

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

SEGREDOS DA ALMA: A DÁDIVA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA

NATAL / RN
2006.2

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA

SEGREDOS DA ALMA: A DÁDIVA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA:

Prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano.

NATAL / RN

2006 2

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Almeida, Sheyla Gomes Pereira de.

Segredos da alma: a dádiva na assistência de enfermagem / Sheyla Gomes Pereira de Almeida. – Natal, RN, 2006.

105 f.

Orientadora : Raimunda Medeiros Germano.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem – Dissertação. 2. Relacionamento interpessoal – Dissertação. 3. Humanização - Dissertação. I. Germano, Raimunda Medeiros. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616-083(043.3)

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

BANCA EXAMINADORA

A Dissertação “**SEGREDOS DA ALMA**: a dádiva na assistência de enfermagem”, apresentada por Sheyla Gomes Pereira de Almeida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____ / ____ / 2006.

Profª Drª Raimunda Medeiros Germano – Orientadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª Drª Solange Fátima Geraldo da Costa – Titular
Departamento de Enfermagem da UFPB

Profª Drª Bertha Cruz Enders – Titular
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª Drª Glaucea Maciel de Farias– Suplente
Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

A Minha Família,

*Aos meus referenciais maiores, **Pai e Mãe**, ouro de mina, que desde o berço, me ensinaram os valores do Ser, guiando-me pelo caminho do respeito, honestidade, verdade, simplicidade e paz. A **eles** minha eterna e sincera gratidão. Devo-lhes minha existência e no que sou estão as impressões indelévels do seu amor e dos seus ensinamentos.*

*A **minha filha**, força motriz que me impulsiona, nutre e fortalece. Engrandece-me com suas lições e me instiga a aprender a como ampliar os horizontes de como educar.*

*Ao **meu esposo**, agradeço pela paciência, estímulo e compreensão nas ausências.*

MENÇÃO HONROSA

*À professora **Raimundinha**, preciosidade que encontrei no caminho. À **minha mestra** devo para além das competentes orientações e agradáveis conversas, devo-lhe a **dádiva da dádiva**. O trabalho seria outro e eu mesma seria outra caso não tivesse sido agraciada com esse novo e rico conhecimento. Sou-lhe imensamente grata por todos os **“bens”** que circularam nesse percurso da estrada, quando tomou minha mão e me apresentou os prados férteis da sabedoria com tamanha modéstia. **Muito obrigada pela dedicação e pelo carinho.***

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

AGRADECIMENTOS

*À energia suprema, que chamamos de **Deus**, pela sua grandiosidade e generosidade.*

*Ao professor **José Willington**, pela sensibilidade e atenção, bem como pelas suas sábias e valorosas contribuições.*

*Aos **professores**, que, como a estrela de Davi, nos guiam pelos caminhos que proporcionam grandes descobertas. Agradeço-lhes a dedicação e o compromisso.*

*Às professoras, **Bertha Enders, Glauceia Maciel e Soraya de Medeiros**, pelas importantes contribuições e estímulo.*

*À professora **Cleide Gomes**, que, de maneira singular, me despertou para a necessidade de bom relacionamento interpessoal e comunicação na nossa profissão.*

*À amiga e colega, **Ana Cristina**, pelo incansável estímulo e entusiasmo.*

*À amiga e colega, **Nicelha Guedes**, que compartilhou junto a mim as batalhas travadas em nosso ambiente de trabalho, sem seu apoio teria sido pouco fácil finalizar mais esse ciclo da minha vida.*

*Aos **amigos**, que em todos os momentos compartilharam comigo as preocupações e alegrias na trajetória percorrida.*

*Aos **entrevistados**, pela disponibilidade em contribuir com seus ricos relatos.*

*Às **companheiras da turma de mestrado**, pela agradável e saudável convivência.*

*À bibliotecária **Juliana Buse**, pelas orientações e revisão do trabalho.*

*Enfim, a **todos** aqueles que, com suas formas peculiares de ajudar, foram fundamentais na realização dessa conquista.*

*Dar e receber são atos idênticos se
realizados com desinteresse.*

Octávio Paz

O que pensais, passais a ser.

