estabilizar a paciente e o descanso da enfermeira	Manter-se ao lado da paciente para garantir um bom cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar sofrimento • Estar ao lado da pcte • Reabilitar • Dedicar-se • Trabalhar duro • Restaurar • Realizar técnicas 	E C
83	<ul style="list-style-type: none"> • ⁸⁸Ao acordar, às 06:00h fui direto ver como estava M. Estava mais acordada, a temperatura não estava tão alta, tinha um bom débito urinário, o pulso estava normal e a respiração também normal. * Melhorou M.? • Um pouco, mas estou com dor forte... • Ela acordou agora com esta dor forte. <p>Pedi para que a funcionária fizesse a analgesia e a irmã disse:</p>	Retomando a avaliação da paciente	Mantendo a avaliação da paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar sofrimento • Estar envolvido com a paciente • Preocupar-se com a paciente 	F E C
		Aplicando medicação	Repadronizar a analgesia		SH E C

⁸⁶ Número de registro das divisões dos relatos

⁸⁷ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; CT: Cultura; SH: Ser Humano.

⁸⁸ Desenvolvido com a paciente e família

⁸⁹ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁹⁰ C
84	<ul style="list-style-type: none"> • ⁹¹Gostei muito do teu atendimento, às vezes a gente vê profissionais tão secos, não entendem as reações do paciente e da família, mas vocês da enfermagem daqui são muito atenciosas... * O próprio hospital possui uma filosofia humanizada, então as pessoas vão aos poucos se moldando e além do mais a própria enfermagem tem muito forte essa questão da humanização. • Eu senti bastante diferença entre os profissionais de medicina e os de enfermagem... * Temos muitos avanços na enfermagem nesta área. 	A família valorizando o cuidado prestado e a enfermeira enfatiza que os profissionais sugerem uma filosofia humanizada	Preservando entendimento de cuidado humanizado	<ul style="list-style-type: none"> • Receber elogio • Interagir com a família • Aceitar agradecimento 	SH F E C
85	⁹¹ Aproveitei a oportunidade para solicitar a autorização de relatar a experiência de cuidar de M. e de sua família, o que foi autorizado se colocando a disposição para qualquer esclarecimento.	A enf ^a pede autorização para pesquisa	Preservando questões éticas	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar a paciente e família • Ser sincero • Autêntico 	F E C
86	⁹² Neste mesmo dia volto para o plantão da tarde. Fico feliz ao saber que M. havia estabilizada, porém, a notícia de que a médica viria para contar sobre a cirurgia deixou-me um pouco apreensiva, pois tinha receio da reação de M. Apesar de achar importante contar tudo a ela, achei não seria o momento, mas qual seria o momento? Esses questionamentos passam por nossa cabeça nestes momentos difíceis.	A enf ^a fica apreensiva no momento de contar a paciente sobre o resultado positivo para câncer	Acomodando a dúvida sobre o momento certo para contar o resultado à paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Interessar-se pela paciente • Estar envolvido • Preocupar-se com a paciente • Interessar-se pela paciente 	SH E C CT

⁸⁹ Número de registro das divisões dos relatos⁹⁰ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; CT: Cultura; SH: Ser Humano.⁹¹ Desenvolvido com a família⁹² Desenvolvido com a paciente

⁹³ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁹⁴ C
87	⁹⁵ Para a minha surpresa a família preocupou-se também com este momento, achando importante trazer junto dela neste dia uma amiga do grupo de terapia para dar suporte para contar o ocorrido. Porque até então M. achava que tinha tirado apenas um ovário e muito menos imaginava que tinha sido tirado um pedaço do fígado para biópsia.	A família se organizando para contar para a paciente que foi feita uma cirurgia radical	Preservando a decisão da família valorizando os recursos utilizados para auxiliar a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar a atitude da família • Respeitar outros profissionais • Conhecer maneiras de cuidar da família 	F E C CT
88	⁹⁵ Entre no quarto de M.: * Boa tarde, como está M.? • Você aqui de novo? Esta noite eu só via a mana e ela do meu lado, às vezes tinha um homem diferente. * Você viu fazermos compressas? • Às vezes eu me sentia molhada e via uns paninhos brancos.	Recordando os cuidados prestados na gravidade da paciente	Mantendo a paciente informada	<ul style="list-style-type: none"> • Ter empatia com a família e paciente • Interagir com o paciente e família • Compartilha 	E C SH
89	⁹⁵ Fui apresentada a Terapeuta como especialista em família e que estava fazendo também uma tese, mas não tivemos oportunidade de conversar, pois neste momento chega a médica e então fui conversar com ela contando tudo o que havia acontecido à noite. Ela ficou impressionada, pois não havia explicação para tudo isto.	A en ^a . Conhecendo pessoas significativas da família	Preservando a necessidade da família de buscar outras pessoas para acompanhar a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Interagir com outros profissionais • Respeitar a atitude da família • Respeitar outros profissionais 	ST F E C CT
90	* ⁹⁶ Quanto a quimioterapia ou radioterapia? (perguntei) • Acho que não vai ser necessário fazer, tiramos tudo. A não ser que ficou algo microscópico. * E quais as possibilidades? • São mínimas, mas com a evolução dela iremos definir a necessidade ou não. Hoje eu vou contar tudo a ela.	A en ^a conversa com a médica sobre o prognóstico e tratamento	Repadronizando informações sobre o quadro clínico da paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar outros profissionais • Interagir com outros profissionais 	SP E C CT

⁹³ Número de registro das divisões dos relatos

⁹⁴ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; CT: Cultura; ST: Sistema Popular; SP: Sistema Profissional; A: Ambiente; SH: Ser Humano.

⁹⁵ Desenvolvido com a paciente e família

⁹⁶ Desenvolvido com a equipe

⁹⁷ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	⁹⁸ C
90	* É importante ela saber, mas será que é o momento? * Acho que sim, eu vou tentar.				
91	* ⁹⁹ A família trouxe uma amiga que faz terapia de grupo com ela, acho que pode ser importante. • Com certeza...	A enf. Informa a médica da terapeuta	Preservando a decisão da família	• Informar e compartilhar com outros profissionais	SP F E C
92	¹⁰⁰ Deixei a médica entrar sozinha com a família, alguns familiares também saíram ficando apenas os pais e a Terapeuta. Ao que pude ouvir, apesar da maneira sensibilizada da médica dar a notícia, M. caiu em prantos. Esse momento de conversa com a médica, família e Terapeuta durou em torno de 30 minutos e não tive condições de acompanhar devido às outras atividades do setor.	A enf. Deixando médico, terapeuta, paciente e família sozinhos	Mantendo o ambiente menos tumultuado	• Respeitar a privacidade da família e dos profissionais.	ST SP F E C CT A
93	¹⁰¹ Mais tarde entrei no quarto e pude perceber os olhos vermelhos de chorar da M., junto aos pais e irmãos. Achei necessário a família curtir este momento e não achei viável a minha entrada nesta hora, pois tinha certeza que não havia necessidade de intervir nesta hora.	Deixando a família e paciente sozinhos	Mantendo a família junto	• Respeitar a privacidade da família e da paciente	F E C
94	¹⁰² Internou outra paciente encaminhada para investigar um possível CA de endométrio. A enfermeira da manhã já havia passado que orientou a familiar para acompanhar durante a internação, pois a paciente tinha uma alteração psiquiátrica. Ao conversar com sua sobrinha fiquei sabendo que a paciente não tinha risco de fuga, muito menos de agressão.	A enf. recebendo outra paciente e orientando a família	Repadronizar a informação sobre a internação para a paciente e família	• Conhecer a realidade da paciente • Interagir com a paciente e família • Dar apoio à família	F E C SH

⁹⁷ Número de registro das divisões dos relatos

⁹⁸ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; SH: Ser Humano; SP: Sistema Profissional; ST: Sistema Popular; CT: Cultura; A: Ambiente.

⁹⁹ Desenvolvido com a equipe

¹⁰⁰ Desenvolvido com a equipe, paciente e família

¹⁰¹ Desenvolvido com a família

¹⁰² R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	¹⁰³ C
94	Tinha mentalidade de criança e que a mesma e não poderia ficar tanto tempo, pois tinha os filhos em casa.				
95	* ¹⁰⁴ Se a Sra. Não pode ficar não tem problema, pois o que a enfermeira disse é que era importante ficar junto devido a adaptação da mesma no hospital. Caso não puder não tem problema.				
95	• ¹⁰⁴ Eu esqueci até a carteira em casa e não tenho dinheiro para voltar, estou até com fome... * Quando a Sra for fazer a internação, poderá passar na assistente social, pois ela conseguirá alimentação e a passagem para voltar. Após ela voltar tive muita dificuldade em fazer o histórico pois nem a paciente e nem a familiar conseguiam dar informações corretas.	Orientando a família sobre os recursos disponíveis	Repadronizar com a família os recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar a caridade com a família e paciente • Dar suporte a família • Ter compaixão 	F E C
96	¹⁰⁴ Nas orientações, pude perceber que a paciente entendia muito bem, apesar de ter que repetir várias vezes, entendeu porque estava internada e aceitou ficar sozinha. A sobrinha solicitou-me para que Quando fosse fazer a cirurgia avisasse ela. Esclareci que a cirurgia não ia acontecer de uma hora para outra, ela necessitaria muitos exames para confirmar o suposto diagnóstico médico.	A enfermeira conhecendo a paciente através da coleta de dados	Mantendo-se informada sobre a história da paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecendo a realidade da paciente • Aceitar a decisão da família • Sensibilizar-se pelas necessidades da família 	E C SH
97	¹⁰⁵ As técnicas de enfermagem achavam muita graça do jeito que T. sorria, parecia uma criança. As mesmas não entendiam como eu	A enf ^a . Orienta a paciente com retardo	Repadronizar com a equipe a aceitação da paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o crescimento da equipe • Estimular o 	E C SH

