

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UFMT EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

AS POSSIBILIDADES DE UMA
ABORDAGEM CULTURAL NO
CUIDADO AO CLIENTE COM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

ROSEMEIRY CAPRIATA DE SOUZA AZEVEDO

ORIENTADORA: DRA. ALACOQUE L. ERDMANN

CUIABÁ, JUNHO DE 1998 .

ROSEMEIRY CAPRIATA DE SOUZA AZEVEDO

AS POSSIBILIDADES DE UMA
ABORDAGEM CULTURAL NO CUIDADO
AO CLIENTE COM INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Programa de Mestrado Interinstitucional da Faculdade de Enfermagem e Nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso/Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Alacoque
Lorenzini Erdmann.

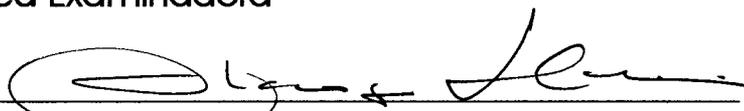
Cuiabá
1998

AS POSSIBILIDADES DE UMA ABORDAGEM CULTURAL NO CUIDADO AO CLIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-graduação em Enfermagem do Programa de mestrado Interinstitucional Universidade Federal de Mato Grosso e Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora

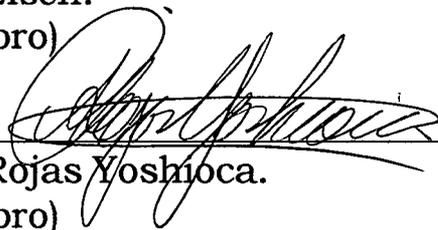
Orientadora



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
(Presidente)



Dra. Ingrid Elsen.
(Membro)



Dra. Magda Rojas Yoshio.
(Membro)



Dra. Flávia Regina Souza Ramos.
(Suplente)

Cuiabá, 26 de junho de 1998.

DEDICO

*À meu esposo Marco
Aurélio, meus filhos
Rafael e Rodrigo pelo
apoio e estímulo
constante, carinho e
acima de tudo, AMOR.*

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por conduzir-me nesta caminhada;

À meus pais por terem me ensinado o valor do estudo, da perseverança e do trabalho;

Ao meu esposo Marco Aurélio e aos filhos Rafael e Rodrigo pela paciência e amor a mim dedicados e pela compreensão nos momentos de incertezas;

Às minhas irmãs que durante minha permanência em Florianópolis, deram o suporte no acompanhamento das atividades escolares dos meus filhos;

À orientadora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann por acreditar que poderíamos "vencer a distância" e realizar um trabalho que pudesse contribuir com a enfermagem;

À minha querida amiga Fátima por estar sempre disponível em ajudar e sugerir, escutar e enxugar algumas lágrimas derramadas nos momentos de incertezas. Muito obrigada pela sua presença genuína, carinho e contribuições;

À Magda Rojas pela amizade, disposição, contribuição e empenho na revisão deste trabalho;

Aos colegas do Mestrado pelos momentos de convívio, pelas experiências compartilhadas, o meu carinho;

À Universidade Federal de Mato Grosso em particular ao Departamento de Enfermagem Fundamental e Aplicada, pela oportunidade de realizar o curso de Mestrado;

Aos colegas da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem que contribuíram para que tivesse momentos de liberação das atividades de ensino;

Aos amigos da instituição hospitalar, local onde tive a oportunidade de realizar o trabalho, em particular à Gerente do Serviço de Enfermagem, aos enfermeiros e funcionários da unidade de terapia intensiva que contribuíram direta ou indiretamente para o meu crescimento profissional. Aprendi muito com vocês, obrigada;

Aos clientes infartados internados na unidade de terapia intensiva, alvos deste trabalho, pela receptividade e compartilhar de seus saberes.

RESUMO

O trabalho descreve a experiência da elaboração, implementação e análise de um referencial teórico com abordagem cultural, para guiar o cuidado de enfermagem ao cliente com infarto agudo do miocárdio, em unidade de terapia intensiva. Este referencial foi construído com base nos fundamentos da teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger e em autores que tem estudado questões relacionadas à Cultura Organizacional. Os conceitos utilizados foram: Ser Humano, Cultura, Enfermagem, Saúde-Doença, Cuidado Popular, Cuidado Profissional e Cultura organizacional. A implementação do referencial teórico foi realizado no período de maio à junho de 1997 e dezembro de 97 à março de 1998 junto aos clientes infartados internados na unidade de terapia intensiva de um hospital da cidade de Cuiabá, Estado de Mato Grosso. Na prática, o processo de enfermagem foi composto por várias etapas nas quais a enfermeira se aproxima do cliente, identifica os cuidados culturais, desenvolve ações de cuidados ora preservando, acomodando ou repadronizando e avalia juntamente com estes os cuidados e/ou ações desenvolvidas com vistas a prestar um cuidado cultural. Este estudo apresenta como principal contribuição a ampliação da visão do campo de atuação da enfermeira ao vislumbrar a possibilidade de aproximação entre a cultura profissional/institucional com a cultura do cliente.

ABSTRACT

The work describes the experience, elaboration, implementation and analysis of a theoretic referential with a cultural approach, to guide the nursing of clients with an acute myocardium infarct at an intensive therapy unit. Such referential has been constructed with basis on the fundamentals of Madeleine Leininger's theory of Diversity and Universality of Cultural Care and the works of authors that studied the questions related with the Organizational Culture. The concepts utilized were: Human Being, Culture, Nursing, Health-Illness, Popular Care, Professional care and Organizational Culture. The implementation of the theoretic referential extended through the period of May to June 1997 and December 97 to March 98, with infarcted inpatients of an intensive therapy unit at a hospital in the city of Cuiabá, State of Mato Grosso (Brazil). In practice the nursing process consisted of various stages in which the nurse approaches the client, identifies the cultural cares, develops care actions and preserves, accommodates or re-standardizes such actions, evaluating also the care and/or actions developed in order to render a cultural help. The main contribution of this study is represented by the broadening of the nurse's view of her field of action, as she envisions the possibility of an approach between the professional/institutional culture and the culture of the client.

SUMÁRIO

I – DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL AOS OBJETIVOS DO ESTUDO	01
II- A RETROSPECTIVA HISTÓRICA DO CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	08
III- A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
Cultura	15
Cultura Organizacional	23
Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	29
IV- O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DO CUIDADO NUMA ABORDAGEM CULTURAL	34
O Referencial Teórico	34
1.1 - Pressupostos	35
1.2 - Conceitos	36
1.3 - Representação Gráfica da Interrelação dos Conceitos	41
1.4 - Operacionalização dos Conceitos	42
1.5 - Processo de Enfermagem	48
1.6 - Representação Gráfica do processo de Enfermagem	51
V- O CAMINHO PERCORRIDO NO PROCESSO DE CUIDAR	52
O Contexto da Prática	52
Os Participantes do Estudo	53
O Cuidado	54

A Coleta e o Registro dos Dados	56
A Análise dos Dados	58
VI- A REVELAÇÃO DE UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DIFERENCIADA: O CUIDADO CULTURAL	59
Caracterização dos Clientes – Momento 1	59
Caracterização dos clientes – Momento 2	62
Os Co-Participantes	67
Diário de Campo	69
Caracterização da Instituição	91
O Processo de Cuidar	94
Ações e Decisões tomadas com a Cliente numa Abordagem Cultural	98
VII- O CONFRONTO DA TEORIA COM A PRÁTICA	101
VIII- O PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA NOVA ÓTICA	111
IX- FINALIZANDO A TRAJETÓRIA E VISLUMBRANDO NOVOS CAMINHOS	117
X- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
XI - ANEXOS	130

I – DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL AOS OBJETIVOS DO ESTUDO.

Neste capítulo, procuro pontuar alguns momentos da minha trajetória profissional na enfermagem. A descrição desta trajetória, auxiliará o leitor a compreender minha inquietação e os motivos que me estimularam a desenvolver uma nova proposta de cuidados¹ prestados aos clientes² com infarto agudo do miocárdio nas unidades de terapia intensiva.

Iniciei o meu caminho na enfermagem em 1981 quando entrei no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. A partir do terceiro semestre, ao iniciar o período chamado de profissionalizante comecei a conviver com as instituições de saúde nas áreas de Saúde Pública e Hospitalar, atuando nas unidades de internação de adultos (clínica médica e cirúrgica), pediatria, obstetrícia, centro cirúrgico e terapia intensiva.

Desde essa época, eu já tinha uma identificação e encantamento com a unidade de terapia intensiva. Tudo ali me despertava o interesse, os equipamentos, a disponibilidade de materiais para o atendimento do cliente, uma vez que nas demais unidades o material era escasso, a sensação de estar mais próximo do cliente e ser-lhe mais útil, a alegria de vê-lo recuperar e sair

¹ Cuidado – Ato de apoio ou facilitação para o indivíduo ou grupo que mostra necessidades evidentes, a fim de melhorar uma condição ou modo de vida humana (Leininger, 1984).

² O termo cliente foi adotado por entender que a pessoa que está doente participa ativamente do processo de cuidado

da unidade, enfim, todos estes fatores foram decisivos para a minha formação profissional.

Após a formatura em 1985, comecei a trabalhar como enfermeira supervisora de um Hospital Filantrópico de médio porte na cidade de Cuiabá-MT. Nesta instituição, desenvolvi atividades assistenciais de enfermagem por um período de nove anos, nas diversas áreas: Materno- Infantil, Médico-Cirúrgica, Chefia do Serviço de Enfermagem e Supervisão da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Em 1991, fui convidada pela administração do hospital para estruturar e implantar o Serviço de Enfermagem da Unidade Coronariana, que estava prestes a ser inaugurada. De janeiro desse ano à março de 1994, minhas atividades profissionais foram desenvolvidas nesta unidade. Embora tivesse identificação com a área, preocupava-me as manifestações de medo, sofrimento e ansiedades que os clientes infartados demonstravam durante a sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. Incomodava-me a falta de compreensão do cliente como ser humano, bem como, as relações que se estabeleciam com os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Relações estas que se estabeleciam em função de um diagnóstico médico, da terapêutica, dos procedimentos técnicos guiados pela impessoalidade e dirigidos tão somente para a doença e quadro clínico dos mesmos.

Aos poucos fui convivendo com pessoas acometidas por doenças consideradas graves e que recebiam a denominação de “pacientes graves” em virtude do comprometimento e/ou insuficiência de órgãos vitais, da alteração dos parâmetros dos sinais vitais, levando à necessidade de intervenção imediata. As intervenções eram realizadas através de procedimentos invasivos ao corpo do cliente: punção de um acesso venoso, introdução de sondas, tubos, até mesmo a instalação de aparelhos e equipamentos para a manutenção da vida. Esta situação, gerava no cliente um sentimento de ansiedade, medo e até mesmo de pavor, expressos no olhar, no toque, na fala “quando vou sair daqui”.

Com o passar do tempo e experiência adquirida no trabalho em unidade coronariana, demonstrou que os clientes são mergulhados em um ambiente hostil, doloroso e despersonalizado, pois ao ser admitido na unidade são identificados apenas como uma especialidade médica ou uma patologia.

Mesmo prestando um cuidado altamente técnico, comecei a repensar a minha prática na tentativa de voltar as ações de enfermagem para um cuidado mais individualizado. Nessa busca, fiz algumas leituras sobre metodologia da assistência e no ano seguinte (1993), implantei a prescrição dos cuidados de enfermagem.

Em Abril de 1994, após prestar concurso público e ser aprovada fui admitida como professora auxiliar na Universidade Federal de Mato Grosso para a área de Enfermagem Fundamental e Aplicada. Nessa época iniciei minha atividade docente na disciplina de “Fundamentos de Enfermagem”, momento em que ainda hoje compartilho com os alunos a experiência adquirida durante os anos de atividades assistenciais.

Mesmo atuando no ensino o tema “**prática de cuidado ao indivíduo acometido por infarto agudo do miocárdio**” continuou a despertar o meu interesse de aprofundamentos, pois o atendimento a estes clientes ainda hoje, tem se limitado ao cumprimento de protocolos terapêuticos e de rotinas padronizadas pela instituição e serviço de enfermagem. Ao longo do tempo, tenho percebido que o cliente ao ser admitido na instituição hospitalar não deixa, na portaria, sua essência humana; apesar de ser submetido a uma série de análises clínicas e às rotinas hospitalares, traz consigo sentimentos e percepções de mundo que foram desenvolvidas em seu ambiente cultural.

Esses aspectos mostram a importância de estudos que levem à refletir e a mudar a prática assistencial, bem como, a maneira de desenvolver a aprendizagem com o aluno e a equipe de enfermagem. Na verdade, a enfermagem está envolvida, diariamente, com várias dimensões das pessoas que vão além da biológica, tais como: sentimentos, crenças, forças, valores, expectativas e objetivos.

Rezende (1986, p.96), ressalta que: “ ensinar, há muito tempo deixou de ser simplesmente transmitir informações”. A aprendizagem precisa passar por um processo educativo mais amplo, respeitando-se os valores, crenças, experiências individuais e familiares de cada indivíduo. Neste processo de aprendizagem, Monticelli diz que se deve:

“buscar compreender a cultura popular em todos os seus meandros para que, ao compreendê-la os profissionais de saúde possam respeitá-la em toda sua plenitude, pois, sem uma análise mais aprofundada do significado das ações, valores e crenças populares, o processo educativo se torna acríptico e incongruente” (Monticelli, 1994, p.4).

Em 1996, iniciei o Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Mestrado Interinstitucional UFSC/UFMT, mais especificamente no segundo semestre, ao cursar a disciplina de “Fundamentos Teóricos e Filosóficos da Enfermagem”, tive a oportunidade de conhecer algumas Teorias de Enfermagem. Identifiquei-me com o pensamento de Leininger, onde o cuidado é prestado a partir da valorização das crenças, estilo de vida das pessoas, ou seja, um respeito à cultura e ao contexto social do indivíduo. A cada momento que buscava compreender os pressupostos e os conceitos desenvolvidos pela autora, reportava-me às experiências vividas pelos clientes infartados e seus familiares, enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde na UTI, onde a cultura profissional é tão forte que é considerada como a melhor opção de cuidado e tratamento.

No semestre seguinte, na disciplina intitulada “Prática Assistencial Aplicada”³ desenvolvi uma prática de cuidado norteada por este referencial teórico, onde busquei prestar o cuidado cultural através da aproximação entre a cultura profissional/institucional e a cultura do cliente. Monticelli (1994a), refere que na enfermagem Leininger é a teórica que melhor identificou o contexto cultural como sendo inerente e ao mesmo tempo condicionante de todos os aspectos que permeiam a relação saúde-doença. Enfocou a cultura como um dos conceitos centrais do seu “Modelo de Sol Nascente”, apontando

³ Prática Assistencial – disciplina do Curso de Mestrado onde o aluno elabora uma proposta de cuidado, faz a sua implementação em uma instituição de saúde pública ou hospitalar com posterior apresentação dos resultados obtidos.

deste modo, o caminhar em busca de uma sub-área para a profissão, denominada Enfermagem Transcultural.

Na sociedade contemporânea, as pessoas têm sua saúde atribuída a um bem-estar físico, psíquico e social que, na maioria das vezes, não condiz com a qualidade de vida contemplada em suas aspirações, sonhos e imaginação. Os atributos incluídos no conceito de saúde dessas pessoas são também qualitativos e subjetivos, dimensionados na organização de suas vivências cotidianas e na história pessoal de cada um, numa abrangência sócio-cultural, psicobiológica, individual e coletiva.

Por isso Patrício (1990), afirma que:

“a interação da enfermeira com o cliente, tornar-se-á mais efetiva se sua prática estiver fundamentada no cuidado cultural, aumentando assim, as possibilidades de consecução da terapêutica necessária”.

O processo de adoecer (infarto), tem acometido pessoas de ambos os sexos, nos diversos contextos culturais, determinando em algum momento, a interrupção das atividades exercidas e apontando para a necessidade de reorganização pessoal e profissional. Neste processo de reorganização, os clientes se apoiam na rede social,⁴ em crenças, valores e significados para incorporar o novo e redefinir os seus papéis. A rede social de um indivíduo tem grande influência em sua vida, dando-lhe suporte frente às dificuldades que lhes apresentam, através da ajuda simbólica, material, emocional, incluindo afeto e admiração, percepções e valores expressos por amigos, filhos, esposo, esposa, sacerdotes, entre outros.

As fortes mudanças ocorridas nas três últimas décadas têm demonstrado aos profissionais da saúde a necessidade de incorporar o cuidado cultural à prática clínica e a reconhecer efetivamente o cliente na sua totalidade. A enfermagem intervém no processo saúde-doença, portanto, precisa aprofundar seus conhecimentos não somente nos processos clínicos desta relação, mas também aproximar-se cada vez mais da cultura dos indivíduos com os quais interage profissionalmente, para ampliar sua visão de

mundo e seu papel social; como também, buscar entender a cultura que permeia a instituição e seu universo simbólico, pois é dentro dele que o cuidado se desenvolve.

Leininger (1985 a), via a necessidade de expandir o conhecimento da enfermagem, o qual apresentava-se bastante limitado e enraizado na lógica positivista. Fato este implícito na afirmação da autora de que enfermeiras altamente dependentes de atos e instrumentos tecnológicos refletirão um cuidado menos personalizado e humanizado aos clientes.

Concordo com Lenardt (1996), ao afirmar que a enfermagem precisa ser uma profissão preocupada em perceber a natureza rica e variada da pessoa humana como um todo. Por isso, é preciso se desvencilhar de suas antecipações, dos modelos que se habituou a cultivar e perceber o cliente como um ser humano único, que vive sua própria vida. Este ser possui oportunidades, potencialidades e impedimentos únicos, estabelecendo relações únicas com os demais e defronta-se com seus próprios sofrimentos e com a cultura da instituição através de suas normas, rotinas, e os cuidados profissionais desenvolvidos; sendo estes, às vezes incompatíveis com sua maneira de cuidar.

Neste trabalho, apresento o relato de uma prática de assistência de enfermagem guiada por um marco conceitual, elaborada a partir da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, desenvolvida junto aos clientes infartados internados na unidade de terapia intensiva (UTI) de uma instituição privada na cidade de Cuiabá-MT.

A assistência foi desenvolvida em dois momentos: o primeiro ocorreu no período de maio à junho de 1997, por ocasião da implementação da proposta teórico-metodológica elaborada na disciplina de Prática Assistencial Aplicada e o segundo, no período de dezembro de 1997 à março de 1998, momento em que retorno a unidade para o experienciar de novos cuidados, utilizando o referencial reelaborado.

⁴ Rede social – vínculos nos quais uma pessoa ou unidade social está envolvida (Cartana, 1988).

O trabalho teve por objetivos:

- **Prestar o cuidado de enfermagem ao cliente infartado estudando as possibilidades de incoorporar os achados culturais de saúde no planejamento e implementação destes cuidados, na perspectiva de preservá-los, acomodá-los e/ou repadronizá-los;**

- **Realizar a partir do cuidado, as possibilidades de uma aproximação entre a cultura profissional e institucional com a cultura do cliente.**

II- A RETROSPECTIVA HISTÓRICA DO CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.

Para Kinney et al (1979), a história das unidades de tratamento intensivo começa a ser contada a partir do início da década de 30, quando as unidades foram criadas para a assistência neurocirúrgica. Na década de 40, os hospitais militares começaram a construir as “enfermarias de choque” especializadas no atendimento de clientes acidentados nos combates e considerados mais graves. O período pós guerra presenciou o desenvolvimento das salas de recuperação pós-anestésicas, enquanto que as epidemias de poliomielite da década de 50 forçaram o agrupamento de clientes que necessitavam de respiração artificial. Em torno da década de 60, foi introduzido um novo tipo de unidade para a monitorização coronariana e assistência pós-operatória aos clientes de cirurgia cardíaca aberta. Por volta de 1970, as unidades de tratamento intensivo haviam proliferado de tal forma, que cada hospital de emergência tinha pelo menos uma.

Segundo este mesmo autor, a sala de recuperação pós anestésica pode ser considerada como precursora da unidade de tratamento intensivo. Para muitos hospitais, a sala de recuperação foi a primeira unidade de terapia intensiva da instituição.

Segundo Espírito Santo (1985), a dificuldade no atendimento a clientes graves é que impulsionou o surgimento das unidades de terapia intensiva. Elas se destinam ao tratamento ininterrupto e especializado a clientes com risco de vida. Sua criação proporcionou a centralização de recursos humanos qualificados e materiais, que podem reduzir as taxas de morbi-mortalidade desses clientes

É importante destacar que, culturalmente, a UTI é conhecida como uma unidade onde o cliente interna para morrer, porém, o seu objetivo consiste em prevenir a morte e restaurar o estado de saúde anterior dos clientes. Para isso, conta com a ajuda de dispositivos de alta tecnologia tais como: sensores, monitores, oxímetro de pulso, respiradores com capacidade de monitorizar a ventilação-minuto do cliente e iniciar o apoio com pressão positiva intermitente quando não se atinge um mínimo desejado e, mais recentemente, o uso de dispositivos de fibras óticas para registrar continuamente o eletroencefalograma e acompanhar o tratamento das convulsões.

Todo esse avanço tecnológico possibilitou a melhora no atendimento dos clientes considerados graves de uma maneira geral e, em particular, os clientes com infarto agudo do miocárdio após a criação das unidades coronarianas⁵. A unidade coronariana segundo Meltzer et al (1987), teve origem em 1962 no Bethany Hospital na cidade de Kansas, Estados Unidos. É considerada uma ala do hospital especialmente projetada, equipada e operada por pessoal altamente qualificado para prestar cuidados aos clientes acometidos por infarto agudo do miocárdio.

Segundo Dias et al (1988), a vigilância contínua é fundamental nas unidades intensivas, face à necessidade de tomadas de decisões imediatas e de pouca tolerância a erros de diagnóstico e tratamento, pois os clientes ali atendidos apresentam mudanças rápidas nos parâmetros clínicos. Em virtude de sua capacidade de prevenir mortes súbitas nos clientes com infarto agudo

⁵ Unidade de terapia intensiva específica para o atendimento de clientes com problemas cardíacos.

do miocárdio, é que o sistema de cuidados coronarianos intensivos tem prestado sua maior contribuição.

Apesar de ser considerado o local ideal para o atendimento de clientes agudos graves recuperáveis, nota-se um paradoxo em relação à percepção que estes têm da UTI. Estudos realizados por Lopes (1972), Koisume et al (1979), Barbato et al (1982), Luz (1984) e Padilha (1987), apresentam algumas destas percepções : a UTI pode ser percebida como um local seguro, principalmente, pela presença constante de médicos e enfermeiros; um elemento tranquilizador, face à importância da atenção contínua e da tecnologia ali existente; local ideal para clientes graves recuperáveis por reduzir de 40% para 15% a mortalidade observada na maioria dos centros; é um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital.

Porém, de um modo geral, as UTIs não são planejadas, e sim implantadas em áreas adaptadas dentro de uma estrutura hospitalar já existente. Os leitos são muitas vezes, dispostos em uma única sala, separados por divisórias improvisadas, os clientes não são separados por sexo, idade e gravidade da doença, criando-se assim um clima de ansiedade por quebra da privacidade. Este vivencia não apenas a sua doença nas, vê e ouve as intervenções que se processam ao seu redor.

Outro fator que contribui para que a percepção da UTI seja um local de tensão, é o fato do cliente ser afastado dos seus familiares. As visitas geralmente não são permitidas ou restritas a breves períodos de tempo, devido às normas da instituição.

As doenças cardiovasculares tem representado uma das maiores causas de mortalidade na população mundial, ocupando o infarto agudo do miocárdio (IAM), um papel cada vez mais significativo dentro desse quadro. Segundo Scherr (1992), a cada ano, cerca de um milhão e meio de americanos morrem de infarto, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, e mais de 60 milhões apresentam alguma manifestação

clínica. O infarto agudo do miocárdio causa a morte em aproximadamente 540 mil americanos anualmente.

No Brasil, a doença coronariana tem se manifestado de forma acentuada, sendo responsável pela primeira causa de morte em indivíduos de diferentes faixas etárias, chegando a ultrapassar as doenças infecciosas e parasitárias que predominavam nas estatísticas de mortalidade até meados da década de 60 (Rouquayrol, 1988). Segundo Yoshioka (1998), a Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que cerca de 300 mil pessoas morrem ao ano, no Brasil. Por doenças cardiovasculares, o que representa 820 óbitos por dia, 34 por hora e 1 evento fatal a cada dois minutos.

Observa-se também, que a doença coronariana está relacionada com a crise sócio-econômica do país, gerando tensão e ansiedade nas pessoas pela falta de condições para o atendimento das suas necessidades de subsistência. Estas condições de vida se refletem na estimativa do Ministério da Saúde ao afirmar que em 1991, as doenças cardiovasculares foram uma das primeiras causas de morte da população brasileira.

Não é somente a espantosa mortalidade que faz da doença coronariana um problema de enormes proporções, mas também o fato de que ela invalida milhões de outras pessoas, em todas as fases da vida. Além disso, por ser um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida, provoca uma desorganização na vida do indivíduo que a experiencia, como também, na dos seus familiares, comprometendo o processo de viver dentro do seu contexto familiar e cultural. É neste momento que o conhecimento dos cuidados, crenças e valores culturais dos clientes se tornam importantes, pois o fenômeno infarto agudo do miocárdio deve ser focalizado sob uma ótica mais abrangente que a dimensão biológica, ela precisa ser histórica, contextualizada, particularizada/individualizada.

Sinno (1987,p. 123), afirma que:

“não se admite mais o tratamento do doente como mero objeto. Este deve assumir uma conotação humana, de troca de experiências, gestos, propiciando uma comunicação mais afetiva e efetiva”.

A abordagem quase que exclusivamente física da doença, a estrutura administrativa hierarquizada, rígida e autoritária das instituições hospitalares, o retalhamento do cuidado, leva o profissional de saúde a desenvolver uma prática fragmentada, visualizando o ser humano em partes e fora do seu contexto sócio-cultural. Para Dal Sasso (1994), o atendimento de enfermagem ao cliente que apresenta uma doença coronariana é padronizado, rotineiro, estruturado e desenvolvido para todos os que apresentam este tipo de problema. O enfermeiro, a todo instante tenta transferir seu saber científico, desprezando o conhecimento, crenças e valores de seus clientes.

Numa perspectiva inovadora, o cuidado de enfermagem deve buscar a redescoberta do sujeito, através da valorização de seus conhecimentos (cuidado popular), pois não há conhecimento absoluto (cuidado profissional), mas sim, uma troca de saberes num contexto cultural por meio das relações dialógicas.

O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O infarto agudo do miocárdio é definido por Meltzer et al (1987) como uma isquemia intensa e contínua numa porção do miocárdio; nela as células privadas de oxigênio são destruídas e aparece necrose tissular na área atingida.