Ghandi.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

RESUMO

ALMEIDA, Sheyla Gomes Pereira de Almeida. **Segredos da alma**: a dádiva na assistência de enfermagem. Natal, 2006. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

O presente estudo analisa o relacionamento interpessoal estabelecido entre a equipe de enfermagem e os pacientes, por ela assistidos. Tem como objetivos analisar os possíveis laços/vínculos existentes nestes relacionamentos e descrever, a partir da experiência do paciente, a sua percepção acerca do acolhimento pela enfermagem, bem como de sua confiabilidade na equipe, no contexto hospitalar. Trata-se de uma investigação de natureza analítica e abordagem qualitativa, tendo como fio condutor a teoria da dádiva de Marcel Mauss. Para a sua realização, foram entrevistados 18 pacientes, sendo 08 de instituição pública, internados em hospital escola de grande porte, e 10 de um hospital particular, de especialidades, ambos na cidade de Natal/RN. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2006. Os resultados indicam que os vínculos se formam entre equipe de enfermagem e pacientes, independentemente de sua condição social, existindo o envolvimento de amizade e confiança, principalmente. Em ambos os serviços, constatamos que o relacionamento interpessoal está vinculado à circulação dos bens simbólicos referidos nas falas dos pacientes, como atenção, carinho, dedicação, entre outros, caracterizando a formação de laços durante o período de internação. Aparece, igualmente, a confiabilidade, guardando estreita relação com a competência técnica do profissional de enfermagem. O acolhimento hospitalar se prende à forma como foram atendidos ao ser admitidos, embora se refiram também a este em momentos subseqüentes, na continuidade do tratamento. Por fim, podemos concluir que há existência de laços/vínculos entre o paciente hospitalizado e a equipe de enfermagem, independente da condição social do paciente ou da clivagem de classe. Evidencia-se, dessa forma, que o simbolismo anti-utilitarista da dádiva – dar, receber, retribuir –, que configura o estabelecimento de laços sociais, também se efetiva em sociedades utilitaristas/individualistas/competitivas da atualidade. Dessa forma, os humanos procuram salvar a sua humanidade, cuja existência depende das relações com outros, mormente quando se trata de alguém em situação de fragilidade e dependência, como é o caso do paciente hospitalizado.

Palavras-chave: *Dádiva*. Enfermagem. Relacionamento interpessoal.

ABSTRACT

ALMEIDA, Sheyla Gomes Pereira de Almeida. **Secrets of the soul: the gift on the nursing care.** Natal, 2006. 103 f. Dissertation (Master's degree) – Post Graduation Nursing Program, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

The present study is an analysis of interpersonal relationships between the nursing staff and the patients under their care. Its objectives are to analyze ties/links that may possibly exist in such relationships and to describe, based on the experience of the patients, how they are received by the nursing staff, and what is the extent of their reliability on the nursing staff within the hospital. This investigation is analytical in nature and qualitative in approach, having as its leading thought Marcel Mauss's gift-exchange theory. The study involved eighteen in-patients, eight of them from government institutions, at a large hospital school and ten others from a private specialty hospital; both in the city of Natal, state of Rio Grande do Norte, Brazil. Data were collected between January and March 2006. Results point to ties being created between the nursing staff and patients irrespective of their social status, involving especially the development of friendship and reliability. We have noticed that in both services the interpersonal relationship is associated with the circulation of the symbolic goods mentioned in the patients' discourse, such as attention, loving care and concern, among others, marking the formation of ties during hospital stay. Likewise, reliability is also present in close relationship with the technical competence of the professional. Patient hospitality is associated with the manner in which the patients were treated on being admitted to the hospital, although they also refer to hospitality at later moments, during the course of their treatment. Finally, we are in a position to say that there are ties/links between in-patients and nursing staff, irrespective of the patient's social status and class divide. It is thus evident that the antiutilitarian symbolism of gift – to give, receive, give back -, which shapes the setting of social ties also takes place in today's utilitarian, individualistic and competitive societies. Thus, human beings whose existence is dependent on mutual relationships try to save their humanity, especially those who are fragile and dependent as is the case of the hospital in-patient.