¹⁰² Número de registro das divisões dos relatos¹⁰³ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; SH: Ser Humano.¹⁰⁴ Desenvolvido com a paciente e família¹⁰⁵ Desenvolvido com a equipe

¹⁰⁶ R	Registrar o Cotidiano do Cuidado	Interpretar a Situação	Ações da Enfermeira	Construtos	¹⁰⁷ C
97	<p>não achava graça. Mas, mais tarde convenci-as de que tinha um jeito meigo e até pode ser engraçado, ela não era difícil de cuidar.</p> <p>Muito pelo contrário, super atenciosa e compreende tudo, apesar de ter que repetir várias vezes.</p> <p>Despedimo-nos das pacientes e passamos o plantão para ir embora.</p>	<p>mental e estimulando a aceitação da equipe.</p>		<p>respeito à paciente</p>	

¹⁰⁶ Número de registro das divisões dos relatos

¹⁰⁷ Conceitos relacionados: E: Enfermagem; F: Família; C: Cuidado; SH: Ser Humano.

NOTAS DA ENFERMEIRA PESQUISADORA

À partir destes relatos do cotidiano da enfermeira, percebe-se o quanto podemos fazer pelos seres humanos e que os pacientes estão dependentes do nosso olhar profissional. Olhar este, muitas vezes permeado de excesso de atividades e/ou pela falta de estabelecimento de prioridades na organização das atividades a serem desenvolvidas no decorrer de uma noite de plantão.

O trabalhar duro faz parte do dia-a-dia da enfermagem, anulando o cuidado com o seu corpo. Foram muitas as vezes que esqueci e/ou não percebi a necessidade de ir ao banheiro, de comer, de repousar e até mesmo sentar um pouquinho para aliviar o cansaço causado pelo excesso de atividades, estando preocupada com algum paciente grave que necessita de cuidados intensivos. Às vezes esquecemos de nós mesmos, cuidamos de tantos e não cuidamos do nosso corpo, mais tarde tudo isto pode refletir através de problemas físicos.

Todo este cuidado prestado, mostra o quanto a enfermeira pode fazer pelos pacientes, pela família e pela equipe de enfermagem. Porém, é necessário considerar questões culturais que estão envolvidas neste processo, pois acredito que onde existe seres humanos encontramos diversidades culturais, sendo necessário amenizar um possível choque cultural.

ANALISANDO OS DADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO



VI – ANALISANDO OS DADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO

A riqueza do cotidiano de uma enfermeira não é encontrado em produções científicas, pois muitas vezes não damos o devido valor aos nossos plantões ricos em experiências e conhecimentos humanos. Muitas vezes vivenciamos momentos particulares que jamais serão repetidos e acabamos deixando passar sem registrar, sendo apagados de nossa memória com o passar do tempo. Com isso, acontecimentos importantes acabam não sendo compartilhados e o corpo de conhecimento da enfermagem não incorporando o mesmo.

Acredito que se fossemos mais disciplinados e soubéssemos valorizar mais as nossas experiências cotidianas, maiores seriam os avanços na enfermagem como um todo, pois é através desta integração entre teoria e prática que poderemos ampliar os nossos horizontes e compartilhar os avanços, tanto aos enfermeiros que estão atuando na prática, quanto os que se dedicam ao ensino e pesquisa.

No que se refere a prática, ensino e pesquisa, torna-se importante que o enfermeiro tenha experiência nessas três atividades, sendo assim, teremos maior coerência no que estamos ensinando, nas pesquisas que estamos desenvolvendo e no cuidado prestado aos seres humanos, famílias e comunidade em geral.

O desenvolver deste trabalho permeou momentos únicos em meu cotidiano. Cada relato possui suas especificidades, indo desde o vivenciar o momento da morte ao cuidado prestado à equipe de enfermagem que estava necessitando de atenção.

Tentando rever a prática de cuidado à luz do marco conceitual descrito no capítulo III, analisei cada conceito de acordo com os relatos. No marco conceitual foram salientados os conceitos de cuidado, família, cultura, enfermagem e ambiente hospitalar, dos quais considero o de cuidado como conceito principal deste estudo.

CUIDADO

Ao rever o conceito de cuidado, tornou-se necessário, em um primeiro momento, analisar os construtos que emergiram dos relatos. Para tal foram relacionados os relatos a cada um dos construtos descritos por Leininger e por Patrício. Durante este processo, percebeu-se o quanto o cuidado está incorporado em nosso cotidiano, reforçando o discurso de Leininger em sua visita a Florianópolis:

Como a enfermagem é essencialmente um serviço de cuidado do ser humano, espera-se que as

enfermeiras proporcionem cuidado a pessoas de diferentes culturas. O cuidado é o fator novo e vital que precisa ser integrado a todas as áreas da enfermagem, como uma área especial de estudo e prática. (Leininger, 1985)

Parece-nos óbvio o que ela diz, isto é cuidado para nós que trabalhamos desde a graduação com o cuidado. Esta fala da teorista ocorreu há 14 anos e hoje o cuidado está bem mais difundido, mas ainda encontramos enfermeiros que se contrapõem a esta afirmação. Para confirmar é só frequentar um pouco os nossos hospitais que logo encontramos colegas com uma prática um tanto distante do que preconiza esta e muitas outras teoristas. Torna-se difícil aceitar esta realidade que nos cerca, mesmo porque, em algum momento podemos necessitar deste atendimento para nós mesmos, para a nossa família e/ou pessoas de nossas relações. É difícil acreditar em tais situações, visto que as pesquisas na enfermagem como um todo estão evoluindo a cada dia. Mas, sempre pensamos que os enfermeiros pudessem estar mais próximo do ideal, porém, sabe-se que os profissionais de enfermagem são seres humanos, pertencentes a uma família, da qual apreenderam e reformularam a sua cultura, da qual desenvolvem sua prática profissional.

Em um primeiro momento, a análise dos relatos aconteceu de maneira mais simplificada, sendo que poucos construtos foram contemplados os quais são apresentados no capítulo V em Apresentando os Dados. Neste momento de análise propriamente dita, os relatos foram lidos novamente agora com mais profundidade e o número de construtos foram ampliados. Apresento o quadro à seguir, sendo que a primeira coluna consta o registro do relato, a segunda os construtos analisados

inicialmente. Na terceira coluna estão os construtos de Leininger com um total de quinze. E, finalmente, a Quarta coluna contempla os de Patrício, totalizando 10 construtos.

R	CONSTRUTOS IDENTIFICADOS	CONST. – LEININGER	CONST. – PATRÍCIO
02	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Trocar experiências ◦ Refletir com a equipe ◦ Comunhão com outro ◦ Perceber as modificações do ser humano 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ter compaixão; ◦ Sofrer com; ◦ Compartilhar ◦ Conduta de enfrentamento; ◦ Dar atenção para; ◦ Sendo autêntico; ◦ Estar envolvido; ◦ Propiciar a comunicação; ◦ Preocupar-se com; ◦ Enfrentar com; ◦ Ajudar os outros; ◦ Interessar-se em; ◦ Ouvir; ◦ Refletir com; ◦ Entender. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Dialogar, meditar com; ◦ Trocar idéias, energias, experiências; ◦ Agir; Adotar atitudes com relação a; ◦ Estar aberto à outra pessoa; ◦ Dispensar atenção; ◦ Compreender; Calar, tolerar, valorizar, aceitar; ◦ Desenvolver capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas. ◦ Aceitar expressões de sentimentos negativos.

Nesta comparação podemos verificar o quanto é ampliada uma análise vista em dois momentos, pois ao retornar e rever o que foi feito inicialmente, um maior número de construtos foram encontrados. Com isso, podemos inferir a importância de retomar as idéias iniciais para que aconteça a ampliação das

mesmas. Vale a pena ressaltar existem outros que estão também relacionados que não constam neste quadro.

Adentrando mais na análise dos construtos, poucos deles não apareceram nestes quatro relatos, porém alguns deles aparecem em outros relatos não contemplados nesta análise, que fizeram parte da prática de cuidado da enfermeira pesquisadora. Acredito que o não aparecimento de alguns construtos se deve as características dos relatos apresentados neste trabalho, visto que foram apenas quatro e que cada relato pode contemplar muitos ou poucos construtos. Houve um certo equilíbrio no aparecimento dos construtos das autoras como mostra o exemplo à seguir:

Registro do Cotidiano do Cuidado	Construtos Leininger	Construtos Patrício
<p>* Nós também sentimos a perda, não é só a família.</p> <p>• É horrível Quando alguma paciente vai a óbito no meu plantão. Ainda bem que a S. não morreu esta tarde (expressou uma auxiliar).</p> <p>* Isto é um sinal de que o teu cuidado prestada a ela trouxe uma interação, o que de uma certa forma é positivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confortar; • Aliviar o sofrimento; • Manter a harmonia; • Aliviar o estresse; • Dar assistência a grupos; • Dividir com os outros; • Encorajar o outro; • Dar suporte emocional; • Sensibilizar-se pelas necessidades do outro; • E outros... 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogar, meditar com a equipe; • Esclarecer, informar, orientar, reforçar, nutrir; • Estar aberto à outra pessoa; • Dispensar atenção; • Compreender a equipe; • Desenvolver capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas. • E outros...