Três diferentes causas tem sido apontadas pelos autores, para explicar a obstrução do vaso coronariano. A primeira é de que um coágulo sangüíneo pode se desenvolver na área rugosa de uma placa ateromatosa e ocluir a luz do vaso arterial (trombose coronariana). A Segunda refere-se às lesões ateroscleróticas que podem danificar a parede arterial subjacente, provocando hemorragia abaixo da placa ateromatosa; esta hemorragia desloca a placa fazendo com que ela obstrua a luz vascular. A terceira causa, relaciona-se a um pedaço de placa ateromatosa que pode se desprender e bloquear uma pequena ramificação arterial.

A localização do infarto depende fundamentalmente de qual (is) artéria (as) está (ão) obstruída (as). A extensão do infarto é determinada pelo calibre do vaso obstruído e pela capacidade de circulação colateral em suprir a área lesada.

A sintomatologia é descrita por dor súbita e constrictiva de grande intensidade, aparece abaixo do esterno e se irradia para os braços e pescoço. A dor precordial é contínua e não alivia com a mudança de posição corporal; o cliente normalmente apresenta-se com sudorese, náusea e vômitos. Vale ressaltar que toda esta sintomatologia caracteriza um típico infarto agudo do miocárdio, contudo nem todos os clientes apresentam este quadro característico; algumas vezes, a dor não se localiza no precórdio e sim no pescoço, braços ou mandíbulas, podendo não ocorrer sudorese, náuseas, vômitos e dispnéia.

Quanto aos avanços na recuperação dos clientes, as técnicas modernas trouxeram novas opções de tratamento para a doença já instituída. Esta melhora relaciona-se à identificação e tratamento de várias arritmias cardíacas, potencialmente fatais e às várias intervenções farmacológicas empregadas e coroadas de sucesso. Uma destas intervenções são os agentes trombolíticos cujo objetivo é restaurar o fluxo sanguíneo anterógrado do miocárdio.

As cirurgias utilizando pontes de safena, passaram a ser os principais procedimentos de revascularização miocárdica . A implantação de pontes de safena teve seu início em 1968 na Cleveland Clinic, pelo argentino René Favaloro. O objetivo do uso das veias safenas ou mamárias, é possibilitar a chegada de maior fluxo de sangue a determinada região do músculo cardíaco, que se encontra em sofrimento isquêmico por algum grau de obstrução na artéria que lhe deveria nutrir.

A partir de 1977, surgiu a técnica da angioplastia transluminal percutânea, iniciada pelo Dr. Andreas Gruentzig. Esta técnica consiste na introdução de um catéter numa artéria do braço ou da perna até o local de

obstrução no coração. O catéter possui um balão na ponta que é insuflado, esmagando a placa de colesterol e permitindo que o cliente leve uma vida normal após 48 horas. Este procedimento tem como ponto negativo 30% de reobstrução das coronárias em seis meses, o que não impede que a técnica seja repetida outras vezes na mesma lesão com melhores resultados.

Apesar das evoluções tecnológicas e de grandes investimentos em pesquisas no campo da saúde, não afastou o risco, a ansiedade, tensão, medo a que os clientes com infarto agudo do miocárdio estão expostos. Reconheço contudo, que o avanço científico e tecnológico, tem contribuído para tratar as doenças que ameaçam a vida das pessoas, sendo elas receptoras das ações necessárias para reverter o seu quadro.

Entretanto o hospital/ unidade coronariana não pode ser vista apenas como um arcabouço de estruturas de concreto, mas sobretudo, deve ser formado por seres humanos que se relacionam em condições adversas. Que influenciam e são influenciados pelo processo de viver, visão de mundo dos clientes com os quais se relacionam. Muitas vezes, o paciente não sabe nem mesmo distinguir as pessoas que se apropriam do seu corpo e quais suas funções, existindo assim um anonimato de quem cuida e é cuidado, ou seja, o cliente não sabe o nome de ninguém e ninguém o seu.

III- A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.

Neste capítulo abordarei alguns temas que considero fundamentais para o desenvolvimento do estudo tais como: Cultura, Cultura Organizacional e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

1- CULTURA

No Dicionário da Língua Portuguesa, Ferreira (1986, p.508), define cultura como sendo:

“...Complexo dos padrões de comportamento, das crenças, das instituições e doutros valores espirituais e materiais transmitidos coletivamente e característicos de uma sociedade...”

Por outro lado, no Dicionário Básico de Filosofia, Japiassú & Marcondes (1996, p.61), definem a cultura

“... sob um duplo sentido antropológico: a) é o conjunto das representações e dos comportamentos adquiridos pelo homem enquanto ser social. Em outras palavras, é o conjunto histórico e geograficamente definido das instituições características de determinada sociedade, designando não somente as tradições artísticas, científicas, religiosas e filosóficas de uma sociedade, mas também suas técnicas próprias, seus costumes políticos e os mil usos que caracterizam a vida cotidiana; b) é o processo dinâmico de socialização pelo qual todos esses fatos de cultura se comunicam e se impõem em determinada sociedade, seja pelos processos

educacionais propriamente ditos, seja pela difusão das informações em grande escala, a todas as estruturas sociais, mediante os meios de comunicação de massa. Nesse sentido, a cultura praticamente se identifica com o modo de vida de uma determinada população, vale dizer, com todo o conjunto de regras e comportamentos pelos quais as instituições adquirem um significado para os agentes sociais e através dos quais se encarnam em condutas mais ou menos codificadas. Num sentido mais filosófico, a cultura pode ser considerada como um feixe de representações, de símbolos, do imaginário, de atitudes e referências suscetíveis de irrigar globalmente, de modo bastante desigual, o corpo social”.

O estudo da Antropologia segundo Helman (1994), cerca-se cada vez mais de maior interesse. O homem nunca foi considerado puro e simplesmente um animal. Para Silva (1989), o primeiro sinal distintivo à humanidade do homem foi a consciência de seu ambiente próximo, em seguida o distante e por fim, a consciência de si mesmo. Para Aranha (1989), as diferenças entre o homem e o animal não são apenas de gênero, mas de natureza, pois, enquanto o animal permanece envolvido na natureza, o homem é capaz de transformá-la.

O surgimento de um novo ser humano segundo Ullmann (1991) está, via de regra, acompanhado de ritos especiais. Nos hábitos alimentares, nas diferentes maneiras de prover o sustento, o modo de vestir, a forma de saudar o semelhante, dentre outros, constituem as diferenças culturais que premeiam e existência do homem. Dessa forma a cultura está composta de elementos que emergem do processo de interação social e das experiências da vida social. A cultura é adquirida pelo homem a partir do mundo que o rodeia, produto do indivíduo e da sociedade, existência significativa do homem através da história. E a história da cultura para Burke (1995), inclui agora as ações ou noções subjacentes à vida cotidiana.

Laraia (1996), cita o pensamento de dois antropólogos sobre a origem da cultura: Claude Levi-Strauss e Leslie White. Levi-Strauss, considera o surgimento da cultura no momento em que o homem convencionou a primeira regra, a primeira norma (proibição do incesto); para Leslie White, a passagem

do estado animal para o humano, ocorreu quando o cérebro do homem foi capaz de gerar símbolos, surgindo a cultura. Laraia também referindo-se a Keesing, apresenta as teorias modernas sobre a cultura, essas teorias consideram a cultura como: *sistema adaptativo* que serve para ajustar as comunidades humanas aos seus embasamentos biológicos incluindo tecnologias, modos de organização econômica, padrões de estabelecimento, de agrupamento social e organização política, crenças e práticas religiosas e assim por diante; *sistema cognitivo* tem na cultura um sistema de conhecimento para operar de maneira aceitável dentro de sua sociedade; *sistema simbólico* é composto por um conjunto de mecanismo de controle, planos, receitas, regras, instruções “programas” para governar o comportamento, de símbolos e significados que são compartilhados pelos membros dessa cultura.

Os antropólogos consideram a cultura como comportamento aprendido, característico dos membros de uma sociedade, uma vez que o comportamento instintivo é inerente aos animais em geral. Sob este ponto de vista, os instintos, os reflexos inatos e outras formas de comportamento pré-determinado biologicamente devem ser excluídos. Cultura resulta então da invenção social; é aprendida e transmitida por meio da aprendizagem e da comunicação. A cultura é constituída pelos seguintes elementos: *conhecimentos, crenças, valores, normas e símbolos*.

Os *conhecimentos* são transmitidos de geração a geração, são práticos que englobam aspectos referentes à organização social, usos e costumes e técnicas de trabalho. A *crença* é a aceitação de uma proposição como verdadeira, seja ela comprovada cientificamente ou não; é uma atitude mental do indivíduo que dá base para a ação voluntária com conotação emocional e pode ser classificada em científica, supersticiosa e extravagante. O termo *valor* é utilizado para indicar objetos e situações consideradas boas, desejáveis, apropriadas; são expressões de sentimentos que incentivam e orientam o comportamento humano. As regras indicativas do modo de agir dos indivíduos em determinadas situações são as *normas*; estas se constituem em um

conjunto de idéias, convenções referente àquilo que é próprio do pensar, sentir e agir em todas as situações. Os *símbolos* por sua vez, são realidades físicas ou sensoriais, às quais os indivíduos que as utilizam atribuem valores ou significados específicos. Estes elementos podem ser descritos e compreendidos em cada cultura.

Para Helman (1994), cultura é um conjunto de princípios adquiridos pelos indivíduos enquanto membros de uma determinada sociedade. Estes princípios mostram-lhes a forma de ver o mundo, vivencia-lo emocionalmente e comportar-se dentro dele; bem como a forma de transmiti-los para a geração seguinte através de símbolos, linguagem e ritual. Esta autora ressalta, ainda, que sem a percepção compartilhada do mundo, seria impossível a coesão ou a continuidade de qualquer grupo humano.

Para Ullmann (1991), num sentido amplo, a cultura designa o *modus vivendi* que os homens desenvolvem no decurso dos tempos, quando reunidos em sociedade. Em sentido mais exato, cultura significa o *modus vivendi* global de que participa determinado povo, está incluída aí a maneira de agir, de pensar e o modo de sentir. Estes manifestam-se na linguagem e no código de leis seguido (religião praticada e criação estética), se expressa através dos instrumentos utilizados, vestimentas, sentimentos, habitações; pois o homem não vive predeterminado pelo instinto, mas, ao aprender a viver e a humanizar-se cria a sua própria cultura.

Portanto, a cultura não é algo natural decorrente de leis físicas ou biológicas; ao contrário, é um produto coletivo da vida humana. Como refere Santos (1994) ela é uma dimensão do processo social da vida de uma sociedade; são padrões apreendidos de valores, crenças e práticas de vida, que são compartilhados no cotidiano e transmitidos por um grupo ou sociedade. Mesmo fazendo toda força possível, o homem jamais conseguirá despojar-se de sua cultura, pois ela penetra as raízes de seu sistema nervoso e determina a maneira de perceber o mundo, (Laraia, 1996).

Se por um lado o homem cria cultura, esta por sua vez é criadora do homem e condicionadora da vida deste em sua sociedade. Crescer dentro de qualquer sociedade é uma forma de endoculturação, adquirir gradualmente, segundo Helman (1994), a “lente cultural” daquela sociedade. Uma “lente” herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele. Um dos aspectos desta “lente cultural” é a divisão do mundo e das pessoas que o habitam em diferentes categorias, cada uma com denominação própria.

Para Ullmann (1991), a modificação do processo cultural pode ocorrer de duas maneiras: **acumulação** e **substituição**. A **acumulação** consiste em inventos nunca imaginados, como é o caso do computador. No processo cumulativo o homem consegue adaptar-se a elas com bastante facilidade e presteza, por que não entra em jogo algo totalmente novo a ser enfrentado. Quando se trata de **substituição** na mudança cultural, o problema é mais complexo, pois a substituição envolve alteração de valores e idéias, substituição significa destruir os fundamentos, desarraigar o preexistente. A cultura não é o único aspecto a influenciar o modo de vida do indivíduo na sociedade; fatores individuais (idade, gênero, personalidade, etc.), educacionais (formal e informal) e sócio-econômicos (classe social, status, rede de apoio social) também influenciam o modo de viver das pessoas.

A cultura é dinâmica, pois os homens ao contrário dos animais, tem a capacidade de questionar seus próprios hábitos e modificá-los. Laraia (1996), afirma que qualquer sistema cultural está num contínuo processo de modificação. Esta modificação acontece de duas maneiras: **interna, resultante da dinâmica do próprio sistema cultural**, que pode ocorrer de forma lenta, sendo alterada por eventos históricos tais como catástrofes, inovação tecnológica; **resultante do contato de um sistema cultural com um outro**, nele acontece de forma mais rápida e / ou menos radical, onde a troca de padrões culturais se dá sem grande traumas.

O tempo se constitui em elemento importante para a análise da cultura, pois a mudança de costumes são comuns, entretanto elas não ocorrem de maneira tranqüila. Cada mudança, por menor que seja, representa o desenlace de numerosos conflitos, porque em cada momento as sociedades humanas são palcos de embates entre as tendências conservadoras e inovadoras, onde as primeiras pretende manter os hábitos inalterados, e a última, contestam a sua permanência e pretende substituí-las por novos procedimentos. Portanto, entender essa dinâmica implica em atenuar o conflito entre gerações e evitar comportamentos preconceituosos, respeitando assim as diferenças culturais entre os diferentes povos.

Segundo Lenardt (1996), não há no mundo uma cultura genericamente nacional, pelo menos em termos de originalidade. A cultura dita nacional compõe-se de elementos oriundos de outras culturas, dentro do processo seletivo e cumulativo, próprio da dinâmica cultural.

Geertz (1978) chama a atenção para a noção simbólica da cultura, ela consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidos através de “sistemas entrelaçados de signos interpretáveis”, em especial a fala articulada. A linguagem envolve-nos em numerosas dimensões e níveis alastrando-se por todo mundo da comunicação incluindo objetos, animais, arte, ciência, religião, entre outros

Um dos graves problemas enfrentados pela cultura atualmente, segundo Buarque (1994), é o desprezo à prática popular; porém mais grave ainda, é a falta de seu entendimento como forma dos indivíduos se posicionarem e agirem em sua sociedade, pois, os indivíduos entendem cultura apenas como a soma dos eventos da área artística, ignoram o seu significado como alma, conjunto do imaginário que forma a maneira de pensar, agir e da união de um povo.

A participação do indivíduo em sua cultura é sempre limitada. Nenhuma pessoa é capaz de participar de todos os seus elementos, o importante porem, é existir um mínimo de participação afim de permitir sua

articulação com os demais membros da sociedade; conhecer sua própria lógica, sua ordenação e circunscrição no mundo, pois, é essa lógica que dá o sentido cultural à aparente confusão das coisas naturais.

A cultura pode atuar de diversas maneiras na vida de uma pessoa. Na saúde, ela influencia o seu significado e valor no cuidado, por isso, compreender saúde e doença tornou-se um desafio instigante para os profissionais de saúde.

Para Alves (1996), a representação da doença encontra-se muito além dos limites do corpo, caminha pelo social, detendo-se também nas condições ambientais. A condição cultural de cada pessoa se faz determinante para que se perceba que a saúde é um fenômeno que ultrapassa os conceitos formais, tendo inúmeros aspectos e características no viver cotidiano.

Kleinman (1980), inspirando-se em Geertz (1978), afirma que a cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença; ressalta que todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural. Todo sistema de cuidado em saúde deveria ser constituído pela interação de três setores diferentes (profissional, tradicional e popular), cada setor veiculando crenças e normas de conduta específicas; legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

O significado que a doença assume para cada pessoa parece estar quase sempre relacionado à tensão, ansiedade e medo, pois é uma situação que expõe a sua vulnerabilidade, que ameaça o equilíbrio individual e coletivo. Este é um momento difícil, principalmente numa sociedade que prioriza a produção e a valorização estética do corpo.

O modelo de análise dos “sistemas de signos, significados e ações” visa o conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir do cliente ao qual se quer assistir. Este é construído a partir de duas premissas básicas: 1- cada indivíduo constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde, marcando tal sintoma, privilegiando determinada explicação e encorajando

certos tipos de reações e ações; 2- existe continuidade entre a maneira pela qual um indivíduo percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que desenvolve para resolvê-los, essa construção específica está ligada às características socioculturais e às condições macroscópicas do contexto (Corin et al. apud Uchôa & Vidal,1994).

É a doença que conduz a ação e dá um sentido às tarefas a serem realizadas. Os aspectos socioculturais devem servir de arcabouço para a elaboração do complexo sistema de cuidados, crenças e práticas de enfermagem. A enfermagem deve tentar desvelar a realidade do cotidiano do ser que assiste, de modo a construir juntos destreza e habilidades para enfrentar as condições de saúde. Considerando os fatores culturais, diminuem-se os desentendimentos e frustrações entre as enfermeiras e os clientes e alimenta-se a satisfação e aceitação das recomendações de cuidados a saúde (Bellack; Edlund,1992).

Dessa forma o corpo humano como sistema simbólico, tem sido merecedor da abordagem cultural; porque os cuidados com o corpo variam de cultura para cultura, e podem parecer exóticos e/ou estranhos a quem não tem familiaridade e entendimento destes cuidados.

Greertz (1978) diz que é necessário “descer aos detalhes”, além das etiquetas, dos tipos metafísicos, das similaridades vazias, para apreender corretamente o caráter essencial não apenas das várias culturas, mas também dos vários tipos de indivíduos dentro de cada cultura. Com freqüência os indivíduos se sentem mais apoiados ao perceberem que a conduta terapêutica baseia-se numa compreensão pessoal, ao contrário quando esta se mostra somente como competência autoritária.

Germano apud Lenardt (1996), afirma que poucas vezes o cliente é respeitado na sua individualidade, privacidade, valores culturais, religiosos e até no seu natural pudor e intimidade, apesar do que prenunciam os Códigos de Ética Profissionais. Embora a doença seja a sua maior e imediata preocupação, suas atitudes e comportamentos estão em função de tudo aquilo

que o cliente é enquanto ser humano. Devemos sempre lembrar que este ser humano se desenvolveu dentro de um contexto cultural, onde aprendeu a se cuidar, reafirmando suas crenças, valores e símbolos, elementos estes utilizados para expressar alegrias, tristezas e sofrimentos.

2 - CULTURA ORGANIZACIONAL

O conceito de cultura organizacional tomou força com o surgimento da Teoria Contingencial da Administração nos anos 80. Esta teoria coloca as organizações como dependentes do ambiente e da tecnologia; nela tudo é relativo, assim sendo estas devem desenvolver estratégias e estruturas apropriadas a esses fatores externos.

Tomei (1993), afirma que muitas são as formas de analisar, diagnosticar, definir e observar uma organização. Esta autora encontra em Morgan⁵ diferentes metáforas utilizadas para observação e descrição das organizações. Estas agregam diferentes valores às definições de organização como: máquina, organismo, cérebros, prisões psíquicas, política, instrumento de dominação e exploração, fluxos e movimentos e cultural.

A organização na concepção de *máquina* conduz a uma visão mecanicista e simplista, pois assim como a máquina, a organização seria formada por partes bem definidas, cada uma delas com uma função específica bem determinada. A organização como um *organismo* é apreendida da biologia, em que ecossistemas definem um habitat e os seres vivos que o habitam, isso leva-nos a vê-la como participante de um ambiente e sujeita às influências dos outros participantes desse ambiente. A capacidade de adaptação das organizações ao meio ambiente, também pode ser claramente percebida por meio desta metáfora.

Pode-se comparar também organizações como se fossem *cérebros*, dando importância aos processos de informação, aprendizado e inteligência e às formas de desenvolvê-las. Já na concepção de *prisões psíquicas*, as pessoas

são aprisionadas pelos seus sentimentos, idéias, crenças e preocupações surgidas do inconsciente das pessoas. A busca da redução da ansiedade, da satisfação dos desejos, da solução dos problemas advindos da repressão e da segurança seriam os guias mestres dessa visão.

A metáfora *política* busca explicar a organização segundo interesses, conflitos e disputas de poder internos e externos à organização. Derivada desta, é a organização como instrumento de dominação e exploração com vistas a atingir objetivos organizacionais. Galbraith (1984), descreve as características, as origens e a dinâmica dos diversos tipos de poder condigno, compensatório condicionado (persuasão) e as situações em que eles são utilizados. Os *fluxos e movimentos* traz-nos a perspectiva das mudanças influenciando e definindo as organizações; seja a organização moldando a si mesma, por meio da retroalimentação positiva ou negativa de experiências passadas, ou através do movimento dialético. A idéia de movimento é muito importante no mundo atual, que é altamente dinâmico, volátil, global e competitivo, exercendo forças de mudanças que definem o escopo social das organizações.

Quanto a metáfora *cultural*, a organização é enfocada como idéias, valores, normas, rituais e crenças que sustentam a instituição como uma realidade social construída. A perspectiva cultural das organizações tem sido foco constante de estudos nos últimos anos. Por meio do conhecimento do aspecto simbólico das organizações, obtém-se uma nova perspectiva para entendê-las, essa compreensão pode explicar a origem e o desenvolvimento das características de cada uma delas.

O conceito de cultura e, em particular de cultura organizacional, já foi definido das mais diversas formas e sob diversos enfoques: no antropológico, busca desvendar os significados dos costumes de uma sociedade; e na visão sociológica, procura compreender a elaboração de símbolos.

⁵ Gareth Morgan – escritora americana, autora do livro *Imagens da Organização*, já traduzido para o português e publicado.

O termo cultura organizacional apresenta diversas definições, algumas enfatizam o lado estratégico, outros o operacional ou o sociológico. Segundo Fleury (1991,p.5), os conceitos de cultura organizacional usualmente encontrados na literatura vão desde o

“conjunto de concepções, normas e valores submersos à vida de uma organização e que devem ser comunicados a seus membros através de formas simbólicas tangíveis”,

até a proposta elaborada por Schein, que diz ser um

“conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionaram bem o suficiente para ser considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas”.

Thévenet (1991), ressalta que o conceito de cultura deve ultrapassar o simples fenômeno da moda; cumpre questionar não apenas o significado desse entusiasmo, mas também, os problemas que este conceito pode ajudar a resolver. Em larga escala, esta tem sido descrita a partir dos elementos que a constituem (valores, crenças e pressupostos, ritos, rituais e cerimônias, histórias e mitos, tabus, heróis, normas e comunicação) ou dos resultados produzidos em termos de comportamento.

A literatura vem destacando a dificuldade de consenso na conceituação de cultura e como os pesquisadores tem privilegiado diferentes aspectos da questão. Esta dificuldade reside no fato de que o desvelar de uma cultura está diretamente associada ao que o pesquisador considera cultura, gerando assim uma variedade de métodos, recomendações e passos que abordam a questão cultural de forma multifacetada.

Autores como Freitas (1991), Tomei (1993), Fleury (1996), tem apresentado propostas metodológicas sobre a maneira de desvendar a cultura de uma organização. Dentre esses trabalhos optei por apresentar a abordagem desenvolvida por Fleury (1996), em virtude da mesma apresentar uma linguagem clara e abrangente, descobrindo a cultura organizacional através

O termo cultura organizacional apresenta diversas definições, algumas enfatizam o lado estratégico, outros o operacional ou o sociológico. Segundo Fleury (1991,p.5), os conceitos de cultura organizacional usualmente encontrados na literatura vão desde o

“conjunto de concepções, normas e valores submersos à vida de uma organização e que devem ser comunicados a seus membros através de formas simbólicas tangíveis”,

até a proposta elaborada por Schein, que diz ser um

“conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionaram bem o suficiente para ser considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas”.

Thévenet (1991), ressalta que o conceito de cultura deve ultrapassar o simples fenômeno da moda; cumpre questionar não apenas o significado desse entusiasmo, mas também, os problemas que este conceito pode ajudar a resolver. Em larga escala, esta tem sido descrita a partir dos elementos que a constituem (valores, crenças e pressupostos, ritos, rituais e cerimônias, histórias e mitos, tabus, heróis, normas e comunicação) ou dos resultados produzidos em termos de comportamento.

A literatura vem destacando a dificuldade de consenso na conceituação de cultura e como os pesquisadores tem privilegiado diferentes aspectos da questão. Esta dificuldade reside no fato de que o desvelar de uma cultura está diretamente associada ao que o pesquisador considera cultura, gerando assim uma variedade de métodos, recomendações e passos que abordam a questão cultural de forma multifacetada.

Autores como Freitas (1991), Tomei (1993), Fleury (1996), tem apresentado propostas metodológicas sobre a maneira de desvendar a cultura de uma organização. Dentre esses trabalhos optei por apresentar a abordagem desenvolvida por Fleury (1996), em virtude da mesma apresentar uma linguagem clara e abrangente, descobrindo a cultura organizacional através

dos seguintes temas: *histórico das organizações, as políticas de recursos humanos, o processo de comunicação, a organização do processo de trabalho e as técnicas de investigação.*

O *histórico das organizações* tem por objetivo recuperar o momento da criação de uma organização e sua inserção no contexto político-econômico da época; propicia o pano de fundo necessário para a compreensão da natureza organizacional, suas metas e seus objetivos. Ainda nessa recuperação histórica é importante investigar os incidentes críticos por que passou a organização, crises, expansões, pontos de inflexão, fracassos ou sucessos.

O momento de socialização é apontado como crucial para a reprodução do elemento simbólico. É através das estratégias de integração do indivíduo à organização que os valores e comportamentos vão sendo transmitidos e incorporados pelos novos membros. As estratégias mais utilizadas são os chamados programas de treinamento e integração de novos funcionários, esses programas assumem formatos e durações diversas conforme a organização.

As *políticas de recursos humanos* desempenham um papel relevante no processo de construção da identidade organizacional. Não só as políticas de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos em seus processos de recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento, mas também, as políticas de remuneração e carreira. Estes fatores ao serem analisados, suas consistências e inconsistências, tornam possível ao pesquisador decifrar e interpretar os padrões culturais dessa organização.

A *comunicação* constitui um dos elementos essenciais no processo de criação, transmissão e cristalização do universo simbólico de uma organização. Dentre os meios de comunicação, é preciso identificar tanto os meios formais orais (contatos diretos, reuniões e entrevistas) e escritos (circulares e memorandos); o seu mapeamento possibilita desvendar as relações entre categorias, grupos e áreas da organização.

A análise da *organização do processo de trabalho*, em seu componente tecnológico e social, possibilita a identificação das categorias existentes na

relação de trabalho. No processo de investigação da cultura, ela se coloca como uma categoria metodológica importante para desvendar aspectos formadores de identidade organizacional, como também, fornecer referencial para se decifrar as relações de poder, a dimensão política constitutiva do elemento simbólico.