Keywords: *Gift*. Nursing. Interpersonal relationship.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PERCURSO DA PESQUISA	26
2.1 ESCOLHAS METODOLÓGICAS	27
2.2 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	35
3 A TECITURA DA DÁDIVA	40
3.1 A CONFIANÇA NA AÇÃO E NA PALAVRA	41
3.2 O ACONCHEGO DO ACOLHIMENTO	49
3.3 A PONTE DA AMIZADE: DIÁLOGO E COMUNICAÇÃO	56
3.4 OS ALIMENTOS DO AFETO: A ATIVAÇÃO DOS LAÇOS SOCIAIS	70
4 À GUIA DE CONCLUSÃO: O ANTIUTILITARISMO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	85
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICES	98
APÊNDICE A.....	99
APÊNDICE B.....	100
ANEXOS	102
ANEXO A.....	103
ANEXO B.....	104
ANEXO C.....	105

1 INTRODUÇÃO

Os norteamentos filosóficos que permeiam a formação dos profissionais da área de saúde no nosso país estão atualmente em fase de turbulência, em face das necessidades de mudanças emergidas a partir da década de 80 do século XX com a Reforma Sanitária. Até então, o foco do ensino acadêmico vinha sendo direcionado, na maioria das escolas, às questões técnicas, principalmente, subestimando, por vezes, as discussões que tratam dos aspectos sociais, políticos e éticos que envolvem a saúde.

Na enfermagem, o panorama não é diferente; ainda prepondera, na formação do enfermeiro, o direcionamento para os assuntos técnicos, revelando a forte influência, em nossos dias, das escolas formadoras clássicas da segunda metade do século XIX. A referida formação atende às necessidades do modelo de assistência médica, hegemônico na contemporaneidade, ainda voltado, sobretudo, para a atenção individual e na perspectiva biologicista. No entanto, devemos ressaltar que, nos últimos anos, algumas mudanças vêm ocorrendo no ensino de enfermagem, a partir da construção coletiva de um projeto político-pedagógico para a área, que tenta romper com esses antigos paradigmas. Dessa forma, a nova proposta pedagógica, pautada nas diretrizes curriculares do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação e Cultura (MEC), abre uma discussão nacional sobre a formação da enfermagem, apontando para as novas políticas na área de saúde, mantendo-se em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, não podemos afirmar ser essa a tendência predominante no ensino da enfermagem brasileira.

De acordo com Silva (1986), o ensino instituído a partir do início da fase profissional, já estava alicerçado em disciplinas e treinamentos práticos que proporcionassem condições para a resolução dos problemas orgânicos de saúde das pessoas. O principal objetivo era desenvolver conhecimentos necessários à promoção do restabelecimento da saúde, observando apenas eventos biológicos presentes no processo saúde - doença.

A transformação da assistência à saúde e da própria cura em bem de consumo de valor venal elevado, traduz a controversa mercantilização da saúde. Tema em evidência, atualmente, discutido por alguns segmentos acadêmicos, profissionais e pela sociedade

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

em geral. Conforme Germano (1985), no nosso país, as transformações ocorridas nas práticas de saúde foram concebidas para atender ao novo modelo econômico consolidado a partir da década de 60, quando, à época, as privatizações e as especializações de clínicas de caráter curativo são incentivadas e apoiadas para atender ao então sistema capitalista neoliberal; atualmente, podemos dizer que experienciamos um verdadeiro aprisionamento da economia de mercado.

A mercantilização da saúde determinou, de certa forma, a descaracterização do objetivo primordial dos profissionais da área, que significa, em sentido amplo, a manutenção dos indivíduos em condições plenas de exercer suas atividades cotidianas, independente de quais sejam.