Lembrando, também, que não estão todos os construtos relacionados a neste exemplo de relato. Vale a pena ressaltar que, em um primeiro momento, dos 144 construtos de Leininger, 136 apareceram e 06 não foram contemplados nestes quatro relatos, porém, porém um segundo momento verificou-se que todos eles foram contemplados nos relatos. Houve construtos que apareceram em quase todos os relatos como por exemplo: *Aliviar a dor / sofrimento; Dar suporte à família; Conhecer a realidade do outro; Aliviar o estresse; Acomodar; Interagir com o outro; Compartilhar; Agir por / para / com; Preocupar-se para / sobre / com; Pensar / agir criativamente; Ouvir; Refletir com / sobre; e Entender.*

Dentre estes construtos, os dois que mais aparecem foram o **Ouvir** em trinta e quatro relatos e o **Estar Presente** que contemplou quarenta e um relatos. À seguir apresento dois exemplos de relatos que contemplaram esses dois construtos.

Ouvir:

... ele ficou viúvo e depois de seis meses, viu que não conseguia cuidar dos filhos sozinho e até perdeu o emprego bom que tinha em São Paulo, porque não tinha com quem deixar as crianças. Foi aí que a família dele, que já me conhecia e achava que eu tinha capacidade de assumir uma família, pois já tinha 35 anos e me apresentaram para ele. Eu deixei o emprego que tinha aqui e fui embora com ele para São Paulo. Ele conseguiu outro emprego e fomos morar num apartamento que ele comprou e não tinha água, tinha apenas um foco de luz. (Relato 45)

Estar Presente:

- *Como é que pode, tão novinha né?*
- * *A médica falou que tirou tudo, então há uma grande chance, muitas vezes nem é necessário a quimioterapia...*
- *Mas com 19 anos e não poder ter filhos, ela não vai se conformar...*
- *Mãe, o importante é a vida da M. Filho se adota.*

**Eu sei que não é fácil, mas vocês que são sua família precisam ter força, porque ela vai precisar de muito apoio e podem contar comigo e as outras enfermeiras. (Relato 62)*

Por outro lado, houve aqueles que não apareceram nos relatos, talvez até pela particularidade dos apresentados neste trabalho, podendo estar presentes nos demais.

Os construtos de Leininger não contemplados nos quatro relatos foram: *Honrar; Respeitar a diferença entre os sexos; Amar; Ações de consulta sanitária; Ações de educação sanitária; e Ter auto responsabilidade.*

Em se tratando dos construtos de Patrício, dos quarenta e quatro, todos foram contemplados, sendo que os mais utilizados foram: *Dialogar, meditar com; Trocar idéias, energias, experiências; Esclarecer informar, orientar, reforçar, nutrir; Observar, analisar, comparar, validar; Estar aberto à outra pessoa; Compreender; Dispensar atenção; Socorrer; Considerar características individuais – coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidades e limitações, valores, crenças, metas, desejos e expectativas; Considerar a história de vida, queixas e sinais do corpo; Ajudar o indivíduo a identificar, desenvolver e utilizar recursos individuais, incluindo sua vontade, motivação de seus familiares, de sua comunidade e sociedade como um todo, em busca de transformação e limitações para bem-viver; Cuida baseando-se em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e práticas culturais próprias do indivíduo, família, comunidade; e Focalizar os recursos e limitações individuais – coletivos, de bem-viver (qualidade de vida).*

Ainda comentando sobre os construtos de Patrício (1995), dois deles apareceram em trinta e dois relatos, que são: **Dispensar Atenção e Considerar a história de vida, queixas e sinais do corpo**. Apresento á seguir os relatos:

Dispensar Atenção:

- *Ela está sofrendo muito...*
- *Porque uma pessoa tem que sofrer tanto*
- * *Cada um tem sua missão e o sofrimento faz parte desta passagem pela vida*
- *Eu não encontro explicação para todo este sofrimento de uma pessoa que parece fazer tanto o bem*
- *Ela está lutando contra a morte, geme o tempo todo, mas abre os olhos quando a gente chama*
- * *Então ela já está agonizando? (Relato 6)*

Considerar a história de vida, queixas e sinais do corpo:

Solicitei ao anestesista que estava no setor para avaliar a paciente, o qual concordou com a hipótese de ser uma hipovolemia e prescreveu reposição hídrica com soro rápido. Após 30 minutos, ela começou a urinar e o pulso começa a estabilizar, porém, inicia um pico febril. (Relato 70)

Os construtos, por sua vez, estiveram presentes em todas as ações da enfermeira com a família, sendo que os que mais apareceram foram: *Ouvir (escutar); Confortar; Dar apoio; Dispensar atenção; Conhecer a história da família; Estar presente; Compartilhar com; Informar; e Orientar a família*. Além destes, ao vivenciar situações de morte de um dos membros da família, as ações da enfermeira permeiam outros construtos como: *Trocar idéias, Refletir com; Estar aberto; Dar suporte; Interagir com; Estar ao lado nas decisões; Poupar os*

membros da família; Encorajar; Envolver-se; Sensibilizar-se; e Expressar sentimentos.

O cuidado prestado a família contemplou momentos de ansiedade vividos por seus membros durante o ato cirúrgico e foram contemplados os seguintes construtos: *Conhecer; Ouvir (escutar); Comparecer; Estar presente; Trocar idéias; Demonstrar interesse; Investigar crenças; Estar disponível; Questionar; Encorajar; e Orientar*, amenizando o tempo de espera do término da cirurgia. Por outro lado, houve momentos da ação da enfermeira com a família ao dar boas notícias, com os construtos: *Informar e Compartilhar com a família momentos de alegria; Respeitar as reações da família* diante das informações dadas pela enfermeira.

No que se refere aos ... **os atos facilitativos de apoio ou de assistência em relação ao outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes de melhorar uma condição ou estilo de vida**, é importante citar a vivência da enfermeira com um familiar de uma paciente em fase terminal. Este relato mostra o quanto a enfermagem deve perceber as necessidades do outro e apoiar decisões tomadas, porém, que esperam o apoio de um profissional para viabilizá-las.

- *O cheiro está muito forte, não dá para agüentar ao lado dela. Eu estou pensando em ir para casa descansar para amanhã enfrentar o dia.*
- * *Já que você está sozinho, é necessário se preservar um pouco, porque amanhã será outro dia.*
- *É, então eu vou. Qualquer coisa você me liga?*

- * *Pode ir tranqüilo. Vai para casa e descanse. Você já fez o que tinha que fazer e ela sabe disso... não é porque você vai para casa que ela vai se sentir só.*
- *E a roupa?*
- * *Em caso de morte eu ligo. (Relato 14)*

Quanto às **dimensões** pertencentes ao cuidado humano: **biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais**, aparecem em alguns momentos contemplados em um mesmo relato, outras em relatos isolados. Exemplifico estas afirmações nos relatos a seguir:

- * *Ouvi o barulho da maca. Era M. vindo do centro cirúrgico. Solicitei para que ficassem o mínimo de pessoas no quarto para que pudéssemos passá-la para a cama e fazer os cuidados iniciais, pois haviam em torno de dez pessoas no quarto. Ficaram apenas os pais e a irmã mais velha. (Relato 68)*

Neste relato, as ações da enfermeira permeiam o manter o ambiente em ordem para receber a paciente, enfocando dimensões biofísicas e ambientais. No seguinte, acontece o repadronizar o cuidado com a paciente em pós-operatório, enfatizando a importância da presença da família para sua recuperação, contemplando dimensões biofísicas, culturais, sociais e ambientais.

Ela estava sonolenta, atendendo apenas ao chamado verbal. Passamos ela para cama, sentindo muita dor e prestamos os cuidados imediatos auxiliados pela família. Após estabilizar, deixamos a família aproximar-se dela. Ficaram poucas pessoas no quarto, pois perceberam sua sonolência e acharam necessário deixá-la sossegada. Referiu muita dor, medicamos com a pouca medicação que poderia receber, pois era alérgica a maioria das analgesias. Comecei a observar que ela não urinava, suspeitando de uma hipovolemia e o pulso alterado. (Relato 69)

Ao acomodar o cuidado cultural, o relato seguinte está relacionado a interação enfermeira e família. A enfermeira acomoda com a família o choque

causado pela gravidade da paciente e a possibilidade de ser transferida para a UTI, bem como, a conotação do mesmo.

- *A gente quando ouve o nome UTI, leva um susto, por isso mesmo. Mas, se for para o bem dela não me importo.*
- * *Por enquanto não há necessidade, mas eu ficarei sempre avaliando, Qualquer alteração a gente leva ela para lá. (Relato 80)*

O cuidado está presente em todas as ações desenvolvidas pela enfermeira, bem como, as dimensões do cuidado, reafirmando este trabalho e a Teria Transcultural de Leininger, quando enfocamos o cuidado cultural ao paciente, família e inclusive a equipe da qual fizemos parte.