As técnicas para investigação dos fenômenos culturais nas organizações, derivam das propostas teórico-metodológicas desenvolvidas pelos pesquisadores. Para a coleta de dados primários são utilizados: entrevistas (estruturadas ou não), observação participante e não participante e dinâmicas de grupo.

Os diferentes tipos de instituições apresentam culturas próprias. Craig (1987), acredita que os hospitais sejam instituições que influenciam de maneira dominante os seus trabalhadores, moldando atitudes, rituais e prescrevendo comportamentos a partir de suas normas e rotinas. Afirma, ainda, que a cultura do hospital nos Estados Unidos tem mudado com o crescimento na oferta e demanda nos serviços de saúde, as novas tecnologias, a especialização médica e introdução de políticas de reformulação de serviços como a Medicare e Medicaid. Ainda em relação aos hospitais autores como Flexiner (1986), Azevedo (1989), Mota (1989), em seus estudos enfatizaram as profundas relações entre a cultura institucional e a produção de serviços, bem como, a importância das relações entre os valores institucionais e individuais.

Mesmo percebendo que uma parte significativa da cultura nas instituições hospitalares tem por objetivo desenvolver determinados “padrões desejáveis” de comportamento; não se pode deixar de considerar o fato de que os diferentes trabalhadores, nos seus diversos níveis, também influenciam a produção dessa cultura. Suas percepções estão relacionadas a interação dos mesmos a fatores externos e internos da instituição e sua formação profissional. Geralmente grupos com formações profissionais semelhantes apresentam subculturas próprias dentro da instituição como a dos médicos, enfermeiros, gerentes, dentre outras. Estas subculturas se desenvolvem

dentro de uma ordem organizacional, através da interação entre o subsistema estrutural/material e o subsistema simbólico das representações individuais e coletivas dos indivíduos e grupos nas suas atividades e relações de trabalho (Chanlat, 1992).

A cultura organizacional é relatada por Mc Daniel & Stunf (1993), como uma característica importante para o serviço de enfermagem, pois como parte integrante do sistema social, ela é evidenciada nos ambientes internos e externos, através da maneira de pensar e de se comportar, refletidas em normas e expectativas. Estas normas e expectativas influenciam o trabalho dos membros da organização e possibilita o compromisso das pessoas com a instituição. Estes mesmos autores, ao realizar um estudo para determinar a relação entre a cultura organizacional e a característica do serviço de enfermagem numa cidade no Oeste da Pensilvania, concluíram que a cultura levemente predominante na enfermagem é do tipo positiva construtiva.

A cultura positiva construtiva é aquela na qual os membros são encorajados a interagir com os outros, desenvolvendo tarefas progressivas que ajudam a encontrar a satisfação de suas necessidades. É baseada na realização, no encorajamento pessoal e humanista.

Erdmann (1996, p. 124-125), revela algumas características culturais dos serviços de enfermagem, tais como: “ na dinâmica do trabalho da enfermagem ou do sistema organizacional de cuidados, os clientes e seus familiares mostram-se como animadores deste sistema; o ato/ ação de cuidar pode ser aprendido, desaprendido, reaprendido e transmitido/partilhado apesar de ser único, particular e singular não são isolados das situações múltiplas do viver social. As crenças, as práticas populares e cuidados profissionais muitas vezes não se excluem, embora os espaços para os cuidados mais complexos tecnicamente sejam mais reservados; a atividade de cuidar surge de criatividade humana, das sensibilidades frente as trocas com o outro e das condições naturais da capacidade do homem de criar novas situações, de executar uma atividade com seu estilo ou modo de ser/fazer através da familiarização com sua própria vida, seus sentimentos e relacionamentos, sua originalidade pelo que consegue suscitar de emoções às vezes agradáveis/confortáveis, dolorosos/invasivos/desconfortáveis”. Essa mesma

autora, menciona que o sistema de enfermagem e mesmo o sistema institucional está realinhando suas formas estruturais, não fugindo de todo do funcionalismo, mas alargando bases com abertura de espaços para os mais variados elementos culturais, outrora, não permitidos, contribuindo assim, para atenuar o radicalismo da divisão social do trabalho.

3- TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL.

Desde 1950 Leininger tem se dedicado a estudar e a escrever sobre cuidar-cuidado nas diferentes culturas, por entender ser esta a área mais promissora para estabelecer o corpo de conhecimentos de enfermagem.

Na década de 50, ao trabalhar como enfermeira especialista em saúde mental numa casa para orientação de crianças no oeste norte-americano, Leininger identificou importantes diferenças na maneira como essas crianças queriam ser cuidadas ao comer, vestir, brincar e ao dormir. Gradualmente ela foi percebendo que as diferenças culturais das crianças (judias, africanas, alemãs e anglo-americanas) é que influenciavam essas desigualdades. Leininger então começou a explorar como as crenças, valores e práticas culturais podiam influenciar os processos de saúde-doença das pessoas, bem como nos seus cuidados. Passou a buscar na Antropologia, conhecimentos para subsidiar o enfoque cultural na enfermagem que, aliados aos conhecimentos próprios da profissão pudessem favorecer os cuidados de enfermagem à saúde do cliente.

Nessa busca, foi orientada por Mead que em 1956 escrevia sobre a importância do conhecimento das diferenças de padrão de comportamento entre pessoas, com base cultural diversificada e o despreparo das enfermeiras para atender os aspectos culturais nos cuidados de enfermagem. Na década de 60, Leininger passou a teorizar sobre a relação do cuidado com a cultura, utilizando pela primeira vez os termos “enfermagem transcultural”, “etnoenfermagem” e “enfermagem cross-cultural”.

Leininger construiu a teoria transcultural de enfermagem, baseada na crença de que os povos de cada cultura não apenas são capazes de reconhecer e definir maneiras através das quais experimentam e percebem o cuidado de enfermagem, mas também, são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde, onde o cuidado é culturalmente construído. Definiu sua teoria como sendo um conjunto interrelacionados de conceitos e hipóteses de enfermagem, fundamentados nas necessidades culturais de indivíduos e grupos que incluem manifestações de comportamentos relativos aos cuidados, às crenças e aos valores com a finalidade de realizar um cuidado de enfermagem efetivo e satisfatório. Assim sendo, a enfermagem transcultural tem como foco o estudo e a análise comparativa de diferentes culturas ou subculturas, porém, o seu objetivo vai além da apreciação de culturas diferenciadas, visa tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada.

Na preocupação com a sistematização e operacionalização do cuidado na prática, Leininger (1985a) apresenta três tipos de ações de enfermagem que possibilitam ao enfermeiro cuidar do indivíduo de maneira coerente com a sua cultura (cuidado cultural). Essas ações são:

Preservação ou manutenção cultural do cuidado: fenômeno culturalmente embasado de assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo, a preservar ou manter os hábitos favoráveis de saúde. O enfermeiro vai atuar no sentido de guiar e favorecer o cliente a manter àqueles valores culturais próprios que lhe são benéficos.

Acomodação ou negociação cultural do cuidado: ato culturalmente embasado de assistir, facilitar e /ou capacitar que revelam formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e /ou de vida dos clientes. O enfermeiro atuará no sentido de identificar os valores culturais do cliente e negociar formas de melhorá-los com vista ao favorecimento da saúde.

Repadronização ou reestruturação cultural do cuidado: modelos reconstruídos ou alterados que auxiliam o cliente a mudar os padrões de saúde e /ou de vida, de forma a tornar significativo ou congruente para si próprio. O enfermeiro assume o papel de interventor, propondo ações conciliadoras entre a cultura e as

necessidades e saúde do cliente nos aspectos em que os valores culturais forem evidentemente desfavoráveis à saúde do cliente.

Ao aprofundar seus conhecimentos sobre a natureza e as características da enfermagem transcultural, Leininger (1985b p.255-288), estabeleceu alguns pressupostos básicos:

- A enfermagem é um fenômeno essencialmente cultural que envolve o contexto e o processo de ajuda a indivíduos de diferentes orientações culturais ou estilo de vida específico, dentro de determinada cultura.

- Desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos.

- O cuidado é um fenômeno universal e suas formas de manifestação variam dentre os diversos grupos na relação tempo-espço, alterando na forma a busca de seus atributos.

- O cuidado, as manifestações, os processos, os valores e as crenças de enfermagem transcultural, precisam ser explicados de maneira sistemática e científica com bases humanísticas.

- O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas.

- O cuidado humanizado é a característica central, dominante e unificadora da enfermagem.

- O cuidado de enfermagem terapêutico e eficaz é, na maioria das vezes, culturalmente determinado e embasado, podendo ser culturalmente validado.

- As culturas tem seu modo peculiar de comportamento relativo ao cuidado, geralmente este é conhecido pelos integrantes da própria cultura, mas freqüentemente são desconhecido pelas enfermeiras, cuja bagagem cultural é diferenciada dos seus clientes.

- A essência da enfermagem é o cuidado e a essência da enfermagem transcultural é o cuidado a indivíduos de diversas heranças culturais.

- Os processos, as funções e as atividades de enfermagem transcultural variam de acordo com a estrutura social e o sistema cultural em relação à sua história cultural, com seus contatos e sua aculturação.
- No sistema profissional de saúde não pode haver cura sem cuidado, mas há cuidado mesmo sem ser para a cura.

PRINCIPAIS CONCEITOS DA TEORIA (Leininger 1978)

CUIDADO (care): atos de assistência, de apoio ou de facilitação para ou pelo indivíduo ou grupo, que mostra necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição de vida. Ao cuidar, diferentes comportamentos podem ser utilizados de acordo com os valores, necessidades e metas do indivíduo ou grupo numa cultura. Estes comportamentos são de compaixão, protetores, socorro, educação e sustentação.

CUIDAR: refere-se às ações dirigidas a ajudar, apoiar ou capacitar um outro indivíduo com necessidades evidentes a aliviar ou melhorar a situação humana e seu modo de vida.

CULTURA: refere-se a valores, crenças, normas e modos de vida que são aprendidos, compartilhados e transmitidos por um determinado grupo e que guiam seus pensamentos, decisões e ações, de maneira organizada e dinâmica.

CUIDADO CULTURAL: refere-se aos valores, crenças e expressões cognitivamente conhecidos da comunidade, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o seu bem-estar, a melhorar uma condição ou modo de vida, ou a enfrentar a morte e as deficiências.

ENFERMAGEM: refere-se a uma arte e ciência humanisticamente aprendida que focaliza comportamentos personalizados de cuidado à indivíduo e grupo bem como funções e processos de cuidados dirigidos a promover e a manter comportamentos de saúde com vistas a sua recuperação.

Para Leininger sua teoria é importante pois, o mundo é transcultural e nele as pessoas estão em interação constante com culturas diferentes ou semelhantes. Esta é a primeira teoria a considerar a enfermagem como um fenômeno pan-universal; porém com variabilidades culturais. Os atos do cuidado cultural que são congruentes com as crenças e valores dos clientes, torna-se o conceito mais significativo, unificador e dominante para conhecer, compreender e prever o cuidado terapêutico popular.

O cuidado embasado culturalmente é um fator relevante para a afirmação da enfermagem como profissão, para o fornecimento e manutenção da qualidade do cuidado de enfermagem prestado aos indivíduos, famílias e grupos comunitários.

IV- O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DO CUIDADO NUMA ABORDAGEM CULTURAL

1- O REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico, também denominado de marco conceitual, é definido por Trentini (1987), como:

“ um conjunto de definições e conceitos interrelacionados com a finalidade de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de uma maneira abrangente”.

Monticelli (1994b), define o marco teórico como:

“uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõe. Serve para direcionar ou guiar o processo da prática assistencial da enfermagem”.

O marco conceitual construído para este estudo, foi desenvolvido com o objetivo de orientar o cuidado de enfermagem aos clientes com infarto agudo do miocárdio dentro de uma abordagem cultural. Foi baseada em minha experiência profissional junto aos clientes infartados, nos fundamentos da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Madeleine Leininger, em autores que tem estudado questões relacionadas ao cuidado

cultural e cultura organizacional, dentre eles: Boehs (1990), Patrício (1990), Monticelli (1994b), Fleury (1996) e Tomei (1993).

Fazem parte do marco conceitual os meus pressupostos, conceitos e suas interrelações.

1.1- PRESSUPOSTOS

1. O indivíduo é um ser sócio-cultural e espiritual com capacidade de se cuidar e de oferecer cuidado aos outros, capaz de sobreviver em uma cultura através de sua localização no tempo e espaço;

2. O cuidado constitui-se na essência da enfermagem, porém varia entre as diversas culturas do mundo; ao longo da história, vem sendo influenciado por diferentes contextos como o físico, cultural e social (Leininger,1978);

3. Há duas formas de cuidado à saúde: o popular e o profissional. Estas possuem seus próprios valores e práticas e podem ocorrer discordâncias entre elas (Leininger,1978);

4. O cuidado é derivado culturalmente e requer habilidade e diálogo profissional com o cliente para o alcance dos objetivos (Leininger,1984);

5. Além de “respeitar” e “levar em consideração” os cuidados populares, é indispensável que o enfermeiro compreenda o contexto cultural dos clientes e seus familiares (Monticelli,1994b);

6. A saúde e doença é determinada social e historicamente no indivíduo considerando suas características biológicas, crenças, valores e práticas de cuidados;

7. O cuidado de enfermagem prestado aos indivíduos infartados deve basear-se nos processos de ajuda, através de ações educativas respeitando-se a cultura e o estilo de vida de cada um.

1.2- CONCEITOS

Meleis apud Monticelli (1994a), esclarece que durante a elaboração dos conceitos o pesquisador está “polindo bordas foscas”, esclarecendo ambigüidades e relações. Portanto, os conceitos são instrumentos norteadores do estudo que no desenvolver da prática, passam por um processo de afirmação, adaptação e/ou reformulação.

Os conceitos que integram o referencial teórico são: SER HUMANO, CULTURA, ENFERMAGEM, SAÚDE-DOENÇA, CULTURA ORGANIZACIONAL, CUIDADO PROFISSIONAL e CUIDADO POPULAR.

SER HUMANO:

É um ser único com dimensões biológicas, históricas, socioculturais, econômicas, políticas e espirituais; possui a capacidade para se cuidar e prestar cuidado aos outros. É pensante e elabora significados a partir de sua visão de mundo e de seu contexto cultural. Neste contexto, o indivíduo e familiares aprende e compartilha significados e papéis sociais que orientam suas ações, transformando a si próprios e o ambiente em que vivem através da relação consigo mesmos, com o outro e com o mundo por meio dos sentidos ou das relações. Neste sentido os familiares aqui são entendidos como seres humanos, ligados por laços de parentesco ou afinidades

O seu viver é constituído de vários processos, dentre eles o de saúde-doença; executa cuidados de saúde individuais e/ou grupais a partir de suas crenças e valores originados em sua cultura. É um indivíduo culturalmente integrado a uma sociedade que passa ou passou por uma alteração fisiológica isquêmica do miocárdio, porém dotado de capacidades para aprender, pensar e decidir sobre o curso de sua vida. Suas necessidades devem ser satisfeitas de acordo com suas crenças e valores; pois é um ser sócio-cultural que elabora

significados de acordo com sua visão de mundo, a qual necessita ser conhecida, compreendida e respeitada ao se prestar o cuidado.

CULTURA:

Refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados pelos indivíduos. Que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos; gerando pensamentos, decisões e ações ao longo da história.

Nesse contexto, valor é entendido como padrões culturais compartilhados através dos quais se pode comparar e julgar a relação moral, estética ou cognitiva dos objetos, desejos e necessidades. Crença, equivale às representações do tipo cognitivo que caracterizam a consciência coletiva como “conjunto de crenças e sentimentos”. Normas por sua vez, refere-se ao padrão social de referência em determinada sociedade ou cultura que serve para aprovar ou reprovar comportamento, ensejando sanções de vários tipos e de diversas intensidades (Miranda, 1986 p.280,822,1288).

É uma rede de significados elaborada para orientar as ações da vida cotidiana. Que é compartilhada porque o indivíduo sozinho não inventa uma cultura, pois é através das interações dos indivíduos, desempenhando e reinventando papéis sociais, que a história se desenrola; é aprendida porque não é característica inata dos indivíduos; é lógica porque é organizada simbolicamente e é dinâmica porque os indivíduos estão sempre reorganizando suas representações. Apesar dessa dinamicidade, alguns fatores não se modificam ao longo do tempo, tornando-se característica dominante do indivíduo ou grupo. Por isso, o enfermeiro só poderá desenvolver ações congruentes com a cultura, se no processo de assistir o cliente tiver consciência de que a sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente dos indivíduos, famílias e/ou grupos com o qual está atuando; pelo fato de conviver-se com uma variedade de significados, padrões e símbolos de

cuidados que são originados culturalmente, determinando o modo de viver e as diversas formas de enfrentar a vida e a morte.

ENFERMAGEM:

Para Leininger a enfermagem é essencialmente uma profissão que envolve cuidado cultural coerente, uma vez que presta cuidados à povos de diferentes culturas. É uma profissão que possui conhecimentos e habilidades próprias para atuar no processo saúde-doença; é cuidar, apoiar ou capacitar os indivíduos com necessidades de saúde a solucionar os seus problemas, tendo por base o conhecimento de significados e práticas de cuidados derivados de seus valores culturais.

Como membro integrante do sistema profissional de saúde, ao cuidar utiliza os diversos componentes do cuidado (apoio, conforto, estimulação, observação, envolvimento, dentre outros) para descobrir, compreender e desenvolver suas ações de formas congruentes com os hábitos de cuidados e de vida dos indivíduos infartados, reconhecendo que a família também cuida e, portanto, tem sua própria visão de saúde, doença e de cuidado. Estas ações de cuidar, segundo Leininger(1985), ocorrem através da preservação, acomodação e/ou repadronização de cuidados, em ambos os sentidos: do enfermeiro para o indivíduo e/ou familiares como também, do indivíduo e/ou familiares para o enfermeiro.

George (1993), afirma que essas formas de agir podem conduzir à execução de um cuidado de enfermagem que melhor se adapte à cultura do cliente, diminuindo assim o impacto cultural e o potencial para o conflito entre o cliente e o provedor de cuidados.

SAÚDE-DOENÇA:

A expressão saúde-doença foi utilizada por entender a saúde como um processo do viver humano. Nesta concepção, o homem vivencia momentos de saúde como também de doença.

É a capacidade que o indivíduo tem como ser social e cultural de buscar, manter e normalizar o seu viver. A saúde e a doença permeiam todo o processo de viver de uma pessoa; é uma experiência subjetiva variando entre os indivíduos e grupos culturais que se revelam através de linguagem própria sua condição saudável e de sofrimento. É buscar “recursos” para o atendimento das necessidades na saúde e na doença através do desenvolvimento de tarefas da vida cotidiana, bem como, alcançar com satisfação os objetivos e padrões de vida desejados.

CULTURA ORGANIZACIONAL

São idéias, valores, normas e rituais que sustentam a instituição como uma realidade social. Possui participação ativa no ambiente e está sujeita às influências dos outros membros desse ambiente. São transmitidos através do processo de comunicação: modelagem, aprendizagem, treinamento, imitação, contar estórias, fofocas; definindo seus significados. Forma-se, ao longo do tempo, pela combinação da cultura da sociedade e o discurso da organização; resultando no condicionamento das ações de diferentes pessoas, no escalonamento das decisões em diferentes níveis, no desempenho de funções que limitam e orientam atividades humanas associadas.

CUIDADO PROFISSIONAL:

É o cuidado desenvolvido por profissionais com conhecimentos científicos específicos na área da saúde, dotados de habilidades técnicas que

auxiliam indivíduos, famílias e comunidades a melhorar ou recuperar sua saúde.

Os profissionais tiveram um preparo técnico formal (escolar) e adquiriram uma visão profissional de saúde, doença e de cuidados.

CUIDADO POPULAR:

Compreende comportamentos, técnicas e processos desenvolvidos de acordo com valores culturais que visam ajudar as pessoas a se cuidarem em situações de saúde e de doença. São cuidados prestados por pessoas da família e comunidade tais como: parentes, vizinhos, comadres, balconistas da farmácia, benzedeadas, parteiras, raizeiros, dentre outros; os quais não passaram por um preparo formal (escolar), porém possuem seu próprio conceito de saúde, doença e de cuidado, que estão refletidos em suas práticas de cuidado à saúde.

1.3- INTERRELAÇÃO DOS CONCEITOS.

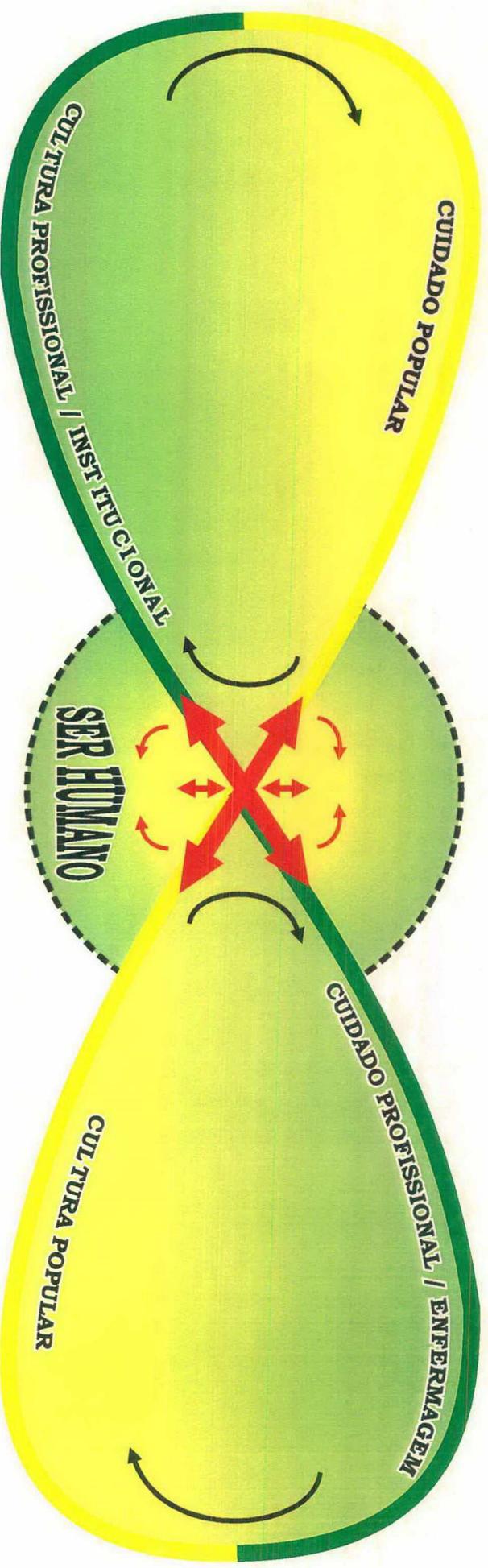
O processo de cuidado do ser humano está permeado pelo cuidado popular, profissional e institucional, que se refletem nas ações de cuidados desenvolvidos por cada segmento. O cuidado popular está na relação direta com a cultura do cliente, assim como, o cuidado profissional/institucional influenciam as ações de enfermagem.

Dentro dessa perspectiva as culturas populares, institucionais/profissionais vão se mesclando através de um processo dinâmico mediante a trocas de saberes (conhecimento popular x conhecimento científico).

Este processo está representado a seguir na figura 1 através do símbolo do infinito, com o traçado das setas indicativas em curvas e o mesclar das cores.

Fig. 1

INTERRELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS



FONTE: AZEVEDO, 1998.

1.4 – A OPERACIONALIZAÇÃO DOS CONCEITOS

Ao construir o referencial teórico, senti necessidade de realizar a operacionalização dos conceitos, ou seja, aproximá-los à realidade na qual iria desenvolver a prática de cuidado. Para isso, construí alguns quadros que designei de “quadros de referência”. Esses quadros foram elaborados com base no trabalho de Momticelli (1994a) e consta dos seguintes elementos: conceito, elementos que compõem esse conceito, o que compreender junto aos clientes referentes a cada conceito e a estratégia utilizada para a compreensão dos mesmos.

QUADRO DE REFERÊNCIA: SER HUMANO

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE COMPREENDER JUNTO AO CLIENTE	ESTRATÉGIA UTILIZADA
S E R H U M A N O	<ul style="list-style-type: none"> • Ser com dimensões biológicas, históricas, sócio-culturais, econômicas e espirituais; • Pensante, elabora significados; • Executa ações a partir de sua visão de mundo; • Que entende o processo de viver como constituído por diversa etapas, dentre estas, o processo saúde-doença; • Desempenha papéis dentro do contexto sócio-cultural; • Se apoia na rede social para superar os momentos de saúde- 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção do papel social; • Característica individual; • Como se dá o processo de cuidado nas situações de saúde e doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo informal • Observação

	doença; e desenvolve Seus cuidados de saúde a partir de suas crenças e valores.		
--	---	--	--

QUADRO DE REFERÊNCIA: CULTURA

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE COMPREENDER JUNTO AO CLIENTE	ESTRATÉGIA UTILIZADA
C U L T U R A	<ul style="list-style-type: none"> • Significados compartilhados, aprendidos e lógicos que orientam as ações da vida cotidiana; • Tradição de padrões anteriormente aprendidos que podem ser modificados; • Origina-se na família e difunde-se através das relações entre os grupos; • Influencia o processo de viver incluindo a saúde e a doença; • Cultura familiar difere da cultura profissional e organizacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de saúde desenvolvidos pelos clientes no hospital e no domicílio; • Formas de expressão verbal e não verbal – fatos anteriores que dizem respeito à dinâmica do momento atual; • Experiência anterior em relação a internação e a doença, experiência e percepção do trabalho da enfermagem e de si em relação aos outros; • Percepção de si em relação aos papéis desempenhados no contexto social e cultural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos informais; • Observação/cuidado/ reflexão; • Entrevista com familiares.