A consolidação e o fortalecimento dessa realidade suscitaram, na atualidade, a formação de algumas correntes, principalmente, ligadas às ciências sociais buscando resgatar o caráter humanitário vinculado, extrinsecamente, ao segmento saúde.

Assim, a preocupação com o tema vem tomando proporções significativas, destacando-se, inclusive trabalhos realizados nesse segmento relativos à formação de redes sociais no âmbito da saúde, como forma de se viabilizar o processo de mudança, visando à implantação de uma nova cultura na área. O resgate de posturas humanitárias facilitará a transformação da realidade social e contribuirá para a melhoria da qualidade de vida da população.

No âmbito dos profissionais da saúde vem despontando um maior interesse com a questão da humanização, através dos fóruns de discussão instaurados nacionalmente, com apoio prioritário do Ministério da Saúde. Uma das ferramentas importantes e em evidência dentro de uma nova perspectiva do trabalho diz respeito à comunicação. Essa será utilizada, inclusive, com o intuito de proporcionar emancipação ao usuário do sistema no exercício de sua cidadania. Naturalmente, para a sua concretização se faz necessária a elaboração e implementação de um vasto trabalho de base com toda a equipe que atua nos serviços, promovendo o rompimento de paradigmas atuais que norteiam a assistência médica, e são, comumente, de cunho autoritário. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, em 2001, instituiu a Política Nacional de Humanização, com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, o Humaniza SUS. Trata-se de uma proposta inovadora para a criação de uma nova cultura

desenvolvimento da autonomia e cidadania tanto dos profissionais de saúde, como dos pacientes que são atendidos nesses serviços (BRASIL, 2003).

O ato de se comunicar é imprescindível à preservação das culturas, à construção de novos saberes, enfim, à manutenção da existência humana, acontecendo desde os primórdios da humanidade como necessidade básica.

O início do processo de comunicação entre humanos não está por completo elucidado; é sabido que, desde os primórdios da humanidade, os homens encontraram formas de associar alguns poucos sons ou gestos a objetos ou coisas, atribuindo-lhes significados, que, conforme Bordenave (2003), seriam a base da comunicação em geral e da linguagem em particular.

Para os profissionais de saúde, a habilidade de comunicar-se é atributo para o desenvolvimento do trabalho nos diversos segmentos em que esses atuam. Na prática cotidiana dos serviços hospitalares, podemos observar algumas dificuldades, com os integrantes do corpo de enfermagem, no tocante à coerência entre comunicação verbal e não-verbal. As atitudes relativas à disposição de envolvimento com os pacientes, muitas vezes deixam claro, que o que é dito é diferente do que é sentido por esses lidadores. Os próprios pacientes fazem relatos de profissionais que se comprometeram em buscar soluções para problemas relativos a setores ligados indiretamente à enfermagem, como por exemplo, nutrição, e geralmente não retornam para informar sobre as providências tomadas para minimizar ou dar resolubilidade ao problema relatado.

Na enfermagem, em particular, a importância da comunicação assume maiores proporções, pois a prática profissional é desenvolvida com base nas relações interpessoais, condição essencial para um bom desempenho junto à pessoa da qual cuidamos. Pensando a equipe de enfermagem, essa é composta por sujeitos ativos, lidando primordialmente e essencialmente com o ser humano e, como tal, também sujeito ativo. Ambos possuidores de convicções próprias, valores, crenças e conflitos que não estarão à margem do processo de cuidar, estabelecido inexoravelmente entre o profissional da enfermagem e o indivíduo que está sendo assistido, em qualquer que seja o nível dessa assistência. Contudo, de acordo com a experiência prática, esse vínculo ocorre de forma mais intensa com os pacientes internados em instituições hospitalares, por permanecerem maior período de tempo nesses locais de tratamento e por serem

Silva (1996, p. 122) diz que “o aprendizado das relações humanas é uma construção diária”; corroboramos o que afirma a autora ao observarmos que, na *práxis* profissional, o desenvolvimento da competência do inter-relacionamento é fator preponderante no desenvolvimento das atividades profissionais. A referida autora destaca que as relações interpessoais dizem respeito à interação entre pessoas, envolvendo a compreensão entre elas, incluindo, nesse processo, a percepção do indivíduo, a possibilidade de conflitos e de indução a mudanças de valores e comportamentos.