- ◇ *Hoje eu não aguento a dor nos ombros e na coluna...*
- * *Fizesse esforço demais?*
- ◇ *É que ontem trabalhei muito e também me incomodei em casa.*
- * *Eu posso fazer uma massagem, você quer?*
- ◇ *Será que adianta?*
- * *É claro que sim. Vem aqui que eu faço, você vai ver como vai melhorar. (Relato 56)*

Este relato reafirma que a enfermagem é formada por seres humanos, que assim como cuidam necessitam serem cuidados, tanto pelo sistema profissional como pelo sistema popular, do qual também fazem parte. Pois, somos seres humanos que trabalhamos com seres humanos.

FAMÍLIA

A família enquanto unidade é formada por seres humanos que se consideram como família, compartilhando entre seus membros momentos de alegrias, crenças, bem como conflitos. Esses seres humanos estão unidos por laços de afetividade, interesse e/ou consanguinidade, reafirmando assim o conceito de família.

A família é uma unidade formada por seres humanos que se percebem como família, através de laços afetivos, de interesse e/ou de consanguinidade, dentro de um processo histórico de vida ...

Ao nos reportar do nosso cotidiano, percebemos o quanto este conceito está incorporado em nossa prática profissional:

... estimo a todos eles, eu gosto da minha família. São seis filhos, quatro homens e duas mulheres, quatorze netos e dez bisnetos, o marido e os genros. (Henckemaier, 1997)

A proximidade entre nós é muito grande, moramos junto e quando casei sempre moramos muito perto. (Henckemaier, 1997)

Eu sou feliz com minha família, é pequena mas são sadios, perfeitos, maravilhosos ... (Henckemaier, 1997)

A gente se gosta muito. Apesar de não serem do mesmo sangue, mas eu considero todos meus filhos. Mesmo porque eu não tive outros filhos. (Henckemaier, 1997)

Muitas vezes as pessoas que se consideram como família, moram em outras casas, outras cidades, estados ou países, mas continuam considerando-se como família. Neste caso, o ambiente vivenciado pela família pode ser diferente, porém os laços que os mantêm unidos são fortes ultrapassando distâncias.

Fazem parte da minha família: a minha mãe, as duas filhas, os dois genros, os quatro netos e os dois irmãos. Mas, moramos eu e minha mãe ... (Henckemaier, 1997)

Por outro lado, o cotidiano da família é permeado por momentos difíceis em sua trajetória, sendo colocada à prova em vários momentos, necessitando reorganizar-se para que consigam superar as dificuldades que perpassam o seu cotidiano.

... relacionam-se dinamicamente, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores, normas, conhecimentos e modos de vida, estruturados na cultura das gerações que incorporam e nas classes sociais a que pertencem.

O vivenciar da prática de cuidado faz-nos refletir sobre questões relacionadas as diversidades de cultura que nos deparamos, sendo necessário uma adaptação do profissional para que sua cultura não sobreponha à da família.

Trabalhar com família não é uma tarefa fácil, os profissionais precisam ter claro e incorporado questões relacionadas ao cuidado à família. Vale a pena lembrar que nós, profissionais de saúde, também fizemos parte de uma família e em certos momentos podemos estar vivenciando a internação de um familiar. O relato a seguir mostra o depoimento da equipe de enfermagem, após experienciar a internação e o ato cirúrgico, modificando concepções acerca da família no hospital:

- *É verdade. Eu pensava diferente, mas quando eu fui internada para fazer cirurgia, eu vi o quanto é importante a gente tratar bem os pacientes. Quando meu marido foi embora e eu me vi sozinha me deu um desespero tão grande e aí alguém pegou na minha mão. Luizita você não pode imaginar como isso foi bom para mim, a Segurança que eu senti neste momento. (Relato 28)*

No decorrer de minha trajetória profissional, venho resgatando o cuidado ao ser humano com uma visão mais ampla, incluindo as pessoas de sua relações, a família de que faz parte. Um dia destes encontrei um familiar muito revoltado com a imparcialidade do atendimento prestado a sua esposa e descarregou em mim toda sua indignação:

Eu queria ver se fosse parente teu... (Henckemaier, 1997)

Esta frase foi muito forte e até injusta, pois eu estava há várias horas tentando uma solução para o caso de sua esposa, mas não conseguia encontrar o médico. É muito difícil ouvir uma frase como esta e o que vem logo em nossa memória são os nossos pais e as experiências que já vivenciamos com a internação dos mesmos. Existem momentos em que a família necessita expor suas angústias e sentimentos, não escolhendo as pessoas para agredir, nestes casos o primeiro que entrar no quarto será a “vítima”.

Outras famílias conseguem superar essas dificuldades com mais sutileza, pois organizam uma estrutura para acompanhar o familiar que está hospitalizado. Essa organização torna-se importante para a família, pois a vida fora da instituição hospitalar continua.

A gente tem se organizado para administrar da melhor maneira possível esta internação. Estar presente é uma questão de afeto que se estende às irmãs e amigas. É um aprendizado, mas devemos tocar a vida profissional, porque a internação é temporária, circunstancial, a vida continua. (Henckemaier, 1997)

Resgatando o que foi descrito anteriormente, no que se refere ao trabalhar com família ser um exercício contínuo e de uma certa forma difícil, vale a

pena ressaltar que esta dificuldade também é vivenciada pela família. Quando um dos membros da família está internado, chega um momento em que o cansaço toma conta, restando apenas a necessidade de estar com, mesmo que seja nos últimos momento de vida do paciente. Existe até um compromisso excessivo exercido pelos membros da família, que não consegue deixar o hospital e esperam o auxílio dos profissionais para a tomada de decisões, como mostra o relato à seguir:

- *O cheiro está muito forte, não dá para agüentar ao lado dela. Eu estou pensando em ir para casa descansar para amanhã enfrentar o dia.*
- * *Já que você está sozinho, é necessário se preservar um pouco, porque amanhã será outro dia. (Relato 14)*

O estar junto ao familiar internado, segundo Franco (1988), está relacionado a “afetividade familiar” e a noção de que o mesmo “torna-se frágil, indefeso e dependente”. Ao acompanhá-lo, a família sente-se mais segura, pois acredita que a relação com os profissionais é “totalmente técnica”. Além disso, a “vigilância e controle da assistência” torna-se uma das funções desempenhadas pela família, não no sentido de fiscalizar, mas sim acompanhar de perto para que nada falte ao paciente.

Eu acho importante estar junto, porque carinho da família é a metade do trabalho para doente, porque eu vejo por mim quando fico muito tempo aqui sinto falta dos meus netinhos, me sinto sozinha e estou doente... (Henckemaier, 1997)

Assim como Franco (1988), Elsen e Patrício (1989) a família é considerada responsável inicialmente pelos cuidados de saúde de seus membros, independente da idade.

Com base nestas afirmações, acredito cada vez mais no quanto é importante resgatar a família para acompanhar a internação de um de seus membros, só assim estaremos desenvolvendo um cuidado congruente. Acredito ainda, que as Universidades podem contribuir neste aspecto através da formação de profissionais cada vez mais comprometidos com o ser humano, incluindo em seus currículos disciplinas pertinentes a tal formação. Por outro lado, os profissionais podem buscar aperfeiçoamento de sua prática, através do retorno às Universidades para cursos de pós-graduação, bem como, desenvolver pesquisas nos locais de sua prática profissional.

CULTURA

A cultura está presente em nosso cotidiano, seja ele profissional ou no meio familiar. Ela abrange valores, crenças, normas e modos de vida praticados que são transmitidos desde a vida intra-uterina. Desta forma, ela é aprendida, compartilhada e transmitida por grupos/famílias, direcionando pensamentos, decisões e ações de forma padronizada.

Segundo Leininger (1985b), a cultura abrange: **Valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo.**

No decorrer de sua história de vida, os seres humanos e família vão convivendo com outros seres humanos com culturas próprias, que aos poucos vão sendo modificadas, ocorrendo a chamada **aculturação**, que é definida por Bullough, apud Hobus (1997), como: **duas culturas autônomas que interagem lado a lado por um período de tempo, as mudanças extensivas vão ocorrer em uma ou ambas as culturas.**

Dentro do hospital, vivenciamos momentos difíceis, em que dependendo da cultura, teremos várias formas de enfrentar a perda de um paciente, pois é nele que ocorre o encontro de culturas diferentes como a do hospital, da equipe e a da família. Dependendo da maneira com que as pessoas respeitam essas questões culturais, conseguem aceitar a morte.