QUADRO DE REFERÊNCIA: SAÚDE-DOENÇA

<p>S A Ú D E</p> <p>D O E N Ç A</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permeia todo o processo de viver do indivíduo; • Através da cultura busca manter e normalizar o seu viver; • Possui linguagem própria para expressar sua condição saudável e de sofrimento; • O conhecimento acerca da saúde-doença parte da experiência e se organiza constantemente; • É organizada culturalmente através do cuidado popular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepções de saúde-doença : como manter a saúde, meios profiláticos, itinerário terapêutico (quem procurar, quando, onde, porque); • Símbolos, valores e crenças referentes à saúde e à doença; • Experiência anterior com cuidado popular; • Experiência anterior com o trabalho do enfermeiro ou outro profissional de saúde; • Descrição de cuidados em saúde que contribuem de maneira favorável ou desfavorável para o processo de viver saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos informais; • Observação/cuidado/reflexão • Consulta a prontuários; • Entrevista com o cliente e seus familiares.
---	---	--	--

QUADRO DE REFERÊNCIA: ENFERMAGEM

<p>E N F E R M A G E M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profissão com conhecimentos e habilidades próprias para atuar no processo saúde-doença; • Busca conhecer compreender e cuidar dos clientes; • Preserva, acomoda e/ou repadroniza os cuidados junto com os clientes; • Através das ações educativas oportuniza a troca de saberes. • Mediação com a cultura organizacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como se dá a relação enfermeiro/cliente; • Como o enfermeiro intervém na dinâmica do cuidado • Tipos de comunicação utilizados na realização do cuidado; • A dinâmica de cuidado de cada cliente para propor novas ações de cuidado culturalmente congruentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos informais • Observação/cuidado/ reflexão; • Consulta a prontuários.
--	--	--	--

QUADRO DE REFERÊNCIA : CUIDADO PROFISSIONAL

<p>C U I D A D O</p> <p>P R O F I S S I O N A L</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvido por pessoas com conhecimento científico; • Dotadas de habilidades técnicas para executar o cuidado; • Desenvolvido geralmente nas instituições de saúde e/ou domiciliares dentro de padrões pré estabelecidos pela cultura organizacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como percebe a atuação dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros); • Que conflitos culturais tem gerado na prestação dos cuidados • Como o cuidado profissional tem contribuído para a recuperação e/ou manutenção do estado de saúde das pessoas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos informais • Observação/cuidado/ reflexão.
---	---	---	---

QUADRO DE REFERÊNCIA: CUIDADO POPULAR

<p>C U I D A D O</p> <p>P O P U L A R</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvido a partir de crenças, valores e significados; • Dinâmico, aprendido no seio familiar e/ou grupos próximos; • Busca resolver os 	<ul style="list-style-type: none"> • Como se dá o processo de cuidar na família e/ou comunidade • Qual é a sua percepção de saúde, doença e cuidados; • Há recursos disponíveis na comunidade para o 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos informais • Observação/cuidado/ reflexão • Entrevista com o cliente e seus familiares.
---	--	---	---

	problemas de saúde com recursos da própria comunidade	atendimento dos problemas de saúde?.	
--	---	--------------------------------------	--

QUADRO DE REFERÊNCIA: CULTURA ORGANIZACIONAL

<p>C U L T U R A</p> <p>O R G A N I Z A C I O N A L</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idéias, valores, normas, rotinas que sustentam a instituição; • São transmitidas através do processo de comunicação, treinamento, modelagem, contar estórias, fofocas; • Forma-se ao longo do tempo através da combinação cultural da sociedade e discurso organizacional • Está sujeita às influências dos membros da instituição; • Modelam comportamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Filosofia da instituição; • Como se dá o processo de recrutamento treinamento e avaliação de pessoal; • Como se dá o processo de comunicação na instituição; • Como a cultura dos diversos funcionários contribui para a formação da cultura da instituição; • Mecanismos utilizados pela instituição para modelar comportamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos informais, observações <p>Entrevista com administrador, gerente e funcionários</p>
---	---	--	---

1.5 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

Processo de enfermagem, constitui-se na metodologia para operacionalizar o marco conceitual. Através do processo de enfermagem, o enfermeiro levanta dados, faz diagnóstico, planeja, implementa e avalia os cuidados prestados, ou seja, organiza e sistematiza a assistência.

O processo de enfermagem tem por objetivo, fornecer subsídios para que o atendimento às necessidades individuais dos clientes e seus familiares possam ser satisfeitas.

Leininger não elaborou um processo de enfermagem de maneira específica, mas sim, “uma teoria para guiar a prática” (Leininger 1991 p.16). Por isso, a tarefa de elaboração desta metodologia torna-se um processo criativo, uma tentativa contínua e dinâmica de se aliar teoria, método e prática.

O processo de enfermagem contempla momentos que se interligam e se completam mutuamente. Esses momentos são traduzidos na prática pelas seguintes fases: Aproximando do cliente; Identificando os cuidados culturais; Desenvolvendo ações de cuidado; Avaliando o cuidado desenvolvido.

APROXIMANDO-SE DO CLIENTE

É a primeira fase do processo de enfermagem. Marca o momento de aproximação, ou seja o encontro entre o enfermeiro e o cliente infartado. O aprofundamento desta fase não ocorre apenas neste momento específico, mas sim, no decorrer dos encontros posteriores.

Nessa fase é prevista a apresentação do enfermeiro, esclarecendo os objetivos do trabalho, respeitando-se o direito do cliente participar ou não desse processo assistencial, bem como, da possibilidade de o abandonar se assim o desejar.

Esta fase é importante, porque permite ao enfermeiro iniciar a compreensão do contexto cultural antes de sugerir, influenciar e/ou alterar ações de cuidados.

IDENTIFICANDO OS CUIDADOS CULTURAIS

A identificação dos cuidados culturais desenvolvidos pelos clientes no processo, dar-se-á através de observações e diálogos informais com estes e seus familiares. Nesta fase, o enfermeiro vai gradualmente explorando a visão de mundo, os valores, as crenças, os significados, do cuidado dos clientes, sempre tendo em mente o foco do estudo e os objetivos propostos.

Durante o desenvolvimento dessa fase prevê-se a utilização de um roteiro de entrevista (anexo 1) que auxiliará o enfermeiro na identificação dos achados culturais. No entanto, este roteiro não tem uma ordem rigorosa a ser seguida e nem um momento estabelecido a priori para ser desenvolvido, a relação de confiança mútua entre o enfermeiro /cliente e seus familiares é que vai indicar o momento de sua aplicação.

DESENVOLVENDO AÇÕES DE CUIDADOS

Esta fase caracteriza-se pela constante reflexão sobre as possibilidades de aproximação entre os cuidados culturais desenvolvidos pelos clientes e os cuidados profissionais, como também, a cultura organizacional.

A reflexão deverá ocorrer de forma conjunta (enfermeiro/cliente), procurando sistematizar os dados obtidos anteriormente para planejar e implementar o cuidado cultural coerente. A identificação dos cuidados culturais dos clientes, vai culminar em ações de preservação, acomodação e/ou repadronização destes que serão desenvolvidos tanto na instituição hospitalar quanto no domicílio.

Nesta perspectiva, sugere-se também a preservação, acomodação e/ou repadronização das ações do enfermeiro, como também de algumas regras hospitalares para melhorar a qualidade da assistência, centrada nas crenças, valores e significados de cuidados dos clientes.

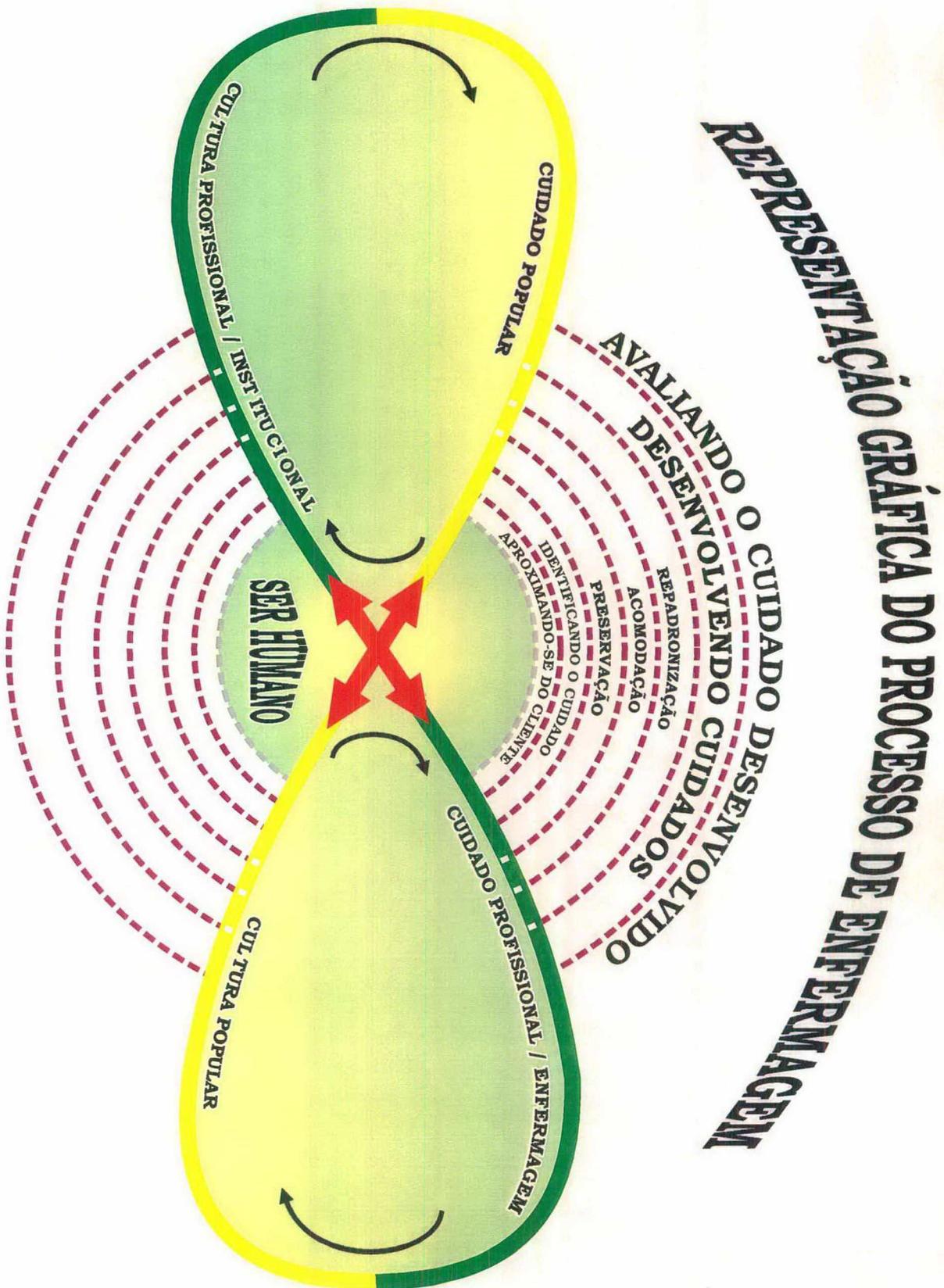
AVALIANDO O CUIDADO DESENVOLVIDO.

Esta é considerada a última fase do processo de enfermagem. Assim como nas fases anteriores, deve ser contínua, dinâmica e aberta para possibilitar avanços no desenvolvimento do processo de cuidar. Caracteriza-se pela avaliação conjunta das ações desenvolvidas no cuidado.

Esta fase permite ao enfermeiro e ao cliente, determinar quais os cuidados culturais, profissionais e institucionais que foram preservados, acomodados e repadronizados e quais precisam ser replanejados.

A representação gráfica a seguir permite observar como essas fases se interligam possibilitando na prática a operacionalização do marco conceitual.

Fig. 2



V- O CAMINHO PERCORRIDO NO PROCESSO DE CUIDAR.

Este capítulo tem por objetivo descrever como se deu a implementação da proposta teórico-metodológica de abordagem cultural no processo de cuidar. Caracteriza-se como um relato de uma Prática Assistencial de cunho investigativo

1- O CONTEXTO DA PRÁTICA.

A Prática Assistencial foi realizada na unidade de terapia intensiva/unidade de internação de uma instituição hospitalar particular na cidade de Cuiabá e se estendeu até o domicílio dos clientes, no período de maio à junho de 1997 e de dezembro de 97 à março de 98. A escolha do local para o desenvolvimento do estudo foi motivado pela possibilidade de encontrar a clientela desejada e existir uma interação prévia com a equipe de enfermagem e demais profissionais que integram a equipe interdisciplinar.

Para iniciar o desenvolvimento da prática assistencial, encaminhei à instituição uma cópia do projeto juntamente com um ofício ao diretor do hospital, chefe do serviço de cardiologia, chefe da UTI e à gerente do serviço de enfermagem, solicitando autorização para a realização do trabalho.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é composta por 14 leitos, sendo 4 leitos destinados ao atendimento de clientes no pós-operatório de cirurgia

cardíaca e 10 leitos para as demais especialidades; atende em média 3 clientes com infarto agudo do miocárdio por mês, conforme dados obtidos do livro de registro da unidade. Este fato contribuiu para que ficasse um período à espera de internação de clientes com infarto agudo do miocárdio.

A equipe de saúde da UTI é composta por médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas.

2- OS SUJEITOS DO ESTUDO

Os critérios que fundamentaram a seleção dos sujeitos para o estudo, foram estabelecidos da seguinte forma: indivíduos admitidos na UTI com diagnóstico de IAM que se dispusessem a participar do mesmo. Posteriormente foi incluído o critério de residir em Cuiabá, pelo fato da instituição receber clientes de outras regiões do estado. Neste período, tive a oportunidade de acompanhar um cliente residente na cidade de Sinop, localizada na região norte do Estado, há 500km da capital tornando-se praticamente impossível o seu acompanhamento no domicílio.

Os contatos com os clientes infartados, ocorreram diariamente nos períodos matutinos e vespertinos no horário de visitas. No primeiro encontro, eu explicava os objetivos do trabalho, ficando acordado que estes poderiam deixar de participar do mesmo no momento que desejassem, como também, seria assegurado o seu anonimato e dos co-participantes. Utilizei o termo de consentimento livre e esclarecido por escrito do cliente e autorização verbal de seus familiares, para atender uma norma da instituição. Participaram do estudo 6 (seis) clientes, sendo 3 (três) no primeiro momento (Prática Assistencial Aplicada), Maurício, Éder e João; e 3 (três) no segundo momento (Retorno à unidade), Sérgio, Daniel e Helena. Sérgio foi a óbito, Daniel, após o segundo encontro optou por não mais participar do estudo; Helena porém participou de todo o processo de cuidado tanto na instituição quanto no

domicílio. Este fato contribuiu para que eu optasse por descrever a experiência vivenciada por Helena e seus familiares.

Os contatos com os clientes infartados ocorreram de maneira bastante informal, de tal forma que o diálogo pudesse ir se estabelecendo aos poucos, num processo de conhecer e de se deixar conhecer, de perguntar e de responder.

O fato de manter uma proximidade com os cliente na UTI e Unidade de Internação, favoreceu a criação de um vínculo de confiança tanto com estes quanto com os seus familiares. Durante a sua permanência na instituição procurei estar sempre aberta e atenta aos fatos ocorridos na UTI e unidade de internação, quanto às suas atitudes e a de seus familiares.

3- O CUIDADO

O cuidado de enfermagem desenvolvido, foi considerado como a dinâmica das ações em busca do conhecimento de significados e práticas de cuidados derivados da visão de mundo, dos fatores sociais, dos valores culturais, do contexto ambiental e do uso da linguagem para o fornecimento de um cuidado cultural coerente.

Para viabilizar a coerência entre o cuidado cultural e a determinação de comportamentos, as decisões e ações de enfermagem foram baseadas na preservação, acomodação e repadronização dos cuidados à saúde. Nesse momento, o detalhamento dos quadros de referência apresentados no marco conceitual, como uma tentativa de relacionar teoria/prática foi de importância fundamental. A identificação dos cuidados culturais a serem preservados, acomodados e repadronizados deu-se de maneira conjunta, assumindo inicialmente uma forma provisória e no decorrer do estudo foi sendo modificado ou reafirmado.

Os cuidados preservados referem-se às ações que visam manter crenças e valores referentes àquela cultura, quanto ao seu bem-estar, sua forma de

recuperar a saúde e de enfrentar a morte. Os cuidados a serem acomodados, referem-se às ações que ajudam as pessoas de determinada cultura a se adaptarem ou negociarem formas de cuidado, no sentido de obter resultados benéficos ou satisfatórios de acordo com a sua visão de mundo. Os cuidados a serem repadronizados referem-se àquelas ações que auxiliam o cliente a mudar seus hábitos de saúde para o alcance de resultados mais benéficos que os anteriores, respeitando seus valores e crenças culturais (Leininger, 1978, 1984, 1991).

A avaliação dessas ações deu-se de forma contínua, num processo entendido como prática educativa envolvendo a comunicação, observação e acompanhamento dos clientes tanto na instituição hospitalar quanto no domicílio, através de um exercício de ação e reflexão, pois estes dois elementos são partes integrantes e indissociáveis para a busca de um cuidado cultural, minimizando assim, a imposição cultural geralmente exercida pela enfermeira mediando a cultura das pessoas com a da organização.

A partir do momento da alta, desloquei-me para seus domicílios, onde entrei em contato com um novo contexto cultural, novas interações e descobertas foram acontecendo num ambiente “naturalístico” (Ludke & André, 1986, p.12). No transcorrer do estudo mais especificamente no domicílio, sempre houve a preocupação de agendar o próximo encontro de maneira conjunta (enfermeira/cliente/famíliares).

Durante o período em que desenvolvi a proposta de cuidado cultural sempre estive próxima do cliente, afastando-me somente no momento em que concluimos (enfermeira/cliente) que esta teria condições de caminhar sozinha. Porém, retornei ao domicílio de Helena esporadicamente para aprofundar alguns questionamentos. Os autores que fazem referência ao término de um trabalho, relatam não haver “receitas prontas” para esse momento, principalmente porque as relações interpessoais desenvolvidas durante o período de estudo, não se desfazem automaticamente com a conclusão das

atividades previstas, vai além, ultrapassa os limites do tempo e firma-se na sociabilidade, confiança e até mesmo de carinho.

“A relação inter subjetiva que se criou, pode ela mesma contribuir para definir o corte necessário ou a continuidade possível e desejada” (Minayo,1993,p.145).

4- A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS

Para coleta e registro dos dados, utilizei um roteiro de entrevista (anexos 1 e 2) e anotações em diário de campo registradas imediatamente após as observações e informações recebidas pois, a opção de não utilizar o gravador exigiu um grande exercício de memorização para que alguns detalhes não se perdesse.

Logo no início senti a necessidade de reformular o roteiro de entrevista, devido a falta de alguns dados e também por que algumas perguntas não estavam bem elaboradas. Segundo Minayo(1993), através da entrevista podem ser obtidos dados denominados por Lundberg como “objetivos” os quais o pesquisador poderia coletar através de outras fontes, e os “subjetivos” que se referem as informações sobre as atitudes, valores, e opiniões dos indivíduos entrevistados, obtidos com a contribuição dos atores envolvidos.

O diário de campo foi utilizado para registro dos dados, sendo nele anotados fatos ocorridos sob forma de descrições, citações e de diálogos ocorridos entre cliente/enfermeiro/co-participantes e outros informantes (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da unidade), caracterizados neste estudo por notas de campo. As notas de campo refere-se à descrição textual dos encontros realizados (13 encontros),bem como, eventos e situações vivenciadas pelos clientes e o enfermeiro na UTI, na Unidade de internação e no domicílio. Engloba também a identificação dos cuidados culturais, os conceitos referentes ao marco conceitual, ao processo e a algumas análises efetuadas. Ao final de cada encontro, existem anotações denominadas “*Para o próximo encontro*”, essas anotações referem-se ao preparo para a visita

seguinte. Ao fazer a leitura do diário de campo que se encontra adiante, o leitor vai perceber que o aprofundamento de algumas questões iniciais só foram melhor compreendidas em encontros posteriores, demonstrando assim, que o conhecimento não se dá de forma estanque e linear, mas sim de maneira dinâmica, exigindo tempo para o conhecimento mútuo e reflexão.

Com o objetivo de apresentar a utilização do diário de campo, destaquei as notas referentes ao marco conceitual, ao processo e à reflexão dos temas emergentes.

NOTAS DO MARCO (NM)- referem-se aos dados e situações vivenciadas no campo que de alguma forma reportam ao marco conceitual e interrelação dos conceitos.

NOTAS DO PROCESSO (NP)- referem-se à identificação do processo de preservação, acomodação e repadronização, elementos básicos para o desenvolvimento do cuidado cultural.

NOTAS REFLEXIVAS (NR) - local reservado para o enfermeiro expressar seus sentimentos, suas ações, refletir, questionar acerca dos conteúdos das observações, entrevistas e conversas informais com os clientes e co-participantes do estudo, fazendo associações, relações entre partes e vislumbrando novas perspectivas de ação vinculadas ao marco conceitual e ao processo de cuidar.

Apesar de todos esses cuidados metodológicos durante a coleta de dados, houve momentos em que tive a impressão de estar desenvolvendo o trabalho de maneira vazia, inconsistente, sem entender muito bem até onde chegar, que ponto aprofundar, exigindo uma retomada do marco teórico e a reelaboração dos quadros de referências apresentados anteriormente. Neste momento os conceitos foram sendo melhor detalhados. Considero este procedimento um recurso valioso para o desenrolar do estudo, uma vez que ajudam na aproximação da teoria/prática e no redirecionamento das estratégias e organização dos dados.

5- A ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos conceitos utilizados neste estudo, realizei um movimento de “ir” e “vir” retomando a proposta teórico-metodológica, baseado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e na revisão da literatura, identificando elementos dos conceitos que emergiram do estudo.

VI- A REVELAÇÃO DE UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DIFERENCIADA: O CUIDADO CULTURAL

Este capítulo divide-se em duas partes: na primeira apresento de maneira sucinta alguns dados dos participantes do momento 1 (Prática Assistencial Aplicada). Na segunda parte, o leitor vai encontrar a descrição dos participantes do momento 2 (Retorno à unidade), os co-participantes, caracterização da instituição, o processo de cuidar, as ações e decisões tomadas com o cliente numa abordagem cultural.

5.1- O ENCONTRO COM OS CLIENTES (Momento 1)

Minha trajetória começou acompanhando **MAURÍCIO** ele tinha 66 anos, casado separado da esposa há vinte anos, pai de seis filhos, onze netos, cor negra, natural de Cuiabá, pedreiro aposentado, religião católica. Nosso contato ocorreu após dez dias de sua internação na UTI, encontrava-se agitado, desorientado no tempo e espaço, porém, com o passar dos dias e com a estabilização hemodinâmica foi transferido para o apartamento. Num contato mais próximo com os familiares passei a conhecer alguns hábitos e cuidados de saúde desenvolvidos por Maurício: geralmente resolve os seus problemas de

saúde com chás caseiros, possui o hábito de fazer o “quebra torto”⁶ com pirão de peixe e de “fazer o quilo”⁷ após o almoço, gosta de dormir em quarto escuro, tabagista e etilista há mais de trinta anos. É hipertenso há oito anos, sabe que a pressão está se alterando quando fica agitado e para baixar os níveis pressóricos, toma chá de folha de carambola.

Durante sua internação descobriu ser diabético porém mantém o hábito de tomar chás/sucos com açúcar. Conversei com os familiares sobre a possibilidade do uso do adoçante no lugar do açúcar. No dia seguinte, ao chegar no apartamento Maurício mostrava-se irritado com seus familiares pelo fato de tê-lo obrigado a comer toda a dieta de uma só vez. Orientei os filhos quanto a importância da alimentação no momento de reabilitação, ressaltando que esta deveria ser administrada de maneira fracionada.

Após alguns dias Maurício foi para o domicílio. Lá não conseguia dormir pois estava sendo acordado à meia-noite para tomar medicamentos, só conseguindo descansar novamente com o clarear do dia. Sugerido à filha a repadronização dos horários dos medicamentos.

Ao retornar na semana seguinte Maurício encontrava-se satisfeito, pois passou a dormir a noite toda, acordava disposto e já começava a fazer caminhadas por alguns minutos com a ajuda dos filhos. Aos poucos foi se reintegrando a sua dinâmica social.

O segundo cliente foi **EDER** este foi encaminhado para participar do estudo por sua médica, após tomar conhecimento da minha proposta de trabalho; ele tinha 62 anos, natural da Paraíba, residiu em várias regiões do país (São Paulo, Paraná, Goiânia) atualmente reside no Município de Santo Antônio do Leverger, localizado a 35Km de Cuiabá. Lavrador, prefere morar em área rural, por isso se habituou a resolver os problemas de saúde com remédios caseiros e benzedura

⁶ Quebra torto- expressão utilizada pelo cuiabano para designar o desjejum, este pode ser: café com leite, chá com bolo, farofa, etc.

⁷ Fazer o quilo- expressão utilizada para designar o descanso após o almoço, período para se fazer a digestão. O descanso geralmente é realizado na rede ou cadeira de balanço

Comunicativo e bem humorado, nossos encontros foram mediados por momentos de descontração, aprendizado e reflexão. Relata ter sido uma pessoa saudável até os 55 anos, pois tinha disposição para o trabalho e festas. Após este período começou a sentir cansaço aos pequenos esforços e dor no peito que não melhorou com a aplicação de “emplasto”, procurou o médico sendo diagnosticado infarto agudo do miocárdio.

Seis meses após retorna ao hospital com “erisipela” no membro inferior direito. Ao receber alta deixou de tomar a medicação prescrita passando a fazer os curativos com chá de folhas de malva e benzedura. No momento encontra-se na fase de exames pré-operatório para cirurgia cardíaca.

Durante os nossos encontros Éder deixa evidente a sua preocupação com o retorno das suas atividades sexuais, pois sua atual esposa é 30 anos mais jovem que ele e aposta todas as esperanças no sucesso da cirurgia ;

“ Se me dissessem que com essa cirurgia eu não voltaria a vida normal, eu nem me esforçaria para fazer isso”.

O meu trabalho com Éder girou em torno do seu preparo para a cirurgia, conversamos sobre as possibilidades de sucesso e até mesmo insucesso, os riscos, os cuidados após a cirurgia. Os contatos com clientes de pós operatório de cirurgia cardíaca foram significativos, trouxe-lhe um novo ânimo.

Dias depois Eder foi submetido à cirurgia, reinartou no centro cirúrgico e seu estado clínico se agravou no pós-operatório, por isso nosso contato só foi retomado uma semana após a cirurgia. Ao reencontrá-lo este declarou:

“agora estou realizado, no momento só gostaria de sair daqui (UTI), muito barulho e com a luz acesa não consigo dormir, com foi importante para mim o que aprendi com a senhora...”.

Nesse momento negocieei com a equipe de enfermagem apagar parte da iluminação da unidade. Dez dias depois Éder recebe alta para sua residência.

O terceiro cliente foi **JOÃO** 72 anos, casado, pai de cinco filhos, natural da Zona da Mata em Minas Gerais, bancário aposentado, católico praticante,

no momento desenvolve suas atividades como artista plástico, é adepto da homeopatia.

Internou na UTI durante o final de semana, comunicativo encontrava-se ansioso por ter que fazer sua higienização (oral e corporal) no leito chegando a dizer:

“velho é uma droga. Me canso fácil, não consigo nem virar na cama..., gostaria de escovar os dentes com minha escova, de tomar banho de chuveiro..., me sinto tão mal tomando banho aqui na cama...”.

Nesse momento entrei em contato com seus familiares para que trouxessem o seu material de higiene pessoal. Quanto ao banho no leito conversamos sobre a importância do repouso absoluto no momento.