Durante toda a nossa vivência como enfermeira, atuando nos serviços hospitalares, na assistência e coordenação dos serviços de enfermagem, podemos constatar uma realidade de profissionais pouco envolvidos com o relacionamento interpessoal. Esse comportamento pode ser observado tanto em relação aos pacientes, seus familiares, parentes e amigos, como também na própria equipe de enfermagem e na equipe interdisciplinar com quem interage. O envolvimento desses trabalhadores comumente está direcionado às questões relativas ao fazer. Percebemos, na prática, um profissional pouco interativo, com pouca resiliência, alteridade, capacidade de escuta, cortesia e sensibilidade, determinando conflitos em sua atuação, refletindo decisivamente na qualidade da assistência prestada por esse trabalhador aos usuários do sistema de saúde, tanto público como particular.

Acrescentamos que, ainda no início da nossa trajetória profissional, quando trabalhávamos em instituição de referência para a América Latina, onde a equipe de enfermagem sempre ocupou posição de destaque, nos chamava a atenção o caráter tecnicista empregado nos treinamentos destinados ao aperfeiçoamento dos neofuncionários da equipe de enfermagem. As disciplinas ministradas durante o período de *trainee*, como era denominado, versavam sobre fisiologia e anatomia, principalmente, seguindo-se de disciplinas que fornecessem sustentáculo técnico para o desenvolvimento de ações de enfermagem, em pacientes internados para tratamento de patologias relacionadas ao aparelho locomotor.

Observamos, desde esse período, a ênfase dispensada aos aspectos biológicos e orgânicos do processo saúde-doença, atendendo ao modelo de assistência médica vigente, qual seja, uma atenção de cunho eminentemente técnico. Inquietou-nos, a partir dessa primeira aproximação com a vivência profissional, a despreocupação com as

relações humanas, a comunicação pouco esmerada e o mínimo tempo dispensado para ouvir o outro. No entanto, destacava-se o tempo útil para a administração de medicamentos, realização de higiene e curativos, mudança de decúbito e trabalho fisioterápico, principalmente. Não podemos deixar de fazer referência a momentos destinados a conversas de esclarecimentos sobre as patologias e suas complicações pela equipe multiprofissional, porém, nesses colóquios, a tônica sempre estava voltada para as complicações orgânicas, no que se refere à participação do profissional de enfermagem, sempre representado pelo enfermeiro.

O interesse pessoal pelo desenvolvimento de uma postura profissional que observasse outros aspectos, não só os relacionados aos cuidados físicos, foi severamente criticada, naquela ocasião, pelos próprios pares.

Em um outro momento, ao desenvolver atividades profissionais em terapia intensiva, a visão tecnicista que nos inquietava se consolidou ao observar a equipe de enfermagem absorta predominantemente na execução de tarefas, em função, principalmente, do manuseio de equipamentos. Os profissionais dispõem de pouco tempo para interagir com as pessoas, contribuindo para tornar o ambiente nas UTI's impessoal, e de difícil suportaçã o para os pacientes conscientes, quando estão atravessando um momento de incertezas. Um pouco de disponibilidade da equipe prestadora de cuidados para ouvi-los, certamente, ajudaria a aliviar suas tensões.

A importância do aparato tecnológico, como também às questões relacionadas à segurança técnica na execução dos procedimentos, não deve ser relegada a um plano secundário. Ressaltamos a interação necessária entre a competência técnica e o relacionamento humano, passando pela participação do usuário dos serviços de saúde; no nosso caso, em particular, na instituição hospitalar, também como sujeito ativo no processo terapêutico ao qual está sendo submetido, sendo relevante que o profissional da enfermagem desenvolva habilidades para lidar com o território das emoções.