- *Ela está sofrendo muito...*
- *Porque uma pessoa tem que sofrer tanto*
- * *Cada um tem sua missão e o sofrimento faz parte desta passagem pela vida*
- *Eu não encontro explicação para todo este sofrimento de uma pessoa que parece fazer tanto o bem*
- *Ela está lutando contra a morte, geme o tempo todo, mas abre os olhos quando a gente chama. (Relato 6)*

Existe, inclusive, a necessidade de buscar a religiosidade como forma de explicar o mal, ou mesmo enfrentar situações relacionadas a perda de um paciente, o qual causa transtornos no cotidiano de cuidado da enfermagem e para tal, exemplifico com a expressão da enfermeira:

- * *Meu Deus! Temos que orar para que ela descanse. (Relato 7)*

Ou mesmo, relatos que mostram a ação da enfermagem através da oração diante da paciente em fase terminal:

Depois de um tempo vi a mesma funcionária com a Bíblia lendo para a paciente o Apocalipse 8

◇ *Eu vou ler esta mensagem para que você tenha calma e perdoe as pessoas que você odiava ou algum mal que você fez seja reparado e agora vou ler um trecho do novo testamento para você. (Relato 18)*

Os profissionais de saúde dentro da instituição hospitalar, compartilham uma diversidade de culturas entre os próprios profissionais. Ao trabalharem algum tempo juntos, vão formando uma cultura semelhante, que muitas vezes pode sobrepor à dos pacientes e famílias. É comum, em uma instituição hospitalar ocorrer o que Leininger (1977) chama de **imposição cultural: a predisposição de uma pessoa para impor suas visões sobre a do outro, com consideração limitada sobre crenças culturais da outra pessoa.**

As famílias que vivenciam a hospitalização de um de seus membros em fase terminal, muitas vezes podem impressionar a enfermagem com suas reações e expressões dadas ao experienciar a morte na família:

- *A minha baixinha está “apodrecendo”, né L.?*

Levei um susto, olhei-o e disse:

- * *Realmente, ela não está bem.*

- *Eu não me conformo desta baixinha deixar chegar onde chegou, ela mesma se matou.*

- * *Não está sendo fácil para você enfrentar essa situação... (Relato 9)*

A enfermagem tenta minimizar o peso das palavras do familiar, concordando com a gravidade da paciente. Por outro lado, é a enfermagem que prepara o corpo após a morte, mas nem sempre este preparo é visto como um cuidado e sim como um mal trato, já que a interação obtida com a paciente foi, de

certa forma, intensa. A afetividade desenvolvida durante o cuidado pode intensificar essas reações, isto é, quando o preparo do corpo não é interpretado como cuidado. O relato a seguir mostra o comentário de um membro da equipe de enfermagem diante do medo e/ou receio de preparar o corpo após a morte, e a enfermeira tenta amenizar explicando o significado deste preparo:

- ◇ *Eu não vou fazer o tamponamento, eu não consigo*
- * *Por que? É só ter respeito, não há problema.*
- ◇ *Ai não sei, acho muito mal trato.*
- * *O que sobra é o corpo e o tamponamento é uma maneira de cuidar do corpo após a morte para ser entregue à família... (Relato 17)*

A questão da religião interfere muito no relacionamento familiar, principalmente quando duas pessoas passam a viver juntas sem um prévio relacionamento. É o que mostra o relato a seguir, quando acontece a morte da mãe e o pai encontra uma esposa substituta. Foi esta mulher com quem conversei durante horas e contou-me sua história triste enquanto aguardava a cirurgia de sua enteada que considerava filha:

- * *Ele queria que eu deixasse o cabelo crescer como o da outra esposa, porque ela era crente e muito submissa...*
- * *E Qual era a tua religião?*
- *Católica não praticante. Iniciei na Assembléia e me apavorava com as exigências. Mas, o cabelo eu não deixei crescer. Eu achava tudo aquilo um absurdo. Não queria que os meus filhos crescessem nesse radicalismo, até que convenci ele a passar para a Igreja Batista.*
- * *E como foi a experiência desta outra religião?*
- *Foi excelente. As crianças sempre tinham atividades, nos batizamos e frequentamos essa Igreja até hoje. (Relatos 46, 47, 48)*

Essa tentativa de imposição cultural, que ocasionou um choque de culturas, evidencia o quanto o papel da mãe é necessário dentro da família e como ela pode ser considerada como mãe dependendo da forma como ela cuida dos

filhos, evidenciando ainda, o ser família não apenas pela consanguinidade. O choque cultural pode acontecer também entre os profissionais, quando estes possuem maneiras diferentes de cuidado, bem como, diversidades nas decisões e na importância dada à participação da família nas decisões e condutas, como mostra o exemplo a seguir:

O médico olhou em direção a irmã de M. e perguntou:

♦ *Ela já tem filhos?*

• *Não, ela só tem 19 anos.*

♦ *A gente vê tanta coisa por aí, muita gente com 19 anos tem dois a três filhos*

Senti a frieza tanto na expressão quanto nas palavras. A irmã de M. que já estava nervosa, quase chorou com tal observação. Pois afinal, essa paciente que estava ali, não era mais uma, mas sim a sua irmã. Que talvez gostaria que fosse atendida como a M. e não de uma maneira tão generalizada. E respondi:

** Temos muitas experiências, mas devemos lembrar que os seres humanos se diferenciam muito um do outro. Por isso não dá para generalizar. (Relato 76)*

Essas e muitas outras demonstração de imparcialidade perante o paciente e a família fazem parte do cotidiano de profissionais que generalizam os pacientes, excluindo suas famílias como aconteceu neste dia, pois após sair do quarto disse-me que se a paciente fosse para a UTI, a família incomodaria muito.

O sistema profissional de cuidado está relacionado com a família, ou seja, **ao sistema não profissional que oferece serviços de cuidado aos membros da família. É caracterizado por conhecimentos populares e habilidades culturalmente aprendidas e transmitidas para proporcionar ações de cuidado para as famílias, com finalidade de melhorar problemas relacionados ao bem**

viver. No decorrer da hospitalização, esse sistema passa a compartilhar com outro sistema que é o profissional.

- *Eu quero cuidar da minha mãe até o fim, porque é um pedacinho da gente. Eu sempre tive um carinho especial pela mãe. (Henckemaier, 1997)*

Assim como a família faz parte do sistema popular, outras pessoas fazem parte deste sistema e em alguns casos são solicitados pela família para auxiliarem em momentos difíceis, como o preparar a paciente para contar o resultado negativo de sua cirurgia:

Para a minha surpresa a família preocupou-se também com este momento, achando importante trazer junto dela neste dia uma amiga do grupo de terapia para dar suporte para contar o ocorrido. Porque até então M. achava que tinha tirado apenas um ovário e muito menos imaginava que tinha sido tirado um pedaço do fígado para biópsia. (Relato 87)

Já, o sistema profissional de cuidado, caracteriza-se por **oferecer serviços de cuidado profissional às famílias em situação de hospitalização... Este sistema pratica o cuidado, respeitando crenças, valores e conhecimentos do sistema popular:**

Expliquei toda a situação do seu pai que iria fazer cirurgia no dia seguinte. Alertei que cada vez que um profissional viesse no quarto ela deveria questionar sobre o quadro clínico do pai, pois este é um direito que a família tem. (Henckemaier, 1997)

Esses dois sistemas estão em constante interação, sendo necessário desenvolver o equilíbrio entre as partes para que o cuidado não seja prejudicado. Muitas vezes, pude verificar a descrença que as famílias tem do sistema

profissional, apesar de saber da importância do mesmo, a repercussão do sistema de saúde como fracassado a nível nacional, causa insegurança ao sistema popular.

Cada vez mais acredito que não devemos ser assistencialistas, mas sim trabalhar com as realidades do profissional dentro do hospital e da família que está fazendo parte deste ambiente, sendo o diálogo uma forma de interação, visando um cuidado coerente com o momento. Nem sempre conseguimos chegar a este ponto, é necessário buscarmos maneiras de comunicação, visando um entendimento da situação.

A família, muitas vezes, fica desesperada com a própria internação e isto se intensifica nas primeiras horas, diante da indefinição do diagnóstico médico, bem como, deficiências no tratamento. Com o passar dos dias as pessoas vão vivenciando e percebendo como é a dinâmica dentro de um hospital e ficando muitas vezes mais tolerantes para tais situações. Estas e muitas outras situações fazem parte de nosso cotidiano hospitalar.

◇ *É importante a confiança que os profissionais vão estabelecendo. Você não imagina o bem que isso faz. Uma pessoa que eu amo muito está sendo bem cuidada. Eu posso trabalhar, que sei que está bem cuidada. Diminui a tensão e quando está junto também está bem, o que é diferente do começo. (Henckemaier, 1997)*

Os profissionais atendem as famílias dando informações que julgam claras, porém, muitas vezes tornam-se insuficientes para atender as necessidades da família. A comunicação torna-se algo imprescindível na internação, porém cada família tem a sua maneira de entendimento. Cabe ao profissional perceber o

momento e agir com coerência, amenizando a ansiedade vivida no momento, buscando sempre resgatar aspectos culturais do paciente e família, pois acredito que o mediador entre as culturas deva ser feita pelo profissional de saúde, enquanto atuante dentro da instituição hospitalar.

ENFERMAGEM

A enfermagem vista como uma profissão formada por seres humanos, atuando em uma instituição hospitalar, possui uma cultura própria. Cultura esta desenvolvida no decorrer do seu crescimento como ser humano e como profissional.