João passou poucos dias na UTI, no dia seguinte a sua internação foi submetido a angioplastia e posteriormente transferido para o apartamento. Lá o contato com os familiares e com objetos que lhe eram próprios (pijamas, chinelos, óculos para leitura, dentre outros), foi indispensável para o seu pronto restabelecimento.

No domicílio João mostra suas obras de arte, várias telas com igrejas dos mais variados tamanhos. Estas telas refletem toda sua religiosidade, seu estilo de vida.

5.2- ENCONTRO COM OS CLIENTES (Momento 2)

SÉRGIO foi o quarto cliente a participar do estudo, porém o primeiro deste momento (retorno a unidade), tinha 53 anos, natural de Saleté – SC, brasileiro (descendente de italiano), comerciante, residente em Sinop (cidade localizada a 500Km de Cuiabá), foi transferido para Cuiabá e admitido na UTI na noite do dia 02/12/97.

Comunicativo, ao me aproximar do leito solicitou um lençol para se cobrir pois estava sentindo muito frio(unidade com ar condicionado central), caminhei até o armário de roupas e lhe trouxe lençol e cobertor. Informa que há ¾ dias começou apresentar dores no estômago pela manhã , solicitou à

esposa um chá de ervas caseiro, porém a dor não passou. Então seu filhos o levaram ao médico sendo diagnosticado IAM; sendo prontamente atendido e transferido para Cuiabá devido as precárias condições de atendimento da rede hospitalar na cidade.

Sérgio foi admitido na UTI por volta das 22:00 horas. Durante nosso diálogo refere fraqueza, se alimentou pouco no almoço (comida branda), segundo ele está acostumado a se alimentar com comida mais “pesada” (muita macarronada com bastante molho e carnes). Após alguns minutos de diálogos se aproximou do leito a auxiliar de enfermagem para lhe fazer a higiene corporal. Em seguida Sérgio foi encaminhado ao serviço de hemodinâmica para implante de marca passo provisório.

No dia seguinte, segundo relato da equipe de enfermagem, Sérgio passou a noite toda agitado, sendo sedado, esse fato dificultou nosso diálogo neste dia. Apresentava também sinais de comprometimento hemodinâmico (hipotensão, taquicardia, taquipnéia) estava em uso de drogas vasoativas para suporte circulatório, ao monitor observava-se arritmia : taquicardia supra ventricular de alta frequência, diurese controlada por sonda vesical e demais medicações administradas por bomba de infusão. Sérgio é encaminhado para realizar cateterismo cardíaco.

Seu exame revela uma área extensa de infarto, compatível com a gravidade do seu estado clínico. Depois de alguns dias na unidade (20 dias) e com o comprometimento cada vez maior do seu estado de saúde, Sérgio solicita nos poucos períodos de lucidez o seu retorno para Sinop “gostaria de morrer na minha casa...” seus familiares decidem então levá-lo para casa. Durante o período em que permaneceu na UTI, conseguimos preservar alguns hábitos como o tomar chimarrão pela manhã, acomodar horários especiais para visita de seus familiares e repadronizar algumas condutas na unidade para preservar a privacidade e proporcionar melhores condições de sono e repouso.

Ao chegar em Sinop Sérgio falece, seus familiares telefonam para a instituição comunicando o seu falecimento e agradecendo pela atenção e cuidados dispensados ao seu ente querido.

DANIEL quinto cliente, tinha 43 anos, profissional liberal, natural de Goiânia, casado, pai de três filhos, evangélico, após o segundo encontro me comunicou que não queria mais participar do estudo, respeitado o seu direito, os encontros foram interrompidos.

O último cliente a fazer parte do estudo/processo de cuidado foi **HELENA**. Ela é uma senhora de 61 anos, cor branca, cabelos grisalhos, baixa estatura, obesa, natural de Vacaria-RS, do lar, católica praticante, residente em Cuiabá há 30 anos após transferência do esposo por motivo de trabalho chegando a fazer o seguinte comentário: “estou aqui até hoje porque comi cabeça de pacu”.⁸

Comunicativa informa ter tido 11 gestações e 2 abortos: sendo um causado por uma queda no quintal “diz que cair sentada não presta porque a gente perde a criança”, o outro aborto não sabe explicar a causa. Nas demais gestações nasceram 9 filhos, desses 9 filhos, 2 filhos morreram nos três primeiros meses de vida devido a desidratação e “crupe”, tendo então educado somente 7 filhos (2 do sexo masculino e 5 do sexo feminino). Os filhos do sexo masculino já são falecidos; um há 10 anos por cirrose hepática e o outro em 1997 “por ataque do coração” após atividade física na pista de atletismo da Universidade Federal de Mato Grosso- UFMT.

Relata possuir experiências anteriores com hospitalizações. A primeira experiência ocorreu por ocasião do parto cesárea de sua terceira filha (há 35 anos) por volta do 7º mês de gestação após períodos de “muita incomodação e esforço físico”, começou apresentar sangramento intenso. Nessa ocasião, foi orientada pela parteira da região a procurar atendimento hospitalar; a segunda e terceira experiência com hospitalização ocorreu há 18 e 16 anos por ocasião do parto normal de suas últimas filhas, em virtude da mesma ter se

9. Lenda da região : quem come cabeça do peixe chamado pacu não deixa mais a região, passando a fixar residência.

considerado velha para gerar filhos (42 e 44 anos respectivamente). Ao ser interrogada quanto à idade ideal ou máxima para se gerar filhos, Helena respondeu:

“Ah! Acho que é 30 anos porque você vê eu tive filho com 42 e 44 anos os meus partos foram difíceis, um nasceu primeiro os pés e no outro eu tive muito sangramento, mais de 40 anos para ter filhos é muito perigoso, muito arriscado...”.

Acredita que com o advento de novas tecnologias o atendimento aos problemas de saúde possam ser melhor resolvidos, essa percepção é validada com o seguinte depoimento de Helena

“minha irmã também quase morreu no parto, ela teve um ataque e só viveu porque levaram ela para o hospital, porque lá no hospital tem mais recursos, tem médico, tem aparelhos como a ultra som...” .

A quarta experiência de hospitalização ocorreu por volta do ano de 1995 após o aparecimento de furúnculos na região abdominal, quando foi submetida à drenagem de abscesso com posterior intervenção cirúrgica, ficou hospitalizada por um período de 2 meses. A quinta e mais recente experiência com hospitalização ocorreu com a sua internação na unidade de terapia intensiva no dia 03/02/98 por infarto agudo do miocárdio; nessa unidade porém sua experiência é inédita.

Helena é viúva há 15 anos, mora em casa própria, de alvenaria na companhia de 3 filhas solteiras; tabagista desde os 7 anos de idade, no princípio fumava cigarro de palha, com o passar do tempo após mudar-se para Cuiabá passou a consumir cigarro industrializado chegando a fumar de 30 a 40 cigarros ao dia, deixando de fumar apenas o período em que esteve hospitalizada para tratamento dos furúnculos abdominais, voltando a fumar logo após a alta hospitalar por acreditar que o cigarro não prejudicava a saúde,

“Nunca tive nenhum problema de saúde causado pelo cigarro, conheço tanta gente que fuma e não morre, como também conheço gente que não fuma e morre...” .

Como nasceu na região Sul, adquiriu o hábito de tomar chimarrão diariamente às 5:00h da manhã, para posteriormente desenvolver suas atividades cotidianas. Após a morte do esposo teve que assumir o papel de pai

e mãe da casa, educando os filhos, provendo o sustento familiar através de trabalhos domésticos. Atualmente sobrevive com a pensão que o esposo lhe deixou, que adicionada à pensão que as filhas solteiras também recebem formam o rendimento familiar.

Por ter passado parte de sua vida morando em cidade do interior, que não dispunha de grandes recursos financeiros e nem de serviços de atendimento à saúde estruturados, seus problemas de saúde como os das demais pessoas da região eram resolvidos no âmbito familiar através de remédios caseiros e de mistura de ervas no chimarrão. Esses conhecimentos eram passados pelos pais, vizinhos, comadres, pessoas mais velhas da região e repassados aos filhos,

“quando a comida não assenta, está com dor no fígado, tomo chá de boldo; chá de folha de erva cidreira é bom para os nervos; chá de hortelã é bom para as crianças com vermes; chá de camomila também é bom para acalmar os nervos; chá de erva-doce para prisão de ventre...” (Helena)

“chá de folha de mamão macho e noz moscada com folha de chuchu, é bom para baixar o colesterol e pressão alta” (Helena).

Durante o diálogo, Helena e suas filhas foram contando suas experiências, evidenciando assim a dinâmica em que o cuidado popular se desenvolve. Porém ao ser questionada sobre o conhecimento e até mesmo a utilização de remédios caseiros para a resolução dos problemas cardíacos, em especial, o infarto agudo do miocárdio a resposta foi a seguinte:

“remédio caseiro para o coração não, porque o coração quando ataca mata, se não correr para o médico morre mesmo, remédio caseiro é só para baixar a pressão alta e o colesterol” (Helena).

Essa declaração deixa implícito a crença de que o coração é o órgão que ainda hoje, detém o poder da vida e da morte; revela ainda mais, que o cuidado popular possui um limite de atuação e resolutividade, ao ultrapassá-lo, o cliente busca no cuidado profissional um guia para a manutenção de sua sobrevivência.

A influência cultural se faz presente na vida de Helena não só nos cuidados à saúde, mas também, nos hábitos alimentares através do consumo freqüente de massas, churrascos, toteia⁹, arroz com pequi, Maria Isabel,¹⁰ dentre outras, dietas típicas das regiões Sul e Centro-Oeste.

Como opção de lazer, Helena desenvolvia o cultivo de horta caseira, de jardinagem e do jogo do bingo. Destas atividades, o jogo do bingo tem assumido um papel importante para sua socialização, ao reunir filhos, vizinhos, comadres. É o momento onde os acontecimentos da semana são repassados, experiências trocadas e as tradições mantidas através do compartilhar da cuia do chimarrão, uma vez que não dispõe no momento de forças e disposição para o manejo com a terra .

A fim de possibilitar uma melhor compreensão de como foi desenvolvida a prática assistencial/processo de cuidado, apresentarei a seguir de maneira detalhada (diário de campo) a trajetória vivida com Helena e seus familiares (co-participantes).

5.3- OS CO -PARTICIPANTES.

MÁRCIA, JÚLIA e MARIANA são as filhas mais velhas de Helena, elas foram escolhidas por estarem presentes durante todo o processo de hospitalização como também no domicílio. Com as demais filhas de Helena, o meu contato foi esporádico em virtude das mesmas se encontrarem envolvidas com atividades escolares.

MÁRCIA- tem 41anos é a filha mais velha de Helena, casada, tem três filhos (16, 17 e 19 anos), sempre desenvolveu suas atividades no lar, no momento ajuda o esposo no trabalho com um bar, possui o primeiro grau incompleto.

⁹ Toteia- comida típica da região de Vacaria-RS (macarrão caseiro com moranga).

¹⁰ Maria Isabel – comida típica da região (Cuiabá) : arroz com carne seca.

JÚLIA- 35 anos, casada, tem dois filhos menores, do lar, possui o primeiro grau incompleto e mudou-se temporariamente para a casa da mãe após sua alta hospitalar para ajudar nas atividades cotidianas.

MARIANA- 30 anos, casada, também com dois filhos menores, do lar, primeiro grau incompleto, ajuda no orçamento familiar com a venda de trabalhos manuais (crochê e pintura em tecido).

São descendentes de índio, nasceram em Vacaria-RS e vieram para Cuiabá ainda menores, onde cresceram e constituíram suas famílias. Márcia e Juliana moram próximas da mãe, só Mariana é quem mora num bairro mais distante (Santa Rosa), por isso não vem à casa de sua mãe todos os dias .

<p>Universidade Federal de Mato Grosso. É tabagista de longa data, desde os 7 anos de idade, não deixa de fumar por acreditar que o cigarro “<i>não faz mal para a saúde, pois nunca teve nenhum problema de saúde causado pelo cigarro. Conheço tanta gente que não fuma e morre, como também, muita gente que não fuma e morre. Você vê o meu filho não fumava e morreu do coração...</i>”</p> <p>Com relação a sua internação informa que estava em sua residência quando começou a sentir fortes dores no peito que irradiava para as costas, solicitou às filhas que fizesse massagem com pomada “doutorzinho”, tomou também buscopam composto e anador. Helena realizou estes cuidados (massagem e medicações) por orientações anteriores de uma fisioterapeuta amiga da família e também por recomendações dos vizinhos “<i>todos no bairro sabem disso</i>”; como a dor não passou e em seguida começou a sentir “<i>falta de ar</i>” seus familiares a levaram ao médico sendo transferida para a UTI</p> <p>Durante o nosso diálogo Helena demonstra sua ansiedade pelo momento da alta “<i>acho que vou embora 5º ou 6º feira, estou muito incomodada / nervosa de ficar aqui deitada, sinto dores nas costas, não consigo nem virar direito, já estou sem falta de ar, tenho medo de arrancar tudo isso...</i>”. Em seguida passei a fazer algumas perguntas a Helena:</p> <p>Enfermeira (E): A senhora sabe o motivo da sua internação nesta unidade?</p> <p>Helena (H): Me disseram que eu tive um infarto.</p> <p>E: A senhora sabe quais são as causas do infarto?</p> <p>H: emocional “choro”</p> <p>Nesse momento Helena volta-se para o lado e chora. Tentei saber o motivo de sua reação, porém esta não respondia as minhas solicitações, permaneci ao seu lado por alguns minutos até que se restabelecesse, ofereci um copo de água, depois disso, entendi que seria melhor interromper o diálogo e retornar no dia seguinte, nos despedimos.</p>	<p>Cultura (Crença)</p> <p>Cuidado popular</p> <p>Cultura popular (significado)</p>	<p>Repadronização (orientação quanto riscos de doenças causados pelo cigarro).</p> <p>Identificando cuidados culturais</p> <p>Acomodação (descobrir juntamente com Helena a melhor maneira de mobilizar-se no leito).</p> <p>Acomodação (orientar fatores de risco)</p>	<p>A cultura é dinâmica. No processo saúde-doença antes de procurar cuidado profissional, busca-se a resolução dos mesmos através de ações aprendidas no contexto social e cultural</p> <p>Não mobilização no leito poderia estar associada a cultura popular de que o doente tem que ficar sempre quieto, imóvel? (Aprofundar)</p> <p>Aprofundar fator emocional com infarto</p>
--	---	---	---

PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

- Aprofundar causas do infarto.
- Cuidados necessários para prevenir o infarto.
- Explorar o significado do infarto na sua vida.

Data: 05/02/98

Local: UTI

Período: vespertino 14:00 às 16:00h

Encontro: 2º

NOTAS CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Quando cheguei à unidade às 14:00h, Helena estava deitada, me aproximei do leito, ela parecia estar dormindo, porém no momento em que eu estava saindo em direção ao posto de enfermagem, Helena acordou, esboçou um sorriso, perguntei se tem o hábito de dormir após o almoço, ela respondeu que não, estava dormindo porque <i>"acha que tomou algum calmante"</i>, dorme somente à noite e com a luz apagada. Aliás esta noite sentiu um pouco de dificuldade para dormir com a luz acesa. Refere calor, como esta próximo do horário de visita, o banho no leito foi antecipado. Após o banho Helena começou a chorar, perguntei o motivo, ela respondeu: <i>"veja a situação em que me encontro, dependendo dos outros para tomar banho principalmente banho dado por homem"</i> (auxiliar de enfermagem sexo masculino). Conversamos alguns momentos sobre este fato, logo que se acalmou ela disse: <i>"quero ir embora, estou preocupada com a casa, lá sou pai e mãe, todas as contas sou eu quem pago, eu saí para fazer uma consulta e tive que ficar aqui"</i>.</p> <p>E: Como costuma cuidar /tratar os seus problemas de saúde?</p> <p>H: Com chás caseiros que se mistura a erva do chimarrão por exemplo: chá de boldo para o fígado, chá de raiz de picão para hepatite, chá de quebra pedra para os rins.</p> <p>E: E para o coração?</p> <p>H: Para o coração eu não conheço nenhum; para o coração é só o remédio do médico...</p> <p>E: Por que o coração só se trata com remédio do médico?</p> <p>H: Porque coração não é brincadeira, quando ataca é prá valer, não viu eu perdi o meu filho?</p> <p>Nesse momento Helena recebe a visita de duas filhas, me apresentei a elas, expliquei o objetivo do meu trabalho, mostraram-se acessíveis e se colocaram a disposição para maiores esclarecimentos e autorizando-me a dar continuidade ao acompanhamento de Helena tanto na instituição quanto no domicílio. Nesse contato inicial uma das primeiras perguntas que suas filhas me</p>	<p>Cultura organizacional</p> <p>Cultura (valores)</p> <p>Cultura Organizacional</p> <p>Cultura (papel)</p> <p>Saúde-doença Cultura (tradição)</p> <p>Saúde-doença Cultura (significado)</p> <p>Cultura organizacional</p>	<p>Avaliando cuidado desenvolvido Acomodação (solicitado a enfermeira da unidade apagar parte da iluminação no período noturno)</p> <p>Repadronização</p> <p>Preservação</p>	<p>Sentimento de aceitação, entusiasmo e confiança.</p> <p>Rotina instituição higiene corporal de todos os clientes antes da entrada dos familiares e amigos Depender dos outros sinônimo incapacidade</p> <p>Cuidados profissionais nas instituições são realizados sem considerar valores culturais dos clientes</p> <p>Chefe de família não tem o direito de ficar doente?</p> <p>Coração vulnerabilidade de vida</p> <p>Diariamente no período vespertino todos os clientes recebem visita</p>

<p>fizeram foi: <i>“a mamãe já te contou o motivo do infarto?”</i></p> <p>È: Helena acha que a causa foi emocional</p> <p>Em seguida uma das filhas respondeu: <i>“isso mesmo, a mãe infartou após completar um ano da morte do meu irmão”</i>. a seguir me afastei do leito para preservar a privacidade familiar.</p>	<p>Cultura (crença)</p>	<p>Acomodação</p>	<p>de seus familiares e amigos, permanecem na unidade por 30 minutos, nesse intervalo o médico plantonista da unidade conversa com os parentes sobre o estado clínico dos mesmos. O fato de solicitar autorização dos familiares para a participação no estudo se deve ao cumprimento das normas institucionais.</p> <p>Fator emocional não é a única causa de infarto, orientado quanto aos demais fatores predisponentes</p> <p>Será que meu marco está sendo implementado?, será que este é o melhor caminho a ser percorrido? Nesse momento retorno ao marco e aos quadros de referência para maior detalhamento dos seus conceitos.</p>
---	-----------------------------	-------------------	--

PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

- Cuidados para prevenir o infarto.
- Significado do infarto para sua vida (aprofundar relação infarto/filho).
- Percepção da unidade.

Data 06/02/98

Local: UTI

Encontro: 3°

Período: vespertino 15:00 às 17:00 h

NOTAS DE CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Hoje Helena encontra-se mais animada, aguardando com ansiedade o horário de visitas. Aproveitei a sua disposição para aprofundar alguns questionamentos.</p> <p>E: Helena, qual o significado dessa doença (infarto) para a senhora?</p> <p>H: Significa algo muito grave, assustador, estou apavorada, tenho filhas para criar, não posso morrer, vivo da pensão que o meu marido deixou, se eu morrer a pensão acaba, com é que elas vão ficar? A gente não deveria ficar doente..</p> <p>E: O que significa doença para a senhora?</p> <p>H: Doença é algo ruim, tira a alegria da gente, é tristeza, ausência de apetite.</p> <p>E: E saúde?</p> <p>H: Saúde é ter alegria, felicidade, apetite.</p> <p>Nesse momento aproxima-se do leito a auxiliar de enfermagem com as medicações para serem administradas, Helena logo diz : <i>"eu não gosto de tomar remédios.."</i>.</p> <p>E: Mas a senhora não tomou buscopam, anador quando teve a dor no peito?</p> <p>H: Tomei mas esses remédios são diferentes...</p> <p>E: Então de que maneira tem procurado resolver e tratar os problemas de saúde?</p> <p>H: Bom, quando eu tive dor no peito, nos braços, minhas filhas fizeram massagens com pomada "doutorzinho", quando a comida não assenta, está com dor no fígado- chá de boldo, nervosa - chá de folha de erva cidreira, é bom para os nervos, chá de hortelã para as crianças com vermes, chá de erva-doce para prisão de ventre, é assim, tudo na base do chá caseiro...</p> <p>E: Com quem a senhora aprendeu tudo isso?</p> <p>H: com os mais velhos, meus pais, vizinhos...</p> <p>Durante nosso diálogo ocorreu a troca de monitor cardíaco devido as constantes interferências prejudicando um controle mais seguro das arritmias cardíacas, durante esse procedimento, Helena ficou agitada</p> <p>E: Helena, está sentindo alguma coisa?</p> <p>H: Não, só estou assustada com esse</p>	<p>Ser humano</p> <p>Cuidado profissional</p> <p>Cuidado popular</p> <p>Cuidado profissional</p>	<p>Acomodação</p> <p>Preservação</p>	<p>Infarto = morte</p> <p>Às vezes o cuidado profissional sobrepõe o cuidado popular</p> <p>Cultura popular; dinâmica, lógica.</p>

Data: 09/02/98

Local: UTI

Encontro: 4º

Período: vespertino 14:30 às 16:00 h

NOTAS DE CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Ao chegar na unidade encontro Helena sentada no leito sem hidratação venosa, pela manhã havia sido retirado o catéter de subclávia e a medicação de endovenosa passou para oral.</p> <p>H: Oi, Rose, que bom que você veio! Hoje estou alegre e triste ao mesmo tempo.</p> <p>E: Como assim?</p> <p>H: Estou alegre porque o médico passou cedo e me disse que vou receber alta daqui e triste, porque até agora ninguém me levou para outro quarto, essa demora está me deixando bastante nervosa. Não sei o motivo, não me falaram nada...</p> <p>Percebendo a ansiedade de Helena, fui conversar com a enfermeira da unidade para certificar-me se a mesma encontrava-se de alta, como também, o motivo da sua permanência na UTI. A enfermeira então me respondeu que a transferência ainda não havia sido realizada por falta de leito na enfermaria do SUS (Sistema único de Saúde). Retornei até o leito de Helena para lhe repassar as informações, ela ficou mais triste ainda, a partir desse momento o diálogo ficou restrito.</p> <p>Como se aproximava do horário de visitas, o auxiliar de enfermagem se aproximou para realizar a higiene corporal. Percebi que este trazia consigo todo material para banho no leito. Então perguntei :</p> <p>E: Helena já está de alta, porque continua a tomar banho de leito? Ela não poderia tomar banho de chuveiro?</p> <p>Auxiliar(A): Não, porque pela manhã quando tentou ir ao banheiro sentiu tontura e falta de ar.</p> <p>E: Então o banho poderia ser realizado por um auxiliar de enfermagem do sexo feminino, uma vez que a ela já referiu o seu constrangimento?</p> <p>A: No momento as colegas estão todas ocupadas.</p> <p>Percebi que não tinha outra opção, resolvi ajudá-lo no banho, pois a minha presença proporcionaria maior conforto. Durante a realização do procedimento, este muitas vezes não se preocupou em preservar a privacidade da cliente. Após o banho, o</p>	<p>Cultura organizacional</p> <p>Cultura organizacional</p> <p>Cultura organizacional</p>	<p>Repadronização</p> <p>Acomodação</p> <p>Repadronização</p>	<p>Formação de um vínculo de confiança</p> <p>Diariamente pela manhã cada cliente é avaliado pelo seu médico, que junto com o plantonista da unidade discute o caso e toma as decisões.</p> <p>Garantir ao cliente o direito à informação.</p> <p>Os clientes atendidos pelo SUS no momento da alta deverão ser encaminhados a enfermaria, na ausência de leitos disponíveis permanecem na UTI.</p> <p>Cultura organizacional mais forte que valores culturais (morais) dos clientes.</p>

<p>meu diálogo com Helena foi no sentido de entender melhor algumas de suas afirmações anteriores tais como: o significado de alegria e de tristeza. H: Alegria é felicidade, ter filhos e tristeza, é perder um filho "lágrimas". Nesse momento, ofereci a Helena um copo com água para que ela se acalmasse um pouco. A partir desse dia, procurei durante o horário de visitas, deixar Helena próxima de suas filhas o máximo de tempo possível, uma vez que a necessidade de contato mãe/filhos se mostrou importante.</p>	<p>Cultura organizacional</p> <p>Ser humano</p>		<p>Cuidado profissional: impessoal, despreza princípios morais, não garante o direito à privacidade e respeito com o cliente (Código de Deontologia).</p> <p>Por que todas as vezes em que se fala dos filhos Helena chora? Como será relação mãe / filho?</p>
--	---	--	--

PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

- Cuidados para se prevenir o infarto.
- Como se sente em relação ao fato de receber visitas somente 1x ao dia por um período de 30 minutos?
- Significado dos filhos na sua vida.

Data: 10/02/98

Local: UTI

Encontro: 5º

Período: matutino 9:00 às 10:00h

NOTAS DE CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Hoje é dia de desinfecção terminal na UTI, a unidade encontra-se movimentada vários funcionários da limpeza lavando as paredes, esfregando o chão, alguns clientes nos corredores, tornando-se praticamente impossível o meu diálogo com Helena. Apesar de toda essa movimentação, achei que seria importante me aproximar de Helena pelo menos para dar um oi. Ao me aproximar do leito ela estava nervosa e triste pois ainda não</p>	<p>Cultura organizacional</p>	<p>Acomodação</p>	<p>Rotina pré estabelecida da instituição. Desinfecção terminal a cada 15 dias independente do número de clientes internados. Será</p>

<p>havia surgido vaga na enfermaria do SUS. Com os olhos marejados ela dizia: “quero ir embora para casa ficar com as minhas filhas, não estou conseguindo dormir à noite, estou preocupada com as despesas de casa, nem o meu médico veio me ver hoje” . Em seguida referiu dor na articulação do membro superior direito, porém ela acredita que seja “burssite” pois, sua comadre já referiu uma dor nesse local, tomou uma injeção e melhorou.</p> <p>E: Essa dor a senhora começou a sentir agora ou já há algum tempo? H: Não essa dor começou em casa E: O que fez para melhorar a dor? H: Fiz massagem com gelol, tomei anador e voltaren E: Quem prescreveu essa medicação? H: Foi quando eu operei os fuínculos da barriga, então quando eu tenho qualquer dor eu já tomo...</p> <p>Nesse momento a equipe de limpeza se aproximou do leito jogando água no chão, diálogo interrompido, nos despedimos.</p>	<p>Ser humano</p> <p>Saúde-doença Cultura</p> <p>Saúde-doença</p>	<p>Repadronização</p> <p>Acomodação</p> <p>Acomodação</p>	<p>que não seria melhor realizar este procedimento com um número reduzido de clientes? Até que ponto toda essa movimentação pode contribuir para prevenção e/ou recuperação da saúde?</p> <p>SUS sucateado, gerando redução de leitos nos hospitais particulares e conveniados. Onde estão sendo aplicados os recursos do CPMF?</p> <p>Cultura dinâmica, informações são trocadas dentro do contexto social e cultural.</p> <p>Orientação quanto ao uso correto das medicações.</p>
--	---	---	---

PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

- Cuidados para se prevenir oinfarto.
- Como percebe a rotina de desinfecção terminal da unidade.
- Significado do morrer.