Na seqüência de nossas atividades profissionais, passamos a ocupar cargos de coordenação, quando, então, vislumbramos muitas outras situações, entendendo melhor que os conhecimentos mais aprofundados de relacionamento interpessoal e comunicação facilitar iam, em grande medida, a resolução dos conflitos existentes no ambiente de trabalho, envolvendo a equipe em si e essa com os pacientes.

Os vários anos de vivência profissional, permeados por observações relativas às dificuldades no campo interrelacional, repercutindo, sobremaneira, na assistência dispensada aos pacientes que se encontram internados em hospitais, vêm nos despertando, a cada dia, um maior interesse em estudar o tema. Sabemos que as relações interpessoais são pouco valorizadas e, na maioria das vezes, há pouca disponibilidade no desencadear de ações e atitudes que propiciem a fluência das informações de tal modo que o andamento do trabalho se dê a contento e de maneira agradável. Porém, ao contrário, observamos que as ações acontecem como se fossem estanques e não se valorizando devidamente a interdependência entre as pessoas em função da atenção que a atividade requer. O individualismo por parte da equipe de enfermagem ainda é característica bastante presente, em virtude do seu perfil profissional receber fortes influências do modelo cartesiano.

Na prática cotidiana, observamos profissionais pouco preocupados em ouvir os pacientes, e estão, em grande medida, apressados para a realização de outros afazeres, determinando pouca interação entre pacientes e equipe de saúde. Em particular, no tocante ao corpo de enfermagem, o processo de trabalho é determinante em significativa parcela dessa realidade; a divisão técnica do trabalho, o seguimento de normas e rotinas, torna o cuidado, por vezes, impessoal e mecanizado. A disponibilidade de tempo para ouvir o outro é quase sempre pequena, a equipe profissional está envolvida com as atribuições de cuidados, na grande maioria das vezes, direcionados ao atendimento de necessidades básicas como higiene e alimentação, entre outros.

Percebemos, assim, a presença marcante de posturas individualistas por parte dos profissionais, em virtude do seu contexto de trabalho oferecer pouco tempo para o despertar de ações práticas associadas a um relacionamento humano aconchegante.

No entanto, esse relacionamento tem sido tema de profundos e extensos estudos, desde as mais remotas épocas, já que a humanidade traz, em si, o desejo de explicações sobre ela própria.

Marcel Mauss, sociólogo francês, escreveu, em 1924, a obra clássica e revolucionária *Ensaio sobre a dádiva*, versando sobre as relações sociais, jurídicas e econômicas das sociedades arcaicas – polinésios e melanésios (habitantes da orla do pacífico), e os povos do noroeste americano.

Na referida teoria científica, o autor relata o sistema de trocas, complexo mecanismo de prestações e contraprestações, existente nessas sociedades, destacando o caráter voluntário e, paralelamente, obrigatório, vinculado àquelas trocas, que, quase sempre, circulavam sob a forma de presentes / dádivas. A oferta generosa de presentes pressupunha a obrigação de retribuição. A prática de intercâmbio sócio-cultural caracterizava-se pela presença de atores coletivos que podiam ser pessoas, clãs, famílias e tribos. Os presentes eram trocados em situações de confronto entre os grupos e chefes, ou ambos, sendo a oposição realizada no sentido de desafiar quem seria o mais generoso na oferta deles (MAUSS, 1924).

As trocas não eram apenas de bens materiais ou econômicos, circulavam também as delicadezas, os ritos, os serviços e as festas, atribuindo um caráter simbólico à *dádiva*. Pautado nesse aspecto, o questionamento supremo de Mauss era: qual a força existente no presente oferecido ao outro, que faz com que, quem recebe, o retribua? (MARTINS, 2003). Durante a leitura da obra, observamos que existe também uma simbologia de força espiritual envolvendo as dádivas ofertadas; a obrigação de retribuir, nasce em função da energia do doador acompanhar e permanecer na coisa ofertada, expondo o donatário a uma condição de refém do doador. A condição que promove a libertação de quem recebeu o presente é a retribuição dele.