Torna-se importante resgatar que a convivência do dia-a-dia, um simples “Bom Dia” e um sorriso, faz-nos interagir com maior facilidade com o paciente e família, sendo também maneiras de prestar o cuidado. Ao fazer curativos, passar sondas, aplicar medicações, surgem assuntos diversos, entre os quais estão aqueles que tanto o profissional quanto o paciente e família tem necessidade de expor. O relato a seguir mostra a conversa da enfermeira com a paciente durante a troca de curativo, a qual a mesma achava que estava muito ruim:

- * *Mas esta ferida está bem melhor do que na semana passada, está limpa e bem cuidada.*
- *É mesmo? Você acha?*
- * *É claro que sim. Está com vontade de ir embora?*
- *Eu não aguento mais, tenho muita saudade da minha casa e dos filhos... (Henckemaier, 1997)*

Neste momento, a enfermeira consegue perceber que a paciente estava cansada de estar internada no hospital, expressando através da piora do quadro. A enfermagem quando possui uma interação com o paciente e família, consegue interpretar a real queixa expressada pelos mesmos, o que nem sempre é que foi dita oralmente, mas sim através da comunicação não verbal. Isto está relacionado com a importância do cuidado técnico e o afetivo-emocional, que é abordado por Gonzaga e Arruda como:

O cuidado técnico não dispensa o cuidado afetivo-emocional, porque ambos não se separam, são um só cuidado afetivo e real. (Gonzaga e Arruda, 1998)

Espera-se que a enfermagem, não apenas desenvolva técnicas, mas sim aproveite o tempo em que for desenvolvê-las para estreitar os laços de interação com o paciente e família.

Ao fazer curativo, passar sonda, medicar a paciente, conversávamos sobre assuntos diversos. Parece-me que ela sentia necessidade de falar sobre suas experiências de vida. (Henckemaier, 1997)

A dinâmica do cotidiano do enfermeiro é agitado, pois é permeado tanto por problemas burocráticos quanto por uma parada cardíaco-respiratória, exigindo intervenção de imediato. Apesar disso, buscamos aproveitar outros momentos para resgatar e aprofundar as relações com o paciente e a família, buscando assim, prestar um cuidado mais humanizado. Assim, o enfermeiro desempenha atividades que são exemplificadas no relato a seguir:

Tentei resolver os problemas mais urgentes, tanto administrativos quanto aos cuidados que estavam pendentes. Recebi a ligação do centro cirúrgico de que a paciente M. estava sendo transportada para o setor. Entrei no Quarto avisar a família. Sua mãe abraçou-me e começou a

chorar, descobri que a médica já havia falado para a família que tinha feito uma histerectomia com biópsia e que tinha dado positivo para malignidade. (Relato 60 e 61)

Quando Leininger define a enfermagem como: **Ciência e arte humanística**, nos reportamos à prática de cuidado desenvolvida neste trabalho, sendo o relato a seguir uma comprovação desta afirmação:

- * *Boa tarde. Eu sou a Enf^a da tarde e meu nome é Luizita. Como você está?*
- *Não estou nada bem...*
- * *O que houve?*
- *Eu fiz cirurgia ontem de útero e hoje estou com muita dor, mas hoje de manhã não estava assim. Estou preocupada, será que está complicando alguma coisa?*
- * *Numa histerectomia é feito um corte e retirado o útero, por isso é normal que você esteja sentindo dor.*
- *Porque de manhã não tinha dor?*
- * *Olha, de manhã você recebeu medicações fortes para dor e na prescrição que começou à tarde, foram suspensas.*
- *Mas, eu não suporto a dor.*
- * *É claro que você não deverá ficar com dor, por isso eu quero primeiro te examinar para depois conversar com o médico sobre a medicação, é rápido. Está bem assim? (Relato 35)*

Cada vez que começo a refletir sobre a enfermagem e o ser enfermeiro, lembro das palavras proferidas por uma tia, quando perguntou-me: **Você ainda continua sorrindo? Porque o teu sorriso cura mais do que qualquer remédio...** Estas palavras, apesar de expressadas por uma pessoa que não faz parte da enfermagem, representa e muito bem a nossa enfermagem, sendo ela **ciência e arte humanística aprendida que focaliza principalmente os comportamentos e os cuidados personalizados...**

Reafirmando esta colocação, venho citar as profundas reflexões de Santin, feitas do I Encontro Brasileiro de Cuidado e conforto em Enfermagem – EMBRACE:

... O que eu desejaria encontrar na enfermagem seria uma presença... Acima de tudo gostaria que esta presença tivesse um rosto. Um rosto comunicativo, expressivo, falante, mesmo no mais profundo do silêncio; e o rosto fosse iluminado por um olhar humano, como um elo que me une a todos os olhares amigos que esperam a restauração da plenitude da vida... (Santin, 1998)

Sendo assim, a enfermagem tendo como foco central o cuidado, cuida para manter ou recuperar a saúde dos seres humanos, família, assim como presta o cuidado aos membros da equipe de enfermagem. O relato a seguir mostra a percepção da enfermeira diante de um olhar triste de uma funcionária, perguntando se ela estava com algum problema, ela por sua vez, respondeu:

- ◇ *Hoje eu não aguento a dor nos ombros e na coluna...*
- * *Fizesse esforço demais?*
- ◇ *É que ontem trabalhei muito e também me incomodei em casa.*
- * *Eu posso fazer uma massagem, você quer?*
- ◇ *Será que adianta?*
- * *É claro que sim. Vem aqui que eu faço, você vai ver como vai melhorar. (Relato 56)*

Muitas vezes temos que perceber o outro que está trabalhando ao nosso lado, pois todos nós passamos por dificuldades em nossas vidas e a enfermagem desenvolve uma jornada de trabalho intensa, permeada pelo excesso de atividades, condições inadequadas para desenvolver as atividades práticas, bem como, momentos difíceis compartilhados com os pacientes e famílias, como por exemplo a morte de um paciente.

- * *Nós também sentimos a perda, não é só a família.*
- *É horrível Quando alguma paciente vai a óbito no meu plantão. Ainda bem que a S. não morreu esta tarde.*
- * *Isto é um sinal de que o cuidado prestada a ela trouxe uma interação, o que pode ser positivo. (Relato 4)*

Outro fator que torna-se evidente em nosso cotidiano, bem como no relato a seguir, é a necessidade que a enfermagem possui de buscar uma interação com outros profissionais para que seja garantido um cuidado congruente.

- * *Quanto a quimioterapia ou radioterapia? (perguntei)*
- *Acho que não vai ser necessário fazer, tiramos tudo. A não ser que ficou algo microscópico.*
- * *E quais as possibilidades?*
- *São mínimas, mas com a evolução dela iremos definir a necessidade ou não. Hoje eu vou contar tudo a ela. (Relato 90)*

A enfermagem enquanto profissão está comprometida com o ser humano em sua totalidade e para que isto seja viabilizado, é necessário buscar a interdisciplinaridade, visto que o cuidado é desenvolvido por vários profissionais, não sendo responsabilidade única da enfermagem. A constante busca de um preparo mais adequado para trabalhar com questões de diversidades culturais, deverá fazer parte das discussões acerca da enfermagem tendo como foco o cuidado cultural.

AMBIENTE

O cuidado do ambiente físico torna-se um passo importante para a recuperação da perda vivida pela equipe de enfermagem, assim como, melhorar a condição de conforto das pessoas que fazem parte do mesmo, sejam elas, pacientes, familiares, visitantes e/ou membros da equipe de enfermagem.

O próximo passo foi dar continuidade as atividades e fazer uma boa desinfecção do ambiente. (Relato 24)

O ambiente hospitalar é vivido em cada momento de nossa prática profissional, sendo conhecido e percebido pela equipe os sinais de que algo diferente está acontecendo, como por exemplo o vivenciar o momento de morte:

Após subir a escada de acesso ao Segundo andar, senti um odor fétido no ar e quanto mais perto do setor maior era o odor.

Entrei na sala da chefia e logo disse:

- * *Nossa que cheiro! É da S.?*
- *É bem o que você está imaginando...*
- * *Que cheiro de morte! (Relatos 1 e 2)*

Esses sinais que o ambiente nos mostra são conhecidos por todo o sistema profissional e em poucas palavras todos entendem o que está acontecendo. Por outro lado, a paciente e família vivenciam momentos difíceis em seu cotidiano, dentre os quais estão os problemas de saúde de um de seus membros. Este por sua vez, implica na opção por necessitar de cuidados especializados encontrados nas instituições de saúde, possuindo um ambiente próprio diferente do seu ambiente domiciliar. Isto pode ser vivenciado pela família com dificuldade.

O ambiente hospitalar possui suas especificidades, sendo que há um domínio pelo sistema profissional, deixando a família sentir-se “uma estranha no

ninho”. Além disso, este ambiente é compartilhado também com outras famílias que possuem culturas específicas, causando até divergências entre as próprias famílias, mesmo porque dividem até o mesmo quarto. Diante destas dificuldades enfrentadas pela família durante a internação de um de seus membros, algumas tentam amenizar este impacto de diferença dos ambientes hospitalar e domiciliar através da utilização de roupas de cama próprias, bem como, a reforma de um quarto para garantir o conforto neste período de internação.

Chegamos a reformar um quarto do hospital para que o pai tivesse um ambiente melhor, pois estava em péssimas condições de uso. (Henckemaier, 1997)

Este caso demonstra a reforma de um quarto, em outra instituição no Rio Grande do Sul, onde as pessoas adotavam e reformavam um quarto para auxiliar o hospital que estava em péssimas condições estruturais, ficando o quarto destinado àquelas famílias que o adotaram e que necessitassem de cuidados especializados.