Data: 11/02/98

Local: UTI

Encontro: 6°

Período: matutino 9:00 às 10:30h

NOTAS DE CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Com o passar dos dias Helena está cada vez mais triste, pouco comunicativa, as poucas vezes que fala é para dizer que quer ir embora para casa pois, já está de alta há 3 dias e não consegue vaga na enfermaria. Hoje está em jejum para realizar o exame da cateterismo, refere sede, ofereci água só para molhar a boca.</p> <p>H: Como é esse exame? Precisa operar? Eu já operei e custou para cicatrizar porque sou diabética.</p> <p>Procurei acalmá-la tirando as suas dúvidas, expliquei a técnica do exame.</p> <p>Solicitou a comadre com a seguinte ressalva "fico com vergonha de pedir aos outros a comadre, as pessoas passam aqui ligeiro ou até mesmo fazem que não escutam a gente". Nesse momento me dirigi até o banheiro e lhe trouxe a comadre.</p> <p>Hoje tomou banho de chuveiro, após o banho, vestiu camisola.</p> <p>E: Como se sente após tomar banho de chuveiro e vestir a camisola?</p> <p>H: bem melhor, principalmente a camisola, porque tampou os peitos, não gostava de ficar com tudo aparecendo....Mas, estou muito nervosa quero ir para casa, cansei de ficar aqui só deitada dependendo dos outros, eu sempre fui uma pessoa que faço tudo em casa , sou pai e mãe da casa...</p> <p>Em seguida Helena foi colocada na maca e encaminhada ao exame.</p>	<p>Cuidado profissional</p> <p>Cultura organizacional</p> <p>Cultura organizacional</p> <p>Cultura (significado) Ser humano</p>	<p>Repadronização</p> <p>Repadronização</p> <p>Repadronização</p> <p>Acomodação</p>	<p>Repadronizando conhecimentos através orientação clara e objetiva. Cuidado popular é limitado.</p> <p>Clientes na UTI são mantidos na maioria das vezes com fraldão e lençol. Será que o uso da camisola/pijama prejudicaria o seu atendimento?</p>

Data: 13/02/98

Local; UTI

Encontro: 7º

Período: matutino 9:00 às 11:00h

NOTAS DE CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Ao chegar na UTI procurei o prontuário de Helena para saber o laudo do cateterismo realizado em 11/02/98. Porém antes da descrição do laudo encontrei o seguinte registro: durante a realização do cateterismo paciente apresentou taquicardia ventricular e fibrilação ventricular durante a ventriculografia esquerda, realizado manobras de ressuscitação com desfibrilador- 300 joules. Laudo: artéria descendente anterior- lesão severa do terço médio, circunflexa direita- ocluída no terço médio colateral, ventrículo esquerdo- acinesia infero-basal, hipocontratilidade difusa de grau moderado.</p> <p>Nesse momento se aproxima a enfermeira da unidade dizendo que após liberação do laudo cateterismo , a equipe médica indicou cirurgia cardíaca.</p> <p>Em seguida me aproximei de Helena, referia dor no membro superior direito (local realização exame), fui até o posto de enfermagem peguei uma pomada e comecei a fazer massagem. Durante a massagem observei que no seu tórax havia marcas (queimaduras) das pás do desfibrilador, fiz curativo; observei também o retorno da hidratação venosa. Esses fatores contribuíram para deixar Helena muito triste, bastante chorosa e resistente ao diálogo, somente repeti a seguinte frase "quero ir embora para casa, aqui estou presa, não posso trabalhar, não posso fazer nada e mais não posso ter as minhas filhas por perto... Helena vira-se para o lado e adormece.</p>	<p>Cuidado profissional</p> <p>Ser humano</p>		<p>Incorporando Cuidado popular</p> <p>Descobrir novas estratégias de abordagens, acredito que a transferência de Helena para a enfermaria será significativa para a melhora de sua auto-estima e esclarecimento de algumas questões pendentes</p> <p>No cotidiano da atividade profissional, o enfermeiro</p>

			tem se tornado insensível aos sentimentos, percepções e angústias dos clientes com os quais trabalha
--	--	--	--

PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

- Cuidados para prevenir infarto.
- Como percebeu a rotina de desinfecção da unidade .
- Como vê a possibilidade de realizar cirurgia cardíaca.

Data: 15/02/98

Local: enfermaria

Período: vespertino 15:00 às 17:00h

Encontro: 8º

NOTAS DE CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Ao chegar na UTI me dirigi até o leito onde estava Helena, ela porém não se encontrava no leito, perguntei quem estava responsável por ela. Do posto de enfermagem a secretária respondeu: ela teve alta ontem, mas não sei para onde foi. Então procurei o livro de registro dos clientes da unidade e lá estava registrado: enfermaria 10.</p> <p>Sai da UTI e fui em direção a enfermaria 10, lá encontrei Helena sentado no leito, rodeada pelas filhas, toda sorridente, descontraída. Ao me ver foi logo dizendo: “agora sim, aqui eu estou bem, lá é tudo muito fechado, me sentia presa, ficava assustada com os outros doentes, tinha um do meu lado que tinha um tubo na boca e outro no mariz, aquele dia que lavaram lá eu fiquei do lado dele..., aqui não, minha filha passou a noite comigo, levantei as 5:00h da manhã para tomar o meu banho, a única coisa que não estou gostando é da comida que é uma dieta para diabetes”.</p> <p>E: se a senhor estivesse em casa qual seria o cardápio de hoje (Domingo)? Filha (F): Arroz, feijão churrasco e toteia H: Churrasco com uma graxinha, risos...</p> <p>Este encontro foi marcado pela descontração e reaproximação com suas filhas. Conheci suas filhas mais movas, ao me apresentá-las disse : “esta é a Rose, enfermeira que está fazendo um trabalho comigo”. Expliquei novamente o objetivo do estudo e combinamos que nos</p>	<p>Cultura organizacional</p> <p>Cultura organizacional</p>	<p>Preservação</p> <p>Repadronização</p>	<p>Diariamente após receber plantão enfermeira unidade faz sorteio pa distribuir clientes ent os funcionário</p> <p>Livro regist clientes unidade proporciona maior identificação dos mesm como també o percur percorrido instituição</p> <p>Imprescindível neste momen a repadronizaçã dos hábit alimentares.</p>

próximos encontros gostaria de contar com a contribuição delas no sentido de aprofundar alguns questionamentos.			
---	--	--	--

PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

- Cuidados para prevenir o infarto .
- Cuidados que devem ser tomados após infarto.
- Como vê a possibilidade de realizar cirurgia cardíaca.

Data: 16/02/98

Local: Enfermaria

Período; matutino: 9:00 às 11:00h

Encontro: 9º

NOTAS DE CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Ao chegar na enfermaria Helena encontrava-se sentada numa cadeira de fio (trazida de sua casa), animada, comunicativa, referindo ter passado bem à noite, pois sua filha permaneceu ao seu lado como acompanhante. Levantou-se cedo, tomou banho de chuveiro(ao levantar-se já não sentiu tonturas pois, sentou antes de levantar). Sua alegria se deve ao fato Ter recebido a visita de suas vizinhas. Segundo Helena, elas estão ansiosas pelo seu retorno, pois, todos os domingos se reúnem para jogar bingo.</p> <p>H: Só que as minhas vizinhas estão zangadas com as meninas, o tempo que estou aqui no hospital elas não deixaram fazer o jogo lá em casa...</p> <p>F: É claro, isso seria até falta de respeito, consideração, a mãe no hospital e nós lá jogando bingo?</p> <p>H: Mas o bingo é a única diversão que tenho, não saio de casa prá nada...</p> <p>Durante esse diálogo percebi que Helena tinha a companhia de outra cliente, perguntei</p> <p>E: Como se sente com uma companheira de quarto?</p> <p>H: Bem melhor! Agora tenho com quem conversar, ela também vai fazer aquele exame que eu fiz (mostra o membro superior direito)</p> <p>E: Cateterismo?</p> <p>H: É esse mesmo, porque ela está com a veia do coração entupida... até já expliquei para ela como é o exame. O médico já passou por aqui hoje e</p>	<p>Cultura (tradição)</p>	<p>Repadronização</p> <p>Preservação</p> <p>Repadronização</p>	<p>Contato com objetos que lhe são familiar poderia lhe dar a impressão de estar mais próximo de casa?</p> <p>Incorporação dos cuidados profissionais</p> <p>Importância do respeito aos mais velhos a aos valores morais</p> <p>Incorporou cuidado profissional,</p>

PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

- Aprofundar significado da cirurgia cliente e familiares.
- Percepção do retorno à casa.
- Cuidados desenvolvidos na residência para manutenção da saúde.

Data: 18/02/98**Local: Domicílio****Período: Matutino (atendendo solicitação da cliente)****Encontro: 11°**

NOTAS DE CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Cheguei à casa de Helena às 9:00h da manhã. Fazia um dia quente e ensolarado. Estacionei meu carro na porta da casa, em seguida avistei Helena pela fresta do portão com grade na entrada. Ela estava sentada na varanda próximo de uma mesa com bancos de um lado e do outro, tipo mesa de reunião, juntamente com algumas filhas e netos e o que me chamou logo a atenção foi a presença da chaleira sobre a mesa e a cuia do chimarrão sendo compartilhada com as filhas.</p> <p>Helena mora numa casa de alvenaria, com pouco de terreno disponível na parte da frente e nos fundos, onde percebi que havia um vestígio de horta, justamente como Helena havia comentado. Ao adentrar a residência fui muito bem recebida, percebi que as pessoas da casa chamavam Helena de Francisca, então perguntei: Por que a chamam da Francisca?</p> <p>H: Esse é o meu nome de batismo lá em Vacaria-RS</p> <p>E: Batismo em casa como?</p> <p>H: Lá em Vacaria toda criança que nasce recebe dois batismos, um em casa e o outro na igreja. Em casa se batiza com folhas de arruda e uma vela, as madrinhas seguram as crianças e o padrinho reza o Pai Nosso e a Ave Maria daí a criança já está batizada, depois quando for maior batiza na igreja.</p> <p>E: Helena hoje que a senhora está em casa no convívio com suas filhas e uma amiga lhe perguntasse como foi a experiência de passar alguns dias internadas na UTI, o que a senhora responderia?</p> <p>H: bem, no primeiro momento fiquei muito nervosa, assustada, às vezes dava para olhar os outros doentes do lado e via que eles tinham tanto fio, tubos na boca que me dava vontade de sair de lá correndo..., teve um dia em que lá estava lavando tudo, me colocaram</p>	<p>Cultura popular Tradição</p>	<p>Preservação</p>	

Data: 26/02/98
Local: Domicílio
Período: Matutino
Encontro: 12º

NOTAS DE CAMPO	NOTAS MARCO	NOTAS PROCESSO	NOTAS REFLEXIVAS
<p>Sempre que retorno à casa de Helena a encontro sentada na varanda cercada das filhas e netos. Hoje além dos familiares estava uma vizinha que é sua comadre e também procedente de Vacaria, tomando o chimarrão. Passamos alguns momentos conversando sobre as atividades desenvolvidas no período de carnaval, logo após, essa vinha levantou-se para ir embora com uma planta cheirosa na mão</p> <p>E: Que planta é essa/ Vizinha: É folha de manjerição</p> <p>E: A senhora vai plantar no jardim? Vizinha: Não, isso é para fazer chá, dizem que é muito bom para todo tipo de inflamação... Dito isso virou-se e foi embora.</p> <p>Então aproveitei a oportunidade deste encontro para conversar com Helena sobre alguns pontos que para mim ainda necessitavam de maiores esclarecimentos como por exemplo, a enorme preocupação com o sustento de suas filhas solteiras uma vez que as mesmas já estão com 16,18 e 20 anos.</p> <p>E: Qual a importância dos filhos na sua vida? H: Ah, nem tem explicação, eles são tudo na vida da gente, é a minha razão de viver, me dão carinho, se preocupam comigo. Lá na UIT eu ficava muito triste porque elas só podiam entrar uma vez por dia e muito rápido, é muito ruim ficar num lugar doente e sem a família por perto...</p> <p>E: A senhor disse que no momento está triste porque não pode fazer nada. Qual a importância que o trabalho tem na vida da senhora? H: Tem muita importância, você vê, a gente trabalhando tudo muda, a pessoa sadia fica alegre contente, se não está trabalhando ou não tem condição para trabalhar prá que viver? Sem trabalho a gente não vive, vegetal! Tudo isso tem me deixado muito nervosa, você vê, eu levantava cedinho tomava o meu banho, fumava o meu cigarrinho, bebia chimarrão e estava pronta para cuidar da casa, agora tudo é diferente...</p>	<p>Cultura tradição</p> <p>Cuidado Popular</p> <p>Cultura Organizacional</p>	<p>Preservação</p> <p>Preservação</p> <p>Acomodação</p>	<p>Filhos = razão de viver</p> <p>Conversar com equipe da UTI sobre possibilidade de receber visita mais vezes ao dia</p> <p>Trabalho= alegria, vida. Ausência de trabalho = vida vegetativa</p>

<p>E: Como é a rotina de sua vida agora? H: Agora levanto mais tarde, porque fico com insônia à noite, não posso trabalhar, fazer esforço, minhas filhas não deixam eu fazer nada, nem posso fumar... E: Como vocês perceberam o trabalho da enfermagem e como esse trabalho contribui para a promoção e/ou recuperação da saúde? Filha: Acho que as enfermeiras lá dentro tem muito trabalho, principalmente com os doentes corre daqui, dali, atende um, outro, às vezes tem que chamar o médico. Acho que o trabalho delas contribui para recuperar a saúde principalmente pelo carinho, atenção com que tratam os doentes, porque muitas vezes a pessoa está naquela agonia de não querer ficar no hospital, quer ir embora, a enfermeira dá mais atenção fica ali perto conversando, a pessoa vai esquecendo e o dia vai passando que ela nem vê que está internada, é assim... Por exmplo, quando você passava o período da manhã conversando com a mãe, a tarde ela já estava mais calma, o dia que você não vinha ela no horário da visita, a primeira coisa que dizia era : ela não veio, o dia está custando a passar... E: O que a senhora está fazendo para passar o tempo aqui na sua casa? H: Minha comadre trouxe um guardanapo para eu bordar E: E a senhora tem bordado? Filha: Não a mãe passa grande parte do dia na sala escura vendo televisão... E: Além de bordar o que a senhora gostaria de fazer? H: Eu gostaria muito de fazer crachê , mas eu não sei fazer E: No próximo encontro vou trazer linha e agulha para ensinar a senhora oK, risos. E: A senhora já começou a fazer caminhada? H: Sim só que sinto muita fraqueza nas pernas ... Filha: Mas a mãe está muito desanimada, ela deveria levantar cedinho, caminhar ali fora para ver as plantas, mas ela não quer saber de nada, é uma luta tirar a mãe da sala escura ou do quarto, só quer ficar deitada, perdeu o estímulo prá tudo... H: Aconteceu tanta coisa... E: O que por exemplo? Helena começa a chorar... Filha: A causa disso tudo a diabetes que subiu, o infarto, acredito que tenha sido pela depressão E: Depressão como? Filha: Desde o ano passado após a morte do</p>	<p>Cultura significado</p> <p>Enfermagem</p> <p>Enfermagem</p> <p>Cultura significado</p>	<p>Acomodação</p> <p>Repadronização</p> <p>Acomodação</p>	<p>Planejado juntamente com as filhas pequenas atividades para Helena tais como: enxugar a louça, preparar o chimarrão, etc.</p> <p>Cuidados de enfermagem extrapola cuidados de rotina “ação terapêutica” (escutar, valorizar conhecimentos respeitar crenças e significados).</p> <p>Orientado caminhadas em terreno plano em pequenos intervalos de tempo</p>
---	---	---	--

<p>explicar melhor essa percepção?</p> <p>H: AL, eu nem sei explicar direito...</p> <p>Filha: Aqueles aparelhos deixam a gente pensando que a pessoa ali dentro está muito mal porque é muito fio ligado, muita luz que acende, e também porque eu nunca tinha visto um parente meu ali, fiquei com medo da mãe entrar em “coma”, eu sempre ouvi dizer “fulano entrou em coma você pode ter a certeza que vai morrer, o médico já desenganou” . Aqueles aparelhos dá a impressão que o doente está muito grave, porque se estivesse bem de saúde não precisaria estar na UTI e nem usando aparelhos...</p> <p>E: A senhora também referiu algumas vezes que gostaria de ir embora para casa porque não queria depender dos outros. Que isso significa para a senhora?</p> <p>H: Velho tem muitas manias, gosto de tomar banho sozinha, sempre fui uma pessoa que trabalhava muito, quando meu marido morreu além de trabalhar em casa tive que sair para trabalhar fora (carregadora de caixas), lavava roupa para fora...</p> <p>E: No hospital a senhora disse por várias vezes que não queria operar Porque? Como pensa hoje?</p> <p>H: Eu não queria operar naquela época porque eu não queria ficar sozinha no hospital, eu ficaria mais conforada se pudesse ter um filho próximo, eu tenho essas filhas solteiras ainda para cuidar...</p> <p>E: O que pensa sobre a cirurgia hoje?</p> <p>H: Hoje eu já estou mais confiante, se for para operar, opero, a ciência/tecnologia hoje nos dá mais confiança, o hospital é bem equipado acho que vai dar tudo certo. Dois meses depois Helena se submete a cirurgia para revascularização do miocárdio com grande sucesso.</p>			
--	--	--	--

2- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A instituição que serviu de base para a realização do estudo foi fundada no ano de 1984 por um grupo de médicos, cujo objetivo era prestar atendimento à mulher, em especial, no ciclo gravídico-puerperal, tendo como suporte diagnóstico laboratórios e serviço de ultrassonografia. Por possuir um corpo clínico aberto, aos poucos a característica da clientela foi se modificando, exigindo assim a aquisição de novos equipamentos, novas tecnologias para o melhor atendimento aos clientes, através dos serviços de RX, tomografia computadorizada, vídeo laparoscopia, litotripsia.

Com a ampliação da assistência, isto é, a criação de vários consultórios médicos nas mais diversas áreas, a área de cardiologia começou a ter uma demanda significativa. A diretoria resolveu investir e se especializar nessa área, criando o serviço de hemodinâmica, de cirurgia cardíaca e os mais recentes serviços de telemedicina e pronto socorro cardiológico. Investiu também, na construção de um novo centro cirúrgico para a realização de cirurgias cardíacas e ampliou o número de leitos da unidade de terapia intensiva (UTI), criou a UTI cardiológica; ampliou o quadro de pessoal da área de enfermagem e investiu em capacitação desses profissionais, através de estágios no Instituto do Coração (INCOR) na cidade de São Paulo, e treinamentos sobre atendimento ao público, objetivando fornecer aos seus usuários um serviço de qualidade e eficiência.

O hospital é privado, com capacidade de internação de 62 leitos, possui convênio com os diversos planos de saúde privados e mantém um convênio com o Sistema Único de Saúde –SUS apenas para o atendimento de clientes para cirurgia cardíaca. No momento passa por mudanças terceirização¹¹ de alguns serviços (nutrição, faturamento, nefrologia, instituto de cardiologia, dentre outros).

¹¹ Terceirização – externalização de partes do processo de produção (Pires, 1996).

O momento em direção a horizontalização das empresas, com ajuste do foco e externalização de partes do processo de produção, formando redes envolvidas na confecção de um produto, afirma Pires (1996, p. 134), tem sido uma das tendências atuais de reestruturação das empresas. Nos serviços de saúde, continua a autora, esta alternativa tem surgido nas discussões e tem sido utilizada em maior ou menor intensidade.

Os clientes são admitidos na UTI após contado médico com o plantonista da unidade via pronto socorro cardiológico, transferências de uma unidade para outra, pós operatórios ou de outras instituições. Diariamente o médico plantonista avalia e faz a prescrição de cada cliente, sendo que o médico responsável pelos mesmos passam mais tarde para discussão do caso e reavaliação de condutas.

Durante a permanência dos clientes na UTI, mais especificamente no horário de visitas, o plantonista mantém contato com os familiares explicando e esclarecendo dúvidas sobre o estado clínico dos mesmos. O momento da alta se dá após discussão com os demais profissionais médicos, cada caso clínico.

A admissão de pessoal para a área de enfermagem ocorre através de referências ou demanda espontânea para preenchimento da ficha de solicitação de emprego. Uma vez considerado apto para desenvolver as atividades de enfermagem, o funcionário passa um período recebendo treinamento em serviço:

“todo funcionário quando é admitido passa por um treinamento na unidade onde vai trabalhar, se for trabalhar no período noturno, o funcionário faz o treinamento no período diurno; se for trabalhar no período diurno, o treinamento é realizado no horário de serviço sempre com a supervisão direta da enfermeira” (Cláudia- funcionária da UTI).

“passei aqui no hospital, preenchi uma ficha de solicitação de emprego, fui chamado para fazer uma entrevista com a enfermeira da unidade, ela me disse: você vai ser treinado...” (Cabeça de telha- funcionário da UTI).

Por ser uma instituição com fins lucrativos, o trabalho e as mudanças ocorrem de maneira dinâmica, como relata alguns funcionários:

“olha aqui muda todo dia, todo dia tem uma melhora, uma surpresa nova para a enfermagem e para os médicos, entendeu...” (Colibri)

“é uma escola de grandes oportunidades, onde a cada dia se aprende uma coisa nova...” (Cabeça de telha).

As relações na instituição caracterizam-se pela linearidade, ou seja, pela hierarquia a ser seguida :

“primeiro os problemas devem ser resolvidos com a chefia imediata para posteriormente serem levados à chefia geral” (Beija-flor, enfermeira do hospital).

Fischer (1995), lembra a importância que a comunicação exerce na instituição, chegando a considerá-la como o sistema circulatório da organização. Esta importância é ressaltada por Dejours (1995), ao afirmar que “a fala autêntica que ocorre mediante a igualdade entre aquele que fala e o outro que escuta, constitui elemento importante para a consecução do processo de comunicação”.

De maneira geral, a comunicação no hospital tende a seguir um estilo autoritário, estilo este profundamente internalizado pelas instituições, em particular as instituições hospitalares. Porém, esse sistema está passando por uma reorganização através da formação e implantação do Conselho Gestor do hospital, onde a instituição busca uma forma mais participativa de ação e representatividade de todos os seus segmentos, gerando assim, um fórum de comunicação, debates, de metas a serem estabelecidas como também, de estratégias para o alcance das mesmas.

Destaca-se ainda o contraste existente entre o seu exterior e o interior. Se de um lado a instituição orienta-se para o futuro, para o exterior através da sofisticação de seus equipamentos, por outro, mostra-se presa ao passado,

através do apego às suas normas e rotinas. Esse apego, parece ser uma característica inerente ao profissional de enfermagem, onde desde o seu processo de formação é levado a disciplinar os corpos dóceis como refere Foucault (1996).¹²

A preocupação em garantir o desenvolvimento do trabalho de maneira organizada, data de Florense Nighthingale, através da formação de “traços de caráter desejáveis a uma boa enfermeira”. Essa cultura continua, ainda hoje, a orientar o dia-a-dia de alguns profissionais de enfermagem, os quais tem se apoiado em estruturas rígidas para o exercício de suas atividades profissionais.

3- O PROCESSO DE CUIDAR.

Desde a idealização da possibilidade de uma abordagem cultural no processo de cuidar, tinha claro que os cuidados culturais dos clientes só poderiam ser revelados através de uma participação ativa de todas as pessoas envolvidas no cuidado. Isso não seria tarefa fácil, pois não impor minha cultura profissional, exigiu uma predisposição para a valorização do conhecimento do outro mediante a compreensão do processo de construção do cuidado.

Leininger (1991) afirma que, ao aproveitar alguns conhecimentos de outras áreas, não estamos apenas emprestando saberes, mas, utilizando estes conhecimentos para desenvolvê-los sob nova forma, sob o prisma da enfermagem. Ela não se utiliza do termo “intervenção de enfermagem” no processo de cuidar, por considerar que este termo traduz a idéia de interferência cultural e práticas impositivas por parte da enfermeira, prefere utilizar os termos “modos de ação ou decisão com o cliente: preservação, acomodação e repadronização do cuidado cultural”. Esta concepção serviu de guia norteador para as ações de enfermagem no decorrer do estudo.

¹² “A minúcia dos regulamentos, o olhar esmiuçante das inspeções, o controle das mínimas parcelas da vida e do corpo darão em breve, no quadro da escola, do quartel, do hospital ou da oficina, um conteúdo laicizado, uma racionalidade econômica ou técnica a esse cálculo místico do ínfimo e do infinito”. (Foucault 1996, p. 129).

Desde o início procurei estar próximo dos clientes e dos seus familiares, pois quanto mais próximo de suas realidades eu me colocasse, maior seriam as possibilidades de captar seus estilos de vida, suas percepções à cerca da saúde-doença, do processo de cuidar. Essa estratégia, demonstrou ser mais que um meio para coleta de dados, revelou que a abordagem da realidade deve ser construída de maneira gradual e bilateral entre o profissional e os participantes do estudo. Nesse processo, a postura crítica do pesquisador se torna algo indispensável como afirma Haguete (1987, p.67), “a responsabilidade do seu sucesso pesa quase que inteiramente sobre os ombros do observador”.

A sistematização das informações obtidas serviu de guia para a reflexão sobre as possibilidades e limites dos cuidados culturais que deveriam ser preservados, acomodados ou repadronizados. Aquele cuidado desenvolvido pela cliente de acordo com o significado atribuído pela cultura popular e profissional, como por exemplo, “massagens com pomadas doutorzinho, iodex para dor lombar”, foram identificados pela ação de preservar. Aqueles cuidados considerados menos satisfatórios para a obtenção de resultados mais benéficos à saúde da cliente, como por exemplo, “banho de leito realizado por auxiliar de enfermagem do sexo masculino”, foram identificados pela ação de acomodar, uma vez que não foi possível garantir que este procedimento fosse somente realizado por profissionais de enfermagem do sexo feminino . Por fim, aqueles cuidados que não contribuíam para o alcance de resultados benéficos à saúde como “hábito de fumar, de se alimentar com dietas ricas em gorduras”, foram identificados pela ação de repadronizar.