Nas tribos do Noroeste americano o sistema de trocas era denominado de *Plotach*, significado pelo próprio Mauss como alimentar, consumir, e o *kula*. O primeiro sistema não era exclusivo desses povos, e se caracterizava pela rivalidade e antagonismo. O *kula* estava relacionado ao comércio intertribal (MAUSS, 1924).

No *plotach*, o enfrentamento entre as tribos realizava-se através da destruição das riquezas com o objetivo de atingir o chefe rival. Mauss denominou esses enfrentamentos como prestações totais do tipo agonísticas, ou seja, lutas pela preservação da vida. O outro sistema de trocas, o *Kula*, foi denominado pelo próprio Mauss de “grande *Plotach*”, quando os homens se lançavam ao mar e espalhavam-se pelas ilhas Trobiand realizando o comércio intertribal. As tribos trocavam objetos, bens preciosos, comidas, festas, inclusive homens e mulheres. Esse comércio se distinguia de trocas simples por conservar a característica de superioridade de uma tribo sobre a outra, mesmo que falseada sob a forma de desinteresse aparente.

Entre os polinésios, a rivalidade não era acentuada, permanecendo os princípios do *plotach*. Entre esses povos os rituais de troca são contratos entre tribos e clãs, quando se reuniam seus homens, mulheres e crianças.

Em todos esses rituais, a principal fundamentação era a tripla obrigação de dar-receber-retribuir, caracterizada pela liberdade e obrigatoriedade.

Na contemporaneidade, o dom está presente na complexidade do relacionamento humano, pois é fundante de toda a sociabilidade e comunicação humanas. Segundo Goldbout *apud* Martins (2003), a palavra é a primeira troca que um ser humano realiza com outro. Podemos supor então que, nos nossos dias, o sustentáculo do Dom se dá através da reciprocidade e confiança, é traduzido não mais como coisa, como aconteceu nas sociedades arcaicas, e sim como uma relação social. Destacando a área da saúde nessa relação social, Martins (2003, p. 30) referencia a medicina como “ um fenômeno social total, sendo errônea a idéia de que a ciência médica e suas práticas possam existir fora do âmbito social .”

Martins (2003) destaca que a situação vivida atualmente de mercantilização da saúde, subjuga o caráter social da medicina aos aspectos relacionados aos fatores econômico e tecnológico, de interesses privados gerados a partir de um projeto utilitarista iniciado entre os séculos XVIII e XIX, quando os cientistas e os homens de negócios celebraram alianças com interesses financeiros. Podemos deduzir que, a partir de então, as práticas de cura passaram por transformações profundas, nas quais as interações entre profissionais x pacientes são relegadas a segundo plano pelos profissionais que dirigem os serviços de saúde, construindo um rastro seguido pelos demais profissionais da área.

A reconhecida medicina oficial atravessa atualmente um período de questionamentos, iniciado recentemente, devido ao modelo biomédico, centrado na doença, possibilitar pouco espaço para as subjetividades humanas. A valorização conferida à doença no modelo anátomo- clínico subestima todo o conhecimento sobre o processo saúde - doença, relatado pelo indivíduo que procura os serviços de saúde em busca de solução para seus males, muitas vezes relacionados a questões psicológicas, sociais, religiosas e culturais, entre outras. Todos esses aspectos determinam uma relação assimétrica entre o profissional de saúde e paciente, particularmente entre o

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

no qual o paciente, enquanto sujeito ativo de uma relação, é excluído. O profissional médico recebe pouco estímulo para pensar o paciente em sua inteireza, como um ser biopsicossocial, que constrói significados para o seu adoecer, alicerçado em seu aprendizado de vida, aparato de crenças, valores, verdades e costumes, pouco reconhecido e respeitado do modelo de assistência médica hegemônico (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Assim, a relação de confiança que necessita ser estabelecida entre o profissional e o paciente fica estremecida, interferindo decisivamente no resultado terapêutico esperado e desejado, comprometendo o processo de cura.