Por outro lado, o ambiente torna-se confortável não só pela área física, mas também pelo cuidado prestado pela enfermagem, ou seja, o ambiente emocional. Assim também afirmam as autoras Gonzaga e Arruda:

O ambiente hospitalar torna-se um ambiente confortável pela a ação da equipe de saúde que assiste com alegria, delicadeza, bondade, respeito, solidariedade, afeto, apoio e orientação. (Gonzaga e Arruda, 1998)

Apesar de não possuímos em nossos hospitais ambientes adequados para acomodar a família durante a internação de um dos seus membros, podemos adequar as reais condições à qualidade do cuidado prestado:

A enfermagem como responsável pelo ambiente de cuidado, deve preparar-se para receber, além do cliente, o seu acompanhante, como parte integrante deste cuidado, assegurando a ambos condições para que obtenham conforto. (Koerich e Arruda, 1998)

Diante das dificuldades vivenciadas em nosso cotidiano de cuidado, no que se refere as diversidades entre culturas de profissionais, famílias, cuidado e as condições do ambiente hospitalar, resta-nos manter forte a importância de prestar um cuidado humanizado aos seres humanos. Esses seres humanos que entregam suas vidas em nossas mãos em momentos que enfrentam problemas de saúde, necessitando compartilhar o ambiente hospitalar, bem como, os valores, crenças, normas e práticas de vida.

REFLETINDO A EXPERIÊNCIA



VII – REFLETINDO A EXPERIÊNCIA

A escolha de uma profissão, cursar uma universidade, desenvolver projetos, participar de um grupo de pesquisa, atuar como enfermeira em uma UTI e o findar de seis anos desenvolvendo a prática de cuidado em instituições hospitalares, fizeram parte do caminho que percorri durante estes últimos dez anos. Caminho este, permeado de constantes ir e vir, auxiliando na construção de uma história de vida.

Apesar da atuação como enfermeira ter sido sempre em instituição hospitalar, desenvolvia pesquisas com famílias na comunidade e várias vezes pessoas do grupo (GAPEFAM), sugeriram que começasse a desenvolver pesquisas no local de trabalho, ou seja, no hospital. Eu acreditava que o hospital seria para mim temporário e que mais tarde iria para saúde pública, portanto, não achava viável investir nesta área. A própria formação acadêmica dá uma ênfase maior ao trabalho desenvolvido na comunidade, considerando o hospital apenas como curador, onde não é possível cuidar do ser humano em seus aspectos culturais. À partir do momento em que senti necessidade de buscar estratégias para aprimorar a prática profissional dentro do

hospital e a conscientização desta importância de investir nos locais de trabalho, comecei a desenvolver pesquisas na área hospitalar.

Acredito que possamos modificar esta concepção “curativa” designada aos hospitais, desenvolvendo trabalhos embasados em referenciais que contemplem o ser humano em sua totalidade, como é o caso da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger utilizada nesta prática de cuidado.

A escolha deste Referencial Teórico não foi por acaso, pois antes mesmo de estudar esta teoria, já utilizava-o de maneira implícita, pois o convívio com professores e colegas de pesquisa que possuem trabalhos nesta área, serviu como modelo para minha atuação como profissional nas instituições hospitalares. Esta afinidade facilitou o entendimento, bem como, a aplicação deste em meu dia-a-dia enquanto enfermeira.

Ao resgatar os objetivos deste trabalho, pude perceber o quanto estiveram presentes neste período de prática de cuidado, visto que evidenciou-se tanto possibilidades quanto limitações acerca da utilização desta teoria.

No que se refere as possibilidades desta aplicação ao cuidar da família que possui um de seus membros hospitalizados, pude evidenciar a presença deste referencial em todos os momentos da prática de cuidado. Momentos esses ocorridos durante a admissão do paciente e a família no hospital, nas visitas diárias feitas em cada quarto, ao encaminhar o paciente para o centro cirúrgico, nas conversas com a

família, no atendimento ao paciente e família no pós-operatório frente às complicações, bem como, nos casos em que a família vivencia a perda de um de seus membros através da morte.

Acredito ainda, que o conhecimento prévio desta teoria, das literaturas e das pesquisas realizadas com família desde a graduação, facilitaram o entendimento e a aplicação deste referencial no cotidiano hospitalar. O fato de possuir este preparo prévio com famílias possibilitou manter uma postura aberta frente as dificuldades ocorridas durante esta trajetória. Outra facilidade é o fato da enfermeira compreender que o paciente e a família fazem parte de outro sistema, trazendo consigo uma cultura própria que é diferente da existente no sistema profissional e na instituição hospitalar. Compete ao profissional de saúde ser o mediador esses dois sistemas, evitando assim, uma imposição e/ou o choque cultural que pode ocorrer durante a internação.

Ao verificar as possibilidades da aplicação deste referencial com a equipe, pude perceber o quanto facilita o trabalho, pois humaniza as relações entre o enfermeiro e a equipe, há um compartilhar de saberes entre os mesmos, repercutindo na ampliação do cuidado com os pacientes e suas famílias. Além disso, possibilita a realização de cuidados prestados pelo enfermeiro para a equipe, bem como, os cuidados realizados pela equipe para o enfermeiro, haja visto que somos seres humanos trabalhando com seres humanos, necessitando também de cuidado.

Assim como houve possibilidades, as limitações também foram evidentes nesta prática de cuidado com a família e com a equipe. A própria cultura institucional ao privilegiar o cuidado ao indivíduo, excluindo e não considerando a família como parte integrante do cuidado ao ser humano no ambiente hospitalar, dificulta a aplicação do mesmo. Além disso, a falta de preparo da equipe, o não conhecimento da teoria e a própria proposta centralizando a atenção no indivíduo e família impossibilitou uma maior ampliação e incorporação no cotidiano hospitalar, pois exigiria mais tempo da enfermeira pesquisadora.

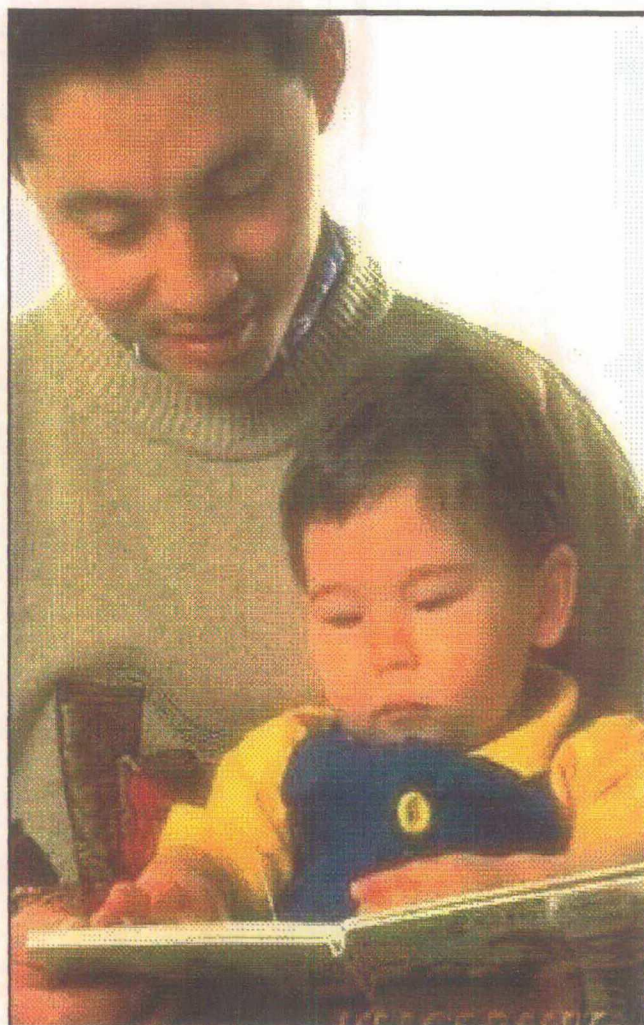
Para que essa incorporação seja integrada no cotidiano da enfermagem, torna-se necessário o desenvolvimento de novos trabalhos acerca deste referencial, contemplando novas estratégias para uma melhor formação no conhecimento do referencial teórico, bem como, serem melhor preparados para cuidar da família durante a hospitalização de um de seus membros.

Tendo em vista estas reflexões, torna-se importante resgatar a análise dos relatos pertencentes ao compartilhando com a equipe o cuidado humanizado, pois percebe-se que ocorreram mudanças em uma equipe, mesmo sem conhecerem a teoria, apenas cuidando junto com a enfermeira com tal referencial. Portanto, é possível sim utilizar tal referencial em nosso cotidiano nas instituições hospitalares, pois é também através de exemplos práticos que começamos a incorporar diferentes referenciais.

Quando se fala na família em situação de hospitalização, percebo o compromisso ainda maior por parte da enfermagem no desenvolvimento de suas atividades, pois a família tem direito de ser informada sobre o quadro geral do paciente, tem direito a ser cuidada pelos profissionais de saúde, bem como ser respeitada, evitando a exploração nas atividades de enfermagem.

Vale a pena lembrar o quanto é importante a participação da família no processo de cuidado, pois ela pode ser um elemento ativo no seu processo de viver, necessitando participar das decisões com relação a seus membros, bem como, dos aspectos relacionados a hospitalização. Acredito, portanto, que é de responsabilidade do enfermeiro, no que se refere a cuidado de enfermagem, garantir que essa família seja cuidada, considerando também aspectos culturais que permeiam o seu bem viver.