Essa busca constante de limites e possibilidades de ação, tem-nos levado a identificar diferenças e semelhanças dos significados do cuidado como também, da importância que estes se revestem no processo de cuidar; demonstrando que as decisões de enfermagem devem ser tomadas com base em análises culturais¹³, de maneira a satisfazer as necessidades do cliente e a proporcionar um processo de viver mais saudável. A enfermagem ao

planejar suas ações dentro de uma abordagem cultural, afirma Monticelli (1997, p.249), “deve usar o conhecimento profissional aprendido, mas deve também, ser encorajada a utilizar-se do conhecimento popular para que seja aceita e para que haja congruência com os valores e estilos de vida dos clientes”. Nesse sentido, o papel do profissional de saúde nas ações de preservar, acomodar e repadronizar são: dar apoio, auxiliar, facilitar, ajudar e estimular, valorizar, compreender, escutar, sugerir, encaminhar e orientar incorporando os conhecimentos e práticas populares ao cuidado profissional.

Um dos exemplos ilustrativos da ação de preservar pode ser evidenciado no momento em que Helena ao referir dor em articulação do membro superior direito, foi realizado massagem com pomada “reparil gel”, no domicílio, a preservação dos cuidados foram mantidos através da utilização de ervas (folha de noqueira) ao chimarrão, aos hábitos alimentares e de higiene, como pode ser observado no seguinte recorte do diário de campo:

“agora a dieta mais do que nunca tem que ser com pouco sal, pouco óleo, lavar bem as mãos antes de oferecer um alimento, se estiver suada, tomar banho para depois sentar e conversar com a mãe, molhar o quintal antes de varrer para não levantar poeira, para evitar infecção” (Júlia- filha de Helena).

Ao acomodar procurei agir e refletir com a cliente a partir de experiências que já possuíam, valorizando seus cuidados e prática, evidenciadas nos exemplos que se segue: O fato da cliente só conseguir dormir com a luz apagada. A simples ação de negociar com a equipe de enfermagem que apagasse parte da iluminação da unidade à noite, proporcionou conforto e melhores condições de repouso. Outro exemplo refere-se a crença que a causa do seu infarto seja exclusivamente fator emocional, desconsiderando os demais fatores predisponentes como diabetes e tabagismo.

Algumas vezes durante o processo de acomodação, foi necessário intervir no sentido em que as regras hospitalares fossem mais flexíveis, para permitir que o cuidado cultural pudesse ser realizado. Nesse processo, a

¹³ Avaliação culturilógica – avaliação das cresças, valores e significados de cuidados, linguagem, alimentos, símbolos e tudo mais que se refere à cultura do cliente.

enfermeira assume o papel de mediadora entre os cuidados pré-estabelecidos desenvolvidos pela instituição e os cuidados populares. Ao intervir acomodando, a enfermeira também vai alterando seus valores, sua prática e ampliando sua visão de mundo, compreendendo seus limites e possibilidades inerentes aos diferentes espaços culturais.

Ao atuar repadronizando, procurei buscar junto a cliente as transformações dos cuidados e até mesmo conceitos, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de um viver mais saudável. Nesse processo o diálogo assumiu um papel fundamental, pois deixar de fumar para alguém que não acredita que o cigarro é prejudicial à saúde; acreditar que só problemas no coração pode levar à morte, sem considerar os demais fatores predisponentes; achar que o papel da enfermagem é importante porque “lavam a gente, dão remédio na hora certa”, não é tarefa fácil, exige momentos de reflexão e até mesmo de confronto.

Algumas vezes surgiram situações em que a cliente solicitava espontaneamente a repadronização de seus conhecimentos, por perceber que dentro de sua rede de significados, não haviam explicações para suas dúvidas: Como é esse exame cateterismo, precisa operar?

A necessidade de repadronização não ocorreu somente por parte da enfermeira/cliente, mas também, algumas normas da instituição precisaram ser reorganizadas, principalmente quando não atendiam as suas expectativas.

Portanto, repadronizar cuidados sejam eles populares, profissionais ou institucionais afirma Monticelli (1997, p.73),

“requer da enfermeira uma postura de alerta e de sensibilidade ao estilo de vida das pessoas, mas também, exige que a própria maneira de intervir profissional e institucional seja permanentemente repensada e vivificada, sob pena de continuarmos procedendo alterações ou transformações dos outros, sem proceder às modificações essenciais e sistemáticas de nossos próprios modos de cuidar”.

A seguir apresento de maneira resumida as principais ações e cuidados que foram preservados, acomodados e repadronizados.

**4- AÇÕES E DECISÕES TOMADAS COM O CLIENTE
NUMA ABORDAGEM CULTURAL.**

PRESERVAÇÃO	AÇÕES E CUIDADOS PRESERVADOS
<p>“Fenômeno culturalmente embasado de assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo, a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado à saúde”. (Leininger, 1985).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que sua permanência na região está relacionada ao fato de ter comido cabeça de pacú; ✓ Para se ter saúde é necessário uma boa alimentação, boas condições de sono e repouso, ingerir bastante líquidos, tomar remédios quando necessário. ✓ Massagem com pomada “dotorzinho”, “iodex” para dor lombar; ✓ Utilização de chás caseiros e ervas que se misturam ao chimarrão para a resolução de alguns problemas de saúde; ✓ Privacidade da paciente durante a higiene corporal; ✓ Forma de lazer: leituras, jogo do bingo; ✓ Alguns cuidados profissionais indispensáveis no momento para a manutenção da vida (administração de medicamentos, utilização de alguns equipamentos tecnologicamente mais sofisticados; ✓ Hábito de levantar-se às 5:00 horas da manhã,

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contato com objetos familiares (cadeira de fio) no hospital; ✓ Hábito de sentar-se à mesa com filhos, amigos e netos durante o compartilhar da cuia de chimarrão; ✓ Fé religiosa “dá forças para superar os momentos difíceis...”. ✓ Liberdade de escolha “mãe a decisão final quanto a realização da cirurgia cardíaca vai ser da senhora...”.
--	--

ACOMODAÇÃO	AÇÕES E CUIDADOS ACOMODADOS
<p>“Ato culturalmente embasado de assistir, facilitar e/ou capacitar que revelam formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e/ou de vida dos clientes”.</p> <p>(Leininger, 1985)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidado profissional: mobilização precoce no leito, utilização de colchão tipo casca de ovo para a prevenção de úlcera de decúbito, sentar antes de levantar-se (hipotensão postural); ✓ Higienização corporal realizado por auxiliar de enfermagem do sexo feminino, ✓ Crença que “só o coração mata” e que a causa de infarto é só emocional; ✓ Percepção de que estar na UTI é estar mal; ✓ Solicitar ajuda para o atendimento de suas necessidades básicas (alimentação, eliminação,

	<p>higienização) “sinto vergonha de pedir ajuda aos outros...”;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Período e local para a retirada dos pontos - cateterismo cardíaco; ✓ Encaminhamento ao psicólogo
--	---

REPADRONIZAÇÃO	AÇÕES E CUIDADOS REPADRONIZADOS
<p>“Modelos reconstruídos ou alterados que auxiliam o cliente a mudar os padrões de saúde e/ou de vida, de forma a tornar significativo ou congruente para si próprio”.</p> <p>(Leininger, 1985)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crença de que o cigarro não causa prejuízo à saúde; ✓ Papel do enfermeiro “importante porque lavam a gente, dão os remédios na hora certa, chamam o médico...”; ✓ Sistema de comunicação equipe de enfermagem/paciente “estou muito nervosa, estou de alta e não saí daqui até agora , não sei o que está acontecendo ...”. ✓ Cuidado profissional garantindo a privacidade do paciente como também, o direito à informação; ✓ Concepção da UTI, “local onde as pessoas vão para morrer, o médico já desenganou...”.

VII- O CONFRONTO DA TEORIA COM A PRÁTICA

Neste capítulo, procuro analisar o marco conceitual e suas interrelações, frente à experiência vivenciada com o cliente infartado.

Embora compreenda que a utilização dos conceitos tenha ocorrido de maneira articulada, optei por refleti-los separadamente. Enfatizo que ao proceder essas reflexões, não pretendo esgotar todas as facetas de análise, apenas lanço-me num exercício de discussão, ratificando a importância de se aliar teoria e prática no desenvolvimento das atividades de enfermagem.

SER HUMANO

O ser humano apresentado desde o início no referencial teórico e em toda a trajetória do estudo, mostrou-se tanto como um ser singular quanto sócio-cultural. Singular no momento em que vivencia e experiencia uma etapa particular do seu processo de viver, através de sua história, corpo, aparência física, jeito de rir e de chorar, maneira de entender e enfrentar a doença. No aspecto sócio-cultural, o ser humano se revela através da relação com o outro, na identificação dos fatores que contribuem para sua doença “acho que a causa do infarto foi emocional”, na escolha de certos alimentos (lasanha, toteia,

churrasco), nos hábitos (tomar chimarrão), no papel social que desempenha “lá em casa sou pai e mãe”.

Durante o período de convivência com Helena e seus familiares, percebi que a formação da identidade sócio-cultural começa na infância, período em que as crenças, os valores e os significados vão sendo aprendidos e compartilhados. Percebi, também, que para ultrapassar as limitações e encontrar possibilidades para a resolução de seus problemas, esta recorre a criatividade. Esta pode ser ilustrada pela maneira como Helena utiliza-se de chás e folhas consideradas medicinais à erva do chimarrão. Em cada ação o ser humano mostra-se como um ser integral, encontrando eco na visão de mundo dos seres com os quais ele co-participa.

Quando Helena refere “... estou muito nervosa de ficar aqui...”, “...Tudo aqui me deixa muito assustada...”, traduz uma percepção que lhe é própria, fruto, de sua experiência de atendimento em unidade de terapia intensiva; mostra um sentimento próprio do ser humano, sua fragilidade e limitações; indica a necessidade de incorporar novos papéis e transpor novos limites.

O conceito de ser humano não envolve somente a compreensão de que este é único e indivisível, com características próprias. Estas características extrapolam ao se constatar que sua existência se dá na relação com o outro; tornando-o um ser de contexto, de significados, que se percebe, se comunica, se expressa, se relaciona, influencia e é influenciado, revelando não só sua cultura como também, ajudando a recriá-la.

CULTURA

Este conceito demonstrou ser básico e indispensável para quem se propõe a desenvolver um estudo com enfoque cultural.

As diferentes práticas de cuidados à saúde desenvolvidos pelos clientes, permitiu confirmar a necessidade de revisar nossa atuação profissional. Concordo com Monticelli (1997,p.121) ao afirmar que

“a suposta universalidade de nosso saber precisa dar espaço a outras interpretações para que seja garantido o tão almejado compartilhamento de símbolos e significados culturais, na busca do processo de viver saudável”.

O conceito de cultura demonstrou que as crenças ajudam as pessoas a guiarem suas vidas e a avaliarem o que acontece com o corpo.

Os elementos explicativos do conceito “cultura” (pública, compartilhada, aprendida, lógica e dinâmica), na prática, se apresentaram de maneira entrelaçadas. Porém, para que o leitor tenha a melhor compreensão destes elementos, penso ser importante comentá-los separadamente.

Para Geertz (1989), a cultura é *pública* porque o significado o é. Isto se evidencia na seguinte fala :

Enfermeira: Helena, a senhora sabe quais são as causas do infarto?

Helena: “Ah! Acho que é emocional”.

Filhas de Helena : Isso mesmo! A mãe infartou após completar um ano da morte do meu irmão.

Esta situação demonstra que a cultura é pública, pois os significados foram percebidos da mesma maneira pela cliente quanto pelos seus familiares, revelando que o pensar não consiste de processos misteriosos da cabeça como afirma Geertz (1989), mas passa por um tráfico de símbolos, de valores próprios de um ato social.

Ao ser pública a cultura deixa de ser um fenômeno isolado e acabado; ela se modifica e é modificada pelos processos de comunicação, através dos quais as pessoas e os grupos adquirem e desenvolvem os significados, crenças e valores, que são traduzidos pelas ações e comportamentos da vida cotidiana. Por ser pública, a cultura passa a ser *compartilhada* e neste compartilhar, vão se estabelecendo normas, definindo caminhos para o enfrentamento das situações que se apresentam no cotidiano. Estas normas podem ser evidenciadas nos exemplos abaixo:

Enfermeira: Quais os cuidados de saúde devem ser tomados após o infarto?

Filhas de Helena: “ Dieta rigorosa com pouco sal, pouco óleo, lavar as mãos antes de oferecer um alimento, se estiver suada tomar um banho para depois sentar e

conversar com ela, lavar a roupa dela separada das outras, molhar o quintal antes de varrer para não levantar poeira para evitar infecção..” .

Helena: “ ... hoje estou contente porque recebi visita das minhas vizinhas, porém, elas estão zangadas com as minhas filhas, porque estou no hospital e as meninas não deixam elas jogarem o bingo lá em casa como acontecia antes de eu vir para o hospital...”

Filha: “ ... é claro, isso seria até falta de respeito, falta de consideração, nossa mãe no hospital e nós lá jogando bingo...”

A cultura é *aprendida*, portanto não é uma característica inata do ser humano, não é biológica. Ela se constrói durante o caminho percorrido pelo homem, tendo como função a transmissão de conhecimentos através de procedimentos que lhes são importantes, tomando por base a percepção dos significados atribuídos à experiências vivenciadas no desenrolar de sua história pessoal e social.

Enfermeira: Onde e com quem aprendeu este tratamento?

Helena: “ Todas as pessoas lá na minha cidade Vacaria sabem disso...”

A cultura é *lógica e dinâmica*, pois os cuidados são desenvolvidos dentro de uma justificação e organização simbólica. Geertz (1989, p.58), afirma que “a cultura não é apenas um ornamento da existência humana, mas uma condição essencial para ela – a principal base de sua especificidade”. Porém Laraia (1993), vai para além dessa especificidade, o autor busca em cada ato humano o seu significado, sua apreciação de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos e posturas corporais,

“...os dois últimos partos normais da mãe foi no hospital porque ela já estava com idade avançada, mais de 40 anos. Mais de 40 anos para ter filhos é muito perigoso, muito arriscado, tem perigo de vida...” (Filha de Helena).

“... tomo chá de folhas de nogueira porque é bom para diabetes...” (Helena).

Concluo esta reflexão utilizando-me das palavras de Velho apud Monticelli (1997, p.135), “a própria cultura não é, em nenhum momento uma entidade acabada, mas sim uma linguagem permanentemente acionada e modificada

por pessoas que não só desempenham papéis específicos mas que tem experiências particulares”.

ENFERMAGEM

Para Leininger (1984), a enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural por oferecer cuidado às pessoas de diversas culturas.

Geralmente é caracterizada como uma profissão humanística, porém no cotidiano do trabalho, suas ações são realizadas de maneira fragmentada, onde cada elemento da equipe possui sua tarefa, evidenciando assim a divisão social do trabalho da enfermagem.

Para Melo (1986), a divisão social do trabalho na enfermagem data da Antiguidade, passa pela Idade Média, Revolução Industrial e se consolida no século XIX com a institucionalização da enfermagem enquanto profissão. Um outro aspecto a ser considerado neste conceito é que, além da divisão social do trabalho, suas ações são norteadas por rotinas embasadas quase que exclusivamente em conhecimentos científicos, os quais necessitam ser avaliados e adaptados periodicamente para atender às necessidades de cuidado dos clientes.

Para que as necessidades de cuidados dos clientes sejam atendidas, se faz necessário um entendimento entre a enfermeira e o cliente, ou seja, uma aproximação entre o cuidado profissional e o popular através da utilização dos componentes do cuidado (ouvir, trocar idéias, compreender, esclarecer ou explicar, sugerir ações técnicas e físicas, silenciar).

O contato freqüente da pesquisadora /enfermeira com o cliente revelou o desconhecimento da função da enfermeira e a sua visão quanto as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem,

“... o trabalho de enfermagem é importante porque lavam a gente, dão os remédios na hora certa...” (Helena).

Esta sem dúvida é a imagem que os profissionais de enfermagem continuam a passar para os seus clientes, uma vez que as ações de

enfermagem continuam a ser desenvolvidas de maneira mecânica e despersonalizada. O profissional de enfermagem precisa participar do cuidado à saúde de seu cliente não apenas com sua habilidade técnica mostrando/orientando formas de cuidado, mas buscar compreender os múltiplos aspectos envolvidos no processo de cuidar, auxiliando os seus clientes a reorganizar/repadronizar sua percepção sobre a profissão.

Na busca do cuidado cultural, a enfermeira passa a ser um meio para a interação social, onde não só os clientes aprendem a desenvolver novos papéis frente a situação de doença/cuidado, mas também ela aprende a modificar seus valores, revendo suas posições para o aprimoramento de sua prática.

A enfermeira aproxima-se do seu cliente não de uma forma especulativa para conhecê-lo (Freitas et al, 1985), mas para intervir no sentido de preservar, acomodar ou repadronizar de maneira conjunta cuidados profissionais e populares em busca de um viver mais saudável.

SAÚDE-DOENÇA

O conceito de saúde-doença, demonstrou ser um importante guia para a compreensão do processo de cuidar.

Desde a Antigüidade o homem esteve em busca da causa das doenças. Segundo Laplantine (1991), a idéia de que existe um “ser” da doença encontra sua primeira expressão científica na medicina hipocrática, na tentativa de ruptura com o pensamento especulativo ao voltar sua atenção com relação aos sintomas corporais do doente. Esta idéia adquiriu uma formulação sistemática, com o dualismo cartesiano ao separar a alma do corpo. Porém, por mais que a medicina tenha o desejo de tomar para si a doença, esta permanece sendo um fenômeno que a ultrapassa.

A visão de saúde-doença é construída culturalmente, a partir dos significados que são compartilhados pelos membros dos grupos. A maneira como percebem a saúde e a doença está baseada nas experiências mais

próximas, vividas pessoalmente ou por algum membro da família; que são acumuladas durante o processo de viver; isto é que levam as famílias a desenvolverem “ritos de cuidados” (Monticelli 1997, p.175).

O ser humano desde as civilizações antigas, tem procurado manter-se saudável utilizando-se das mais diversas alternativas, objetivando a manutenção da saúde e a cura da doença. Neste contexto, as práticas de cuidados populares tem sido amplamente utilizadas; o uso de ervas medicinais é um recurso tradicional das famílias e para tanto, a maioria de seus usuários as cultivam nos próprios quintais ou as obtêm de vizinhos, (Queiroz, 1991).

O significado que a doença assume para cada pessoa parece estar relacionado a momentos de tensão, ansiedade e medo; expondo assim a vulnerabilidade do ser humano:

Enfermeira: Qual o significado de doença para a senhora?

Helena: “ Doença é algo ruim, tira a alegria da gente, é tristeza...

Enfermeira: Helena, qual o significado do infarto para a senhora?

Helena: “ Estou apavorada, tenho filhas para criar, se eu morrer acaba a pensão, como é que elas vão ficar?

O modo como os seres humanos em sociedade produzem seus meios de subsistência, tem relação direta com a forma pela qual se busca a preservação da saúde e o enfrentamento da doença. Silva & Franco (1996), enfatizam que

“a saúde e a doença são fenômenos com significados diferentes conforme cada época e cultura, pois as pessoas têm saúde ou doença segundo a classificação de sua sociedade, visto que estes conceitos estão intimamente relacionados à transformação cultural e a estrutura social”.

Inserido em um modelo capitalista onde o valor de cada um é medido por sua capacidade de produção, o ser humano teme deixar falar o seu corpo, e conseqüentemente, concebe saúde não apenas com ausência de manifestações clínicas, mas também como a influência destas no trabalho;

Enfermeira: Qual a importância do trabalho na sua vida?

Helena: “ Ah! O trabalho é muito importante você vê, a gente trabalhando a gente muda, fica alegre, contente, quando não se pode trabalhar a gente não vive, vegeta...”.

Estas palavras revelam que ter saúde, assume uma condição *sine qua non* para a sobrevivência, em virtude de se viver numa sociedade/cultura que valoriza a produção/consumo; onde chefes de famílias e/ou pessoas responsáveis pelo sustento familiar não têm o direito de ficarem doentes.

Na visão positivista em que se assenta a prática médica Minayo (1994), destaca a concepção de saúde-doença como um fenômeno biológico basicamente individual, em que a proposta maior é a erradicação da doença. Porém, este modelo afasta o homem do cuidado, através do menosprezo de queixas consideradas como simples, ignorando que tanto saúde quanto a doença repercutem no corpo e no imaginário das pessoas. É um fenômeno individual e coletivo: individual por se tratar de um ser humano único e com experiências únicas, e ao mesmo tempo coletivo, pois as manifestações de sua doença traz consigo valores, crenças e significados de um grupo social.

CULTURA ORGANIZACIONAL

Vivenciar o conceito de cultura organizacional na prática, foi algo inédito e de vital importância para o desenvolvimento do processo de cuidar, uma vez que buscava a aproximação entre a cultura profissional/institucional com a cultura do cliente.

Desvendar esta cultura se tornou um desafio, por isso, não pretendo de forma alguma, explorar todos os aspectos que dizem respeito à análise deste conceito. Contenta-me buscar conhecer alguns elementos que compõe a instituição, para estabelecer uma cadeia que torne possível a coerência entre os recursos, serviços e as necessidades individuais dos clientes.

O interesse pelo estudo da cultura organizacional cresce de forma significativa, em virtude desta ter se revelado como um poderoso mecanismo que visa conformar condutas, homogeneizar maneiras de pensar e de viver a organização, escamoteando as diferenças e anulando a reflexão.

Pelo fato de estar desenvolvendo o trabalho em uma instituição hospitalar privada com fins lucrativos, ficou evidente o papel de destaque que a tecnologia assume na organização. A tecnologia é tida como um elemento indispensável para o atendimento do cliente com qualidade e eficiência. Por isso, seus administradores tem investido cada dia mais na informatização dos setores e na aquisição de novos equipamentos. Mas, até que ponto esta tecnologia pode contribuir para assegurar a qualidade e eficiência do trabalho, se na maioria das vezes o uso destes equipamentos tem afastado o profissional do cuidado direto ao cliente?

Nogueira (1987), também questiona essa eficiência ao afirmar que

“ A incorporação de determinadas tecnologias no atendimento a saúde, promove uma ampliação da divisão parcelar do trabalho, seja pelo aparecimento de novas especialidades, produzindo novos serviços e tipos de unidades ou redistribuindo tarefas” .

Apesar dos avanços do conhecimento no campo da biologia, fisiologia, genética e engenharia genética, bem como, a criação de instrumentos e equipamentos de alta tecnologia que ampliam as condições de entendimento e funcionamento do corpo; permitindo a realização de diagnósticos mais precisos e a prestação de cuidados tida como eficientes, estes tem se mostrado incapaz de compreender o cliente em toda sua dimensionalidade.

Este fato aponta para a necessidade de ruptura da fragmentação do conhecimento, das normas e rotinas; estas devem ser direcionadas para uma maior aproximação com o cliente; para que mediante a troca de saberes, implemente medidas terapêuticas mais congruentes e eficientes.

Outro aspecto que gostaria de estar comentando, refere-se às normas e rotinas. Apesar da UTI não possuir formalmente um manual de normas e

rotinas, estas são repassadas aos funcionários através da educação em serviço. Este fato tem possibilitado a abertura de brechas para a negociação de cuidados.

Todo membro de uma organização costuma ser um elo na ação ou no fluxo de autoridade dirigida a determinados objetivos/ação, sendo a obediência o elemento central para o poder organizacional. Esta obediência pode se apresentar sob forma de supervisão, rotinização, capacitação e normatização dos serviços.

Apesar desta obediência, o cuidado ao cliente deve buscar superar a técnica, incorporando as ações do cuidado às dimensões políticas, econômicas e culturais para poder adentrar no terreno das possibilidades organizacionais; viabilizando, assim, administrar, e/ou minimizar os conflitos existentes entre a organização, prestadores de cuidado e o cliente. Para isto, é necessário também, repensar o saber hegemônico e a maneira como o cuidado está sendo construído e desenvolvido.

Dessa forma, surge o desafio para a construção de um novo modelo que atendo às reais necessidades do ser humano. Acredito que o cuidado cultural associado à melhor compreensão da cultura organizacional em todos os seus meandros, sejam os primeiros alicerces a serem lançados para a construção deste novo modelo de cuidado

VIII- O PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA NOVA ÓTICA

Neste capítulo procuro avaliar o cuidado desenvolvido, como também, minha atuação profissional junto aos cliente infartados internados em unidade de terapia intensiva.

Desde o início da aplicação do processo de enfermagem tinha consciência de que sua implementação não seria uma tarefa fácil / simples, pois minha vida profissional anterior à realização deste estudo, esteve guiada por um modelo clínico de atendimento a saúde sem levar em consideração os fatores culturais dos clientes. Por isso, ao assumir uma postura de não impor minha cultura profissional, gerou muitas vezes um sentimento de que o trabalho que estava sendo realizado, não estivesse contribuindo para a recuperação da saúde do cliente; pois, a busca do novo exige muitas vezes a desconstrução de saberes e de visões arraigadas, que ofuscam o caminho a ser percorrido.

O processo de viver é dinâmico, as modificações ocorrem rapidamente. Em virtude dessa dinâmica, o processo de enfermagem não pode ser desenvolvido de maneira linear, estanque, necessita passar por alterações constantemente. O planejamento e implementação do cuidado de enfermagem deve ser decorrente de contínuas avaliações e reflexões sobre o que está sendo vivido a cada momento.

Implementar a proposta de trabalhar com os clientes infartados tendo por princípio o cuidado cultural, foi uma experiência nova e de grande aprendizado profissional, que exigiu mudança no pensar e no agir, um movimento de ir e vir numa via de mão dupla.

Através do processo de enfermagem, pude conhecer crenças e valores em que os clientes se apoiam para a resolução de seus problemas de saúde, bem como, a oportunidade de compartilhar conhecimentos, sendo necessário fazer reformulações conceituais para melhor compreender o processo de cuidar.

As fases do processo de enfermagem se desenvolveram de maneira dinâmica, sendo que em alguns momentos foi difícil a sua delimitação. Para fins didáticos suas etapas serão analisadas separadamente.

1- APROXIMANDO-SE DO CLIENTE

Esta primeira fase do processo de enfermagem mostrou-se importante e indispensável para o início de um bom relacionamento entre a enfermeira e a cliente. Desde o início, entendia que quanto mais próximo do cliente eu me colocasse, maior seriam as chances de captar o seu modo de viver e suas percepções acerca do cuidado.

Ao aproximar-me do cliente tive que deixar de lado meus preconceitos e colocar-me numa atitude de aprendiz, como alguém que embora profissional se disponha a compartilhar e a aprender novos saberes.

O sucesso para o trabalho depende da maneira como nos aproximamos dos clientes. Nesta fase foi fundamental a formação de um vínculo de confiança dos clientes para com a enfermeira/pesquisadora, para que aos poucos estes fossem abrindo o seu mundo. O fato de permanecer, por alguns períodos, próximo ao cliente contribuiu para a formação dos laços de confiança e respeito.

Outro aspecto importante a ser considerado nesta fase, refere-se a apresentação dos objetivos do trabalho para o cliente e co-participantes, pois além de estabelecer um elo de confiança é também uma questão ética importante em qualquer estudo.

Desde o início da implementação do marco teórico, tive o cuidado de manter as pessoas (clientes e co-participantes) informadas sobre a dinâmica do trabalho, os objetivos a que me propunha e como dar-se-ia sua participação no estudo.

2- IDENTIFICANDO OS CUIDADOS CULTURAIS

Um fator importante para o desenvolvimento desta fase, foi a tentativa contínua de se aliar teoria a prática, ou seja, tentativa de colher os dados sem contudo perder a visão da realidade do cliente e da minha própria proposta de intervenção.

Quanto a dinâmica utilizada para a identificação dos cuidados culturais, a própria noção do que compreender foi essencial para este momento. Exigiu um retorno constante ao marco e aos quadros de referências elaborados anteriormente.

No desenvolvimento do processo de enfermagem como um todo, a análise foi realizada no contexto, na troca constante de experiências entre a enfermeira e cliente. Nesta fase porém, houve períodos em que apenas algum esboço de identificação de cuidados foi possível desvendar, pois o aprofundamento destes cuidados ocorreu mais tarde quando os laços de confiança já haviam sido sedimentados. O ser humano não se deixa revelar totalmente, utiliza-se desta estratégia para se proteger das possíveis represálias que a visão profissional e institucional lhe impõe.

Na identificação dos cuidados culturais não se pode deixar de considerar os aspectos relativos à linguagem do cliente. Leininger (1978), chama a atenção para que durante a “avaliação culturoológica”, a enfermeira

deve estar sempre atenta ao modo como as pessoas expressam seus sentimentos e emoções.

Apesar de ter utilizado a entrevista para a identificação dos cuidados culturais, o diálogo informal com o cliente e co-participantes se mostrou mais eficiente, uma vez que este se desenvolvia de uma maneira mais descontraída; esta parece ser um fator importante para maior aproximação da cliente com a enfermeira.

3 - DESENVOLVENDO AÇÕES DE CUIDADO

A sistematização das informações obtidas na etapa anterior, serviu de guia para a reflexão sobre as possibilidades e limites dos cuidados que deveriam ser preservados, acomodados e repadronizados.

A utilização dos “modos de ação e decisão” propostos por Leininger foram fundamentais para o desenvolvimento desta fase. Concordo com Monticelli (1997, p.248), ao afirmar ser esta “a maior contribuição que a autora poderia dar à prática de enfermagem que se preocupa em obter cuidados congruentes ou coerentes com os símbolos/significados, valores e crenças que fazem parte da cultura popular”.

Numa visão mais geral desta fase, fui levada a refletir sobre a afirmação feita por George (1993, p.29), de que “na preparação para o planejamento (...) o cliente e seus familiares devem ser consultados antes da formulação de metas e objetivos”. Neste sentido, parece que Leininger (1991) tem razão ao levantar a questão de que a enfermeira precisa estar atenta aos significados que ela dá aos chamados problemas de enfermagem, pois os clientes podem não caracterizá-los como problemas ou mesmo não considerá-los relevantes, como muitas vezes o são considerados pela enfermeira.

Outro aspecto importante a ser considerado, é o de que ao planejar com o cliente, a enfermeira também tem a oportunidade de rever seus conceitos e valores, os quais se encontram arraigados a sua cultura profissional; deve

buscar estratégias que possibilitem a aproximação da cultura institucional com a cultura do cliente.

A UTI por ser uma unidade de atendimento à clientes considerados graves, possui uma dinâmica de trabalho guiada por normas e rotinas as vezes rígidas, limitando assim a prestação de cuidados culturais/populares. Por isso, o modo de ação e decisão são implementados com maior facilidade no domicílio.

A cada encontro com o cliente no hospital ou no domicílio ora estava preservando, acomodando ou repadronizando formas de cuidados. Executava estas ações sempre guiada pelas possibilidades e limites da cultura profissional e organizacional. Meu papel como enfermeira nas ações de preservar, acomodar e repadronizar era dar apoio, auxiliar, facilitar, refletir, esclarecer, valorizar e reforçar conhecimentos e práticas populares que contribuíam para manter e recuperar a saúde do cliente. Todo este processo foi realizado através do diálogo, do compartilhar os conhecimentos profissionais e populares.

Ao atuar acomodando, procurei buscar entendimento com a cliente e seus familiares sobre a melhor maneira de proceder as alterações dos cuidados, para que estes se tornassem mais benéficos a sua saúde. A ação de acomodar teve como ponto de partida as experiências que já possuíam e a valorização de seus conhecimentos e práticas.

No processo de intervir acomodando, a enfermeira também altera seus valores, prática profissional e amplia sua visão de mundo ao perceber que não é o único agente de mudança, mas busca ser sujeito destas mudanças, utilizando-se da própria dinâmica aprender/ensinando e ensinar/aprendendo para redimensionar sua bagagem cultural, seu papel social e sua situação profissional.

A repadronização dos cuidados ocorreram no sentido de buscar transformações para as formas de cuidado. Repadronizar cuidados seja da cliente, da enfermeira ou da instituição requer do profissional de saúde conhecimento mais aprofundado do cuidado popular, postura ativa e sensível

ao estilo de vida das pessoas e avaliação permanente das nossas ações como afirma Monticelli (1997,p.173), sob pena de continuar procedendo alterações nos outros sem proceder as modificações essenciais e sistemáticas dos próprios modos de cuidar.

4 - AVALIANDO O CUIDADO DESENVOLVIDO

A avaliação dos cuidados ocorreu durante todo o processo de maneira indissociável às etapas anteriores.

Ao fazer a análise de todo o cuidado prestado, fica evidente que este ao ser desenvolvido de maneira congruente com a cultura do cliente, proporciona melhor compreensão dos múltiplos aspectos que envolvem o processo de adoecer e de cuidar.

Um aspecto relevante da avaliação do cuidado desenvolvido, refere-se à importância atribuída, pelos co-participantes, às visitas domiciliares; pois a aproximação enfermeira/cliente, contribui para a continuidade das ações de cuidar e ajuda a diminuir a lacuna que se estabelece entre a enfermeira e o cliente após a alta hospitalar. A enfermeira passa a ser vista tanto pelo cliente quanto pelos seus familiares como uma aliada na promoção da saúde ao invés de advogada de defesa da cultura profissional e institucional.

IX- FINALIZANDO A TRAJETÓRIA E VISLUNBRANDO NOVOS CAMINHOS.

Todo trabalho possui um início, meio e fim. Neste porém definir exatamente o seu final torna se praticamente impossível, pois o trabalho de reflexão está apenas começando, tudo é provisório. Esta pausa porém, faz-se necessária para um reabastecer das energias consumidas durante o desenvolvimento do processo, amadurecer de idéias para num futuro próximo lançar-me em busca de novos desafios.

Neste sentido, encaminho minhas reflexões finais tentando extrair de minha vivência com os sujeitos deste estudo, seus familiares e da proposta a que me lancei na prática, as limitações e contribuições que esta trajetória proporcionou para a ampliação da atuação da enfermeira.

Os seres humanos têm certa dificuldade em aceitar seus limites e dificuldades. Este estudo porém me possibilitou amadurecer nesta área, ao entender que a mudança de paradigma não ocorre da noite para o dia, necessita passar por um processo de conscientização, reflexão e de propósitos para uma nova ação que continuará a se realizar no dia-a-dia do mundo do cuidado.

Trabalhar com o referencial que tem como suporte o cuidado cultural, me fez, a cada instante, repensar as minhas ações. O cuidado cultural se mostrou como um fenômeno próprio do ser humano; dessa forma, a enfermeira

ao se aproximar do cliente para prestar o cuidado além de possuir competência técnica, precisa estar atenta e disposta a compreender o outro a partir do significado que os mesmos atribuem às suas experiências de vida.

Dessa forma, um cuidado coerente com a cultura não pode ser realizado apenas com mudanças de rotinas ou de qualificação profissional, é necessário rever e mudar a forma de se relacionar com os clientes, para não correr o risco de apenas estar mudando a ordem das coisas e continuar cuidando de maneira etnocêntrica.

O cliente não pode mais ser considerado como “mais um”, seja pela enfermeira ou pelos demais membros da equipe de saúde, mas ser compreendido em toda a sua singularidade.

No contato com o cliente observa-se que muitas atitudes não valorizadas pelos profissionais de saúde são significativas para aquele que vivencia o processo de adoecer e que se encontra internado em uma unidade de terapia intensiva. Entre elas, destaco a atenção, a orientação, o uso de terminologia compreensível, o respeito à privacidade e o compartilhar de conhecimentos.

Ao desenvolver a prática deparei-me com alguns fatores que limitaram a aplicação do marco conceitual. Dentre estas limitações destaco:

- Na instituição, enquanto o meu trabalho seguia o marco baseado no cuidado cultural, os demais integrantes da equipe de saúde seguiam um referencial oposto (modelo clínico). Este fato contribuiu para que a cliente num primeiro momento me visse como os demais profissionais, ou seja, impositora do sistema profissional de cuidados, apesar de assumir uma postura de interesse e respeito pelas suas crenças e valores.

A proposta de superar o modelo biomédico através de uma abordagem cultural para o cuidado à saúde, requer tempo e implica em que a enfermeira considere os seres humanos em suas singularidades, mantenha um olhar atento na relação cultura-cuidado, aproveite as oportunidades de contato para explorar com maior profundidade as diferentes visões de mundo e suas redes

de significados, reflita sobre seu papel social e redimensione sua cultura profissional.

- A própria dinâmica do trabalho na UTI, suas características físicas, todo o aparato tecnológico, induz a enfermeira e demais profissionais da equipe de saúde a uma visão mais fragmentada do cliente a começar pela divisão social do trabalho.
- A necessidade de conhecer, com maior profundidade, as áreas da Antropologia e Cultura Organizacional, pois elas ofereceram subsídios para o desvendar do ser humano e da instituição
- A predisposição do cliente para o diálogo, uma vez que o diálogo se torna elemento fundamental para a efetivação do processo.
- A própria condição clínica do cliente se tornou um fator limitante em alguns momentos, pois estes às vezes se apresentavam com dispnéia e desconforto doloroso impedindo os diálogos.

Por outro lado, este estudo proporcionou contribuições para o crescimento da enfermagem enquanto profissão, por permitir trilhar novos caminhos e desempenhar novos papéis ao compreender que:

- A cultura como rede de símbolos e significados elaborados pelos seres humanos, é pública, compartilhada, aprendida, lógica e dinâmica por não se apresentar apenas como costumes e tradições; mas como um instrumento de comunicação, crescimento e desenvolvimento em relação à vida. Não é desempenhada apenas para perceber a realidade, mas para construí-la, sendo portanto, constantemente acionada e modificada.
- O cuidado é desenvolvido a partir dos significados, das dimensões físicas e sociais ligadas de maneira inseparável, por isso a enfermeira deve se aproximar dessa realidade social para compreender e orientar da melhor forma os seus clientes.
- O marco conceitual é um guia indissociável da prática, sua aplicação permite não só sua concretização, como também, reformulações ou transformações que advém do próprio caminhar, tornando-se assim, um

processo flexível e dinâmico, um exercício dinâmico de reflexão sobre o que está sendo desenvolvido (suas formas e conteúdos); é, também, um processo de ensino aprendizagem onde enfermeira e cliente se influenciam reciprocamente, trocam experiências e buscam de maneira conjunta cuidados culturais congruentes para um viver mais saudável.

- A possibilidade de um encontro entre a cultura profissional, institucional e a do cliente está numa relação direta com a capacidade de articulação que a enfermeira possui dentro da estrutura organizacional. Esta é uma tarefa as vezes conflitual, pois a enfermeira ocupa na instituição um espaço físico, social e político-institucional, assumindo posturas ora de produzir ordens e as vezes desordens, de probabilidades e de certezas, de independência e de dependência.
- A certeza que estas relações estão sempre “em construção”, o que tornou o processo instigante e desafiador.

Enfim posso dizer que consegui ampliar minha visão de cuidado, encontrar algumas respostas, refletir sobre as minhas atitudes e desvendar alguns significados. Porém necessito continuar a busca de estratégias para aproximar, de maneira mais efetiva, o cuidado profissional ao cuidado popular, bem como, encontrar instrumentos que flexibilizem a cultura organizacional e subculturas profissionais

Esta é a minha obra, produzida através de um grande exercício do pensar, porém inacabada, pois pensar afirma Castoriades apud Erdmann(1996),

“ Não é sair da caverna nem substituir a incerteza das sombras pelos contornos nítidos das próprias coisas (...) É entrar no Labirinto e perder-se em galerias que só existem porque as cavamos incansavelmente, girar no fundo de um beco cujo acesso se fechou atrás de nossos passos – até que essa rotação, inexplicavelmente, abra na parede, fendas por onde se possa passar”.

X- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, et al. Saúde e doença: uma abordagem sócio-cultural. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. **Saúde e doença uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa -Livro, 1996.

ARANHA, M.L. **Filosofia da educação**. São Paulo: Moderna, 1989.

AZEVEDO, A . C. **Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos**. São Paulo, 1989. Tese (Livre Docência), Faculdade de saúde Pública da USP, 1989.

BARBATO, M. G. et al. Problemas psicossociais espirituais dos coronariopatas internados em unidade coronariana. **Rev. Bras. de Enf**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 7-16, 1982.

BELLACK, J.; EDLUND, B. **Nursing assesement and diagnosis**. 2 ed. London: Jones and Bartlett Publishers, 1992.

- BOEHS, Astrid. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família.** Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação. (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- BUARQUE, C. **A aventura da universidade.** São Paulo: UNESP, 1994.
- BURKE, P. **Cultura popular na idade moderna.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- CARTANA, . **Rede e suporte social de famílias.** Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- CHANLAT, . **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** Tradução e adaptação Arakcy M. Rodrigues e outros. São Paulo: Atlas, 1992.
- CRAIG, D. Hospital culture: change and challenges. **Journal of Healthcare Education and Training**, v. 2, n. 1, p. 19-22, 1987.
- DAL SASSO, G.T. M. **A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda: um desafio para a enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

DEJOURS, . **A loucura do trabalho.** Tradução de Ana I. Paraguaay e Lúcia L. Ferreira. 5. Ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DIAS, M. D. et al. **Manual para atendimento dos pacientes de UTI:** Pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/USP. 6ed. São Paulo: EPU. 1988,77p.

ERDMANN, L. **Sistemas de cuidados de enfermagem.** Pelotas: Universitária/UFPEL, 1996. (Série – Teses em enfermagem).

ESPIRITO SANTO, T. S. M. Segurança emocional como necessidade humana básica através do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras de Enf.**, Brasília, v. 38, n. 3,4, p. 231-236, 1985.

FAUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir:** nascimento da prisão. 13 ed, Petrópolis: Vozes. 1996.

FERREIRA, B. H. **Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLEURY, M. T. L. Cultura organizacional e estratégias de mudanças: recolocando estas questões no cenário brasileiro atual. **Revista de Administração**, São Paulo; v. 26, n. 2, p. 3-11, abr/jun 1991.

_____ **Cultura e poder nas organizações,** São Paulo: Atlas,1996.

FLEXNER, W A et al. Confronting organizational culture. Three ways to start. **Health forum**, v. 29,n. 6, p. 38-44, 1986.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional: formação, tipologias e impactos.** São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.

GALBRAITH, K. **Anatomia do poder,** São Paulo, Pioneira, 1984.

GEERTZ, Clifford. **Interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Cap. 4, p. 101-142: A religião como sistema cultural.

_____. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GEORGE, B. **Teorias de Enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

HAGUETTE, . **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 1987.

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

JAPIASSÜ, MARCONDES. **Dicionário Básico de Filosofia.** 3 ed. Revisada e ampliada. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1996. p. 61.

KINNEY et al.. **Assistência cirúrgica intensiva.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

KOISUME et al. A percepção dos pacientes de unidades de terapia intensiva- problemas sentidos e expectativas em relação a

assistência de enfermagem. **Rev Esc Enf da USP.**, São Paulo, v. 13,n. 2, p. 135-145, 1979.

LAPLANTINE, . **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LARAIA, R. de B. **Cultura um conceito antropológico.** 11 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

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

_____. **Care: the essence of nursing and health.** New York: Carles B. Slack, 1984.

_____. **Qualitative research methods in nursing.** Orlando:Guiner, 1985

_____. A relevant nursing theories: IN: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis, **Anais...** Folrianópolis: UFSC, 1985, p. 232-254.

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

YOSCHIOCA, . **Doenças Cardiovasculares na Mulher: o que há de novo.** IN: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CARDIOLOGIA, 13, Rio de Janeiro, 1998.

LENARDT, . **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica.** Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado) Curso de Pós-

graduação em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Expansão polo I. Universidade Federal do Paraná, 1996.

LOPES, M. **Manual de tratamento intensivo.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1972.

LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. A. **Pesquisa em Educação:** abordagens qualitativas em saúde. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, P. L. Infarto agudo do miocárdio: princípios e tratamento. **ARCSCVRANDI**, São Paulo, v. 17, p. 40-44, 1984.

MELTZER et al. **Enfermagem na unidade coronariana.** 3 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987.

MINAYO, . **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MONTICELLI, . **O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.** Florianópolis. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

. **Nascimento como rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos.** São Paulo, Robe editorial, 1997.

_____. O conceito de cultura e a prática da enfermagem.
Rev. Gaúcha Enf. Porto Alegre, v. 15,n.1,2, p. 20-26, jan/dez,
1994.

MC DANIEL, STUNFPF, L. **The organizational culture:** implications
for nursing service. **JONA.** v. 23, n. 4, Ap, 1993.

MOTTA, P.R. Gerência de idéias novas como despertar a criatividade e
vencer a importância do desejo inovacional? **Rev Adm Públ.** , v.
23, n. 4,p. 71-86. 1989.

NOGUEIRA, R. A força de trabalho em saúde. IN: MÉDICE, André
César (Org). **Textos de apoio:** Planejamento1. Recursos humanos
em saúde. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1987. p. 13-18.

PADILHA, K. G. O coronariopata e o ambiente de unidade de Terapia
Intensiva. **Rev. Esc Enfer da USP,** São Paulo, v. 21,n. 3, p. 37-
46, 1987.

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

PIRES, . **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das
transformações atuais na esfera do trabalho.** Campinas, SP,
1996. Tese (Doutorado). Curso de Pós-Graduação em Sociologia,
Universidade Estadual de Campinas, 1996.

- QUIEROZ, . Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 318-325, 1991.
- REZENDE, de. **Saúde:** dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.
- ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde.** 3 ed. Rio de Janeiro: Médisi, 1988.
- SANTOS, J.L. dos. **O que é cultura.** 13 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- SCHEER, . **Prepare seu coração:** como prevenir a doença coronariana. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.
- SILVA, ; FRANCO, . **Saúde e doença:** uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.
- SINNO, M. A . A comunicação enfermeiro cliente. **Rev Bras Enf.** , Brasília, v. 40, n. 213, p. 123-125, abr/set. 1+87.
- THÉVENET, M. A cultura da empresa de hoje em dia. **Revista de Administração,** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 32-39. Ab/jun, 1991.
- TOMEI, (Org). **Cultura organizacional e privatização:** a dimensão humana. São Paulo: Makron Books, 1993.

TRENTINI, . Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Rev Esc Enf da USP**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 135-143, ago, 1987.

UCHÔA, E; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Públ.** , Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out/dez., 1994.

ULLMANN, R. A . **Antropologia: o homem e a cultura**. Petrópolis: Vozes, 1991.

XI - ANEXOS

ANEXO 1

Universidade Federal de Mato Grosso
Faculdade de Enfermagem e Nutrição
Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem
Mestrado Intrer institucional UFSC/UFMT
Mestranda : Rosemeiry C. S. Azevedo

PROJETO: AS POSSIBILIDADES DE UMA ABORDAGEM CULTURAL
NO CUIDADO AO CLIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Cliente)

(Elaborado a partir dos trabalhos de Patrício (1990) e Boehs (1990)).

Este instrumento tem por objetivo auxiliar no levantamento de dados junto ao cliente. Sua utilização prevê uma dinamicidade que deve ser dirigida não pela ordem de apresentação de seus itens, mas, pelos momentos de diálogos, observações que ocorrerão, estes é que irão determinar quais questões e tipos de abordagens que se farão necessárias.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL.

Nome

Data de Nascimento

Naturalidade

Nacionalidade

Procedência

Sexo

Estado civil

Ocupação

Religião

Escolaridade

Endereço

2. ALGUMAS QUESTÕES NORTEADORAS

- O que sabe sobre sua doença?
- De que maneira resolve os problemas de saúde?
- Qual o significado do infarto?
- Quais são as causas do infarto?
- Quais os cuidados necessários para se ter saúde?

ANEXO 2

Universidade Federal de Mato Grosso
Faculdade de Enfermagem e Nutrição
Curso de Mestrado em Assistência de enfermagem
Mestrado Interinstitucional UFSC/UFMT
Mestranda Rosemeiry C.S. Azevedo

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Funcionários da Instituição)

Esta entrevista tem por objetivo conhecer o processo de evolução/mudanças ocorridas na instituição hospitalar durante o seu desenvolvimento.

Os dados obtidos serão utilizados no relatório final da dissertação de mestrado que estou desenvolvendo. Asseguro desde já o anonimato dos informantes (nomes fictícios), como também, a utilização das informações somente para fins científicos.

QUESTÕES NORTEADORAS.

- 1- Em que ano foi admitido na instituição
- 2- Faça um breve histórico de sua carreira na instituição
(treinamento, progressão funcional)
- 3- Como você definiria em termos gerais a instituição
- 4- O que ocorreu no período em que você está aqui
- 5- E na sua área de trabalho
- 6- Ocorreram mudanças? Que conflitos surgiram com as
mudanças ocorrida
- 7- Se você tivesse todo poder de decisão, o que faria hoje

CLIENTES ETAPAS	MAURÍCIO	EDER	JOÃO
<p>1 – APROXIMANDO-SE DO CLIENTE PARA COMPREENDER O PROCESSO DE ADOECER.</p> <p>Marca o encontro da enfermeira com o cliente enfartado, através de observações e diálogos informais com os estes e seus familiares.</p>	<p>→ Geralmente procura resolver seus problemas de saúde com remédios caseiros</p> <p>→ Hipertensão há ± 8 anos (AVC)</p> <p>→ Diabético</p> <p>→ Tabagista/eitilista</p>	<p>Saudável até 52 anos</p> <p>1996 – dor no peito irradiando para o dorso – emplasto não resolveu, procurou o médico – IAM (1ª internação)</p> <p>6 meses após – 2ª internação (erisipela) – 15 dias de hospitalização</p> <p>± 20 dias (3ª internação) após esforço físico – dor no peito</p> <p>→ Tosse com rajadas de sangue</p> <p>→ Realização de exames complementares</p>	<p>Considera uma pessoa saudável, quando aparece qualquer problema de saúde procura resolver com homeopatia</p> <p>→ Tabagista há 50 anos – 5 anos deixou de fumar por episódio de mal-estar, “sensação de morte-súbita”</p> <p>1978 – submetido prostatectomia</p> <p>± 6 meses – dispnéia aos esforços</p> <p>± 2 semanas – dispnéia acompanhada de uma pressão no pescoço + queimação no estômago não cedeu com chá de boldo. Procurou o médico sendo encaminhado para a UTI.</p>

CLIENTES ETAPAS	MAURÍCIO	EDER	JOÃO
<p>2 -IDENTIFICANDO OS CUIDADOS CULTURAIS .</p> <p>Caracteriza-se pela compreensão, organização e sistematização das informações obtidas, procurando identificar os cuidados culturais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Hipertensão – chá de carambola → Insônia – luz acesa (geralmente dorme em quarto escuro) → Dependência do s filhos → Sono, repouso após almoço → Atividade física 	<ul style="list-style-type: none"> → Dor no peito – emplasto → Cansaço – repouso → Diabetes/colesterol – folha de couve batida no liquidificador → Erisipela – limpeza com chá folha de malva e benzedeira → Dor de cabeça/rins – procura o farmacêutico → Tosse – xarope de casca de jatobá + casca de laranja + eucalipto → Filhos com arca-caída, mal de semoto – benzedeira → Sexualidade - garrafada 	<ul style="list-style-type: none"> → Dor de estômago = chá de bolo → Intestino preso = específico 46 (homeopatia) → Higiene oral e corporal com privacidade

CLIENTES ETAPAS	MAURÍCIO	EDER	JOÃO
<p>3 – DESENVOLVENDO AÇÕES DE CUIDADO</p> <p>Implementação efetiva das necessidades e possibilidades de cuidados culturais, através de ações educativas conjuntas (enfermeira/ Cliente) para preservar, acomodar e/ou repadronizar o cuidado</p> <p>Conhecimento Científico X</p> <p>Conhecimento Popular</p>	<p>Acomodar – uso chás/ sucos com adoçantes</p> <p>Preservar – hábito de dormir após o almoço, consumo de peixe</p> <p>Repadronizar – hábito de fumar, horário da medicação</p>	<p>Acomodar – comer frutas nos intervalos das refeições, sentar antes de levantar-se</p> <p>Preservar – uso de medicamentos caseiros, benzedeira, direito a informação</p> <p>Repadronizar – hábito de tomar medicação orientada pelo balconista de farmácia; conceitos em relação à laqueadura tubária</p>	<p>Preservar – hábito de higiene oral; com material pessoal, caminhadas, direito à informação, pintura</p> <p>Acomodar – banho de chuveiro, visita da esposa</p> <p>Repadronizar – hábitos alimentares (gorduras)</p>

CLIENTES ETAPAS	MAURÍCIO	EDER	JOÃO
<p>4 – AVALIANDO O CUIDADO DESENVOLVIDO.</p> <p>Avaliação conjunta das ações desenvolvidas durante o cuidado. Avaliar quais cuidados foram preservados, acomodados e/ou repadronizados</p>	<p>Preservados:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Chá de carambola → Quebra-torto → Consumo peixe <p>Acomodados:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Uso de adoçantes → Hábito de fumar → Atividade física <p>Repadronizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Horário da medicação (Lorax) → Padrão sono 	<p>Preservado direito a informação</p> <p>Acomodados:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Frutas nos intervalos das refeições → Sentar antes de levantar → Conceitos "frigidez" 	<p>Preservados:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Hábitos higiênicos → Homeopantias → Pintura <p>Acomodados:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Visita da esposa <p>Repadronizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Hábitos alimentares