REFERINDO A BIBLIOGRAFIA



VIII - REFERINDO A BIBLIOGRAFIA

ALTHOFF, Coleta R.; et al **Construção de um instrumento para trabalhar com a criança e sua família.** Projeto de Pesquisa. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1995.

BAPTISTA, Carmen Liliam Brum Marques. **Convivendo e compreendendo assistência de enfermagem ao paciente e a família no serviço de emergência.** Florianópolis: UFSC, 1995, 72p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

BIASOLI - ALVES, Zélia Maria Mendes; et al. **Mudanças nas relações entre gerações em família brasileira de camada média. III Conferência Ibero - Americana sobre Família.** São Leopoldo - RS, 1995.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado. **O ser com câncer - uma experiência em família.** Florianópolis: UFSC, 1997, 161p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

- BOUSSO, Regina Szyllit. Reflexões sobre o papel da enfermeira que atua em UTI pediátrica: aspectos emocionais em relação à família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, vol.21, n.3, p.249-253, dez. 1987.
- BRANCO, Daniela dos Santos; et al. Familiares em sala de espera de unidade de bloco cirúrgico (UBC): percepções sobre informações recebidas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, vol. 9, n.2, p.99-104, dez 1988.
- BUB, Lydia Igenes Rossi et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.
- CADDEN, Vivian. Crise na família. In: CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980, p.306-315.
- CARRARO, Telma Elisa. **Resgatando Florence Nightingale**. Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (mestrado em enfermagem). Curso de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- CURRY, Stephen. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente internado na unidade de cuidados intensivos. **Revista Nursing**. Portugal, vol.94, n.8, p.26-30, nov. 1995.
- CUSTÓDIO, Gleide; HENCKEMAIER, Luizita. **Problemas, dúvidas e preocupações das famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade pediátrica de Florianópolis**. Anais do I Seminário Catarinense de Iniciação Científica. Florianópolis: UFSC/GAPEFAM/CNPq, maio 1990.

CUSTÓDIO, Gleide Simas; HENCKEMAIER, Luizita; CANALI, Nivea.

Assistindo a mulher no ciclo grávido puerperal dentro de uma abordagem familiar. UFSC/NFR/GAPEFAM - 1992 - 1.

DAL SASSO, Grace Terezinha Marcon. **A crise como uma oportunidade de**

crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda. Florianópolis:

UFSC, 1995, 228p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behaviors among**

families living in Brazilian fishing village. San Francisco: University of

California, 1984; 301p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – University of

California, 1984.

ELSEN, Ingrid e PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Assistência à criança hospitalizada:**

Tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ,

Edilza Maria Ribeiro e col.. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** Rio

de Janeiro: Atheneu, 1989, p.169-179.

ELSEN, Ingrid; et al. **Competência da família para o cuidado de saúde: uma**

proposta de metodologia de enfermagem para a assistência. Florianópolis,

UFSC/GAPEFAM/CNPq, 1990.

ELSEN, Ingrid; et al. **Famílias Migrantes em Florianópolis.** Projeto de Pesquisa,

Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992.

ELSEN, Ingrid; et al. **Projeto de assistência de enfermagem à família no hospital.**

Florianópolis, UFSC/GAPEFAM/CNPq, 1990.

FELISBINO, Janete Elza. **Experiência assistencial com cliente de UTI e sua**

família a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de

Aguiar Horta. Florianópolis: UFSC, 1990, 218p. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal

de Santa Catarina, 1990.

FRANCO, Maria Celsa. **Situação do familiar que acompanha um paciente adulto**

internado em um hospital geral. Florianópolis: UFSC, 178p, 1988.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação da

Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.

GARDNER, Richard A. **The guilt of parents of children with severe physical**

disease. Am. J. Psychiat, n 126, 1969.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem. Os fundamentos para a prática**

profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

GONZAGA, Maria Lúcia de Carvalho e ARRUDA, Eloita Neves. O cuidado na

hospitalização: uma perspectiva infante - juvenil. **Texto e Contexto**

Enfermagem, Florianópolis, v.7, n.2, p.195-218, mai/ago, 1998.

GUALDA, Dulce Maria Rosa e HOGA, Luiza Akiko Komura. Estudo sobre a teoria

transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São

Paulo, v.26, n.1, p75-85, mar. 1992.

- HALLBURG, Jeane C. The family and diabetes mellitus. In: GILLS, Catherine L.; et al. **Toward a science of family nursing**. Califórnia: Addison - Wesley Publishing Co. 1989.
- HENCKEMAIER, Luizita; et al. Avaliação da Situação de Saúde de Crianças da Creche. **Revista Texto & Contexto**. Florianópolis, v.4, n.1, p.19-27, jan/jun, 1995.
- HENCKEMAIER, Luizita. **Cuidando da família hospitalizada: uma abordagem transcultural**. Relatório Final da prática Assistencial do Curso de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 1997.
- HENCKEMAIER, Luizita. **Vivenciando o momento da hospitalização: assistência de enfermagem a família em uma unidade de internação ginecológica**. Florianópolis: UFSC, 1996. Monografia (Especialização em Saúde da Família) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996, 21p.
- HOBUS, Ruth M. **Vivendo em dois mundos: a experiência da enfermagem transcultural de Lakota**. 1997 (mimeo).
- KOERICH, Clarice da Luz e ARRUDA, Eloita Neves. Conforto e desconforto na perspectiva de acompanhantes de crianças e adolescentes internados em um hospital infantil. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.7, n.2, p.219-245, mai/ago, 1998.

- LEININGER, Madeleine. The phenomenon of caring. **American Nurses' Foundation (Nursing Research Report)**, v. 12, n. 1, february, 1977.
- LEININGER, Madeleine. Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade. In: Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem. **Anais**. Florianópolis: UFSC, 1985a, p.255-276.
- LEININGER, Madeleine. **Qualitative research methods in nursing**. New York: Bruner & Stratton, 1985b.
- LEININGER, Madeleine. Care: the essence of nursing and health. Wayne State University Press, Detroit, Michigan, 1988.
- LEININGER, Madeleine. The significance of cultural concepts in nursing. In: **Journal of Transcultural Nursing**, v.2, nº1, (Summer), 1990, p.52-59.
- LEININGER, Madeleine. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991, 432p.
- LENARDT, Maria Helena. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica**. Curitiba: UFSC, 1996. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Rede de Pós-Graduação em Enfermagem - REPENSUL - Expansão Polo I da Universidade Federal do Paraná, 1996.
- MARCON, Sonia Silva; et al. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.7, n.2, p.289-307, mai/ago, 1998.

- MENDONÇA, Nadir Domingues. **O uso dos conceitos: uma questão de interdisciplinaridade.** Petrópolis: Vozes, 4ª ed., 1994.
- MERCÊS, Nen Nalu Alves das. **As representações sociais do câncer – enfermos e familiares compartilhando uma jornada.** Florianópolis: UFSC, 180p, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- MINAYO. Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992, 269p.
- NEIRA HUERTA, Edelia del Pilar. Reflexões sobre o comportamento das enfermeiras perante as mães na unidade pediátrica. **Revista Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, vol.18, n.3, p.209-214, 1984.
- NITSCHKE, Rosane G.; et al. **Mural: uma experiência de educação continuada.** Projeto de Educação. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1990.
- NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho.** Florianópolis: UFSC, 1999. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- NÓBREGA, Maria de Magdala; et al. O ser enfermeiro num contexto transcultural. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.49, n.3, p.399-408, jul/set. 1996.

PAIM, Lygia M. D. Introdução. In: BUB, Lydia Igenes Rossi; et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, p.1, 1994.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis: UFSC, 1990. 282p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. Cenas e cenários de uma família - a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: BUB, Lydia Igenes Rossi; et al.. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994, p.93-119.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. O "cuidar/cuidado" com famílias de adolescentes grávidas - aplicação de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural. In: BUB, Lydia Igenes Rossi; et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994, p.139-160.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão bioética numa abordagem holística-ecológica**. Florianópolis: UFSC, 1995. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

- PENNA, Claudia Maria de Mattos. Uma questão conceitual. In: BUB, Lydia Ignes Rossi; et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994, p.79-81.
- RIBEIRO, Edilza Maria. **A Família no Hospital - do Seminário "Cuidado a família: Desafios para o terceiro milênio"** - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, 1994.
- RIBEIRO, Nair Regina Ritter. **Famílias vivenciando o risco de vida dos filhos**. Florianópolis: UFSC, 1999. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- SANTIN, Silvino. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem. Desenvolvido segundo costumes dos filósofos. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.7, n.2, p.111-132, mai/ago, 1998.
- SANTOS, Maria E. Ribeiro dos. A criança hospitalizada: reflexões da equipe. **Jornal de Pediatria**, v.57, nº1, 1988.
- SCHMITZ, Edilza Maria Ribeiro; et al. A problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos. In: SCHMITZ, Edilza Maria Ribeiro e cols. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989, p.181-196.
- SILVA, Alcione L. **Experenciando o cuidar de clientes com síndrome da imunodeficiência adquirida com base no sistema conceitual de Rogers**.

Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

VERÍSSIMO, M. de L. R. A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.25, n.2, p.153-68, agosto 1991.