De acordo com Martins (2003), o referido processo é formado por um sistema ambivalente, composto por curadores e doentes, interagindo continuamente entre si, através do inter-relacionamento e interdependência entre esses atores, tanto no plano dos modelos de gestão da saúde (macro), como no plano da prática de cura *de persi* (micro). A teoria da *dádiva* parte da premissa que a sociedade é formada por uma regra social primeira de doação, recebimento e retribuição, sendo esse ciclo o responsável pela gênese dos vínculos sociais e que estes são mais importantes do que a produção de bens materiais.

Martins defende que, no campo médico, existe a relação de ambivalência, transcendendo as idéias defendidas pelos dois paradigmas hegemônicos, o individualista, que traz em sua essência, a liberdade do interesse particular de cada um, e o holístico que enfatiza a obrigação da totalidade. Desse modo, o movimento de ambivalência caracteriza a relação social defendida pela teoria da *dádiva*, na qual participam o interesse e a obrigação, mas também os simbolismos que circulam paralelamente, como a amizade, a solidariedade, a liberdade, a espontaneidade, constituindo assim os vínculos sociais da *dádiva* Médica. Destaca a solidariedade como uma necessidade e característica primordial a ser desenvolvida entre os vários atores da área de saúde, em torno do sofrimento do paciente, uma vez que todos estão, inexoravelmente, na condição de seres finitos (MARTINS, 2003).

Ao analisar a aplicação desse paradigma no modelo, é perceptível a circulação dos bens simbólicos (significações), entre curador e doente, quando o primeiro aparece doando informações, cuidados, técnicas e segurança, e o segundo recebendo tais “bens”,

profissional médico, há agregado a isso pagamento em dinheiro para assegurar a continuidade da relação, no caso a lógica utilitarista está a serviço do dom. A solidariedade em torno do sofrimento do doente é um “bem” que necessita circular entre os profissionais da área da saúde.

No âmbito da enfermagem, o paradigma da *dádiva* também encontra lugar de destaque, pois podemos perceber com clareza a circulação de “bens” simbólicos existentes entre a equipe de enfermagem e o paciente que vivencia um período de hospitalização. O medo do desconhecido, a mudança de ambiente e de papéis, além das incertezas que gravitam em torno do diagnóstico médico, suscita à equipe de enfermagem doação, atenção, respeito, solidariedade, confiança, compromisso, tolerância, acolhimento, entre outros. A interação necessária entre os dois importantes artífices do universo hospitalar (paciente e equipe de enfermagem), solicita do corpo de enfermagem disponibilidade para desenvolver o relacionamento interpessoal com o intuito de facilitar o bom desempenho nos cuidados prestados, transcendendo as questões técnicas tão valorizadas na profissão, e que, em um passado recente se traduzia no principal diferencial do profissional da enfermagem.

Assim sendo, é fundamental a disposição deste para se relacionar de maneira mais personalizada, e mais humanizada.

A teoria da *dádiva*, de Mauss (1924) nos revela, portanto, que a necessidade de relacionamento entre as pessoas é inerente à condição humana de ser societário, e que, para permitir que as relações sociais ocorram, os seres humanos se dispõem a doar-se em forma de presentes ou atitudes, na intenção de ter em troca alguma sinalização de que foram percebidos e aceitos, e, na seqüência, retribuir a doação de maneiras diversas, simétricas ou não simétricas. Todo o processo da teoria da *dádiva* ou prestações totais só é possível através do relacionamento interpessoal e da comunicação entre os indivíduos, proporcionando a mobilização de um conjunto amplo e complexo traduzindo a idéia da sociedade como um fato social total (MARTINS; FONTES, 2004).

Como ressalta Goldbout (2000, p. 145), “[...] lê don affecte l’indetité. [...]. Le don est l’expérience de la société qui va au-delà d’elle-même, et de ‘individu qui mete m jeu son identité, au risque de la perdre.” (o dom afeta a identidade. O dom é a experiência da sociedade que vai além dela mesma, e do indivíduo que coloca em jogo

Na enfermagem, podemos destacar que a gênese profissional transcorreu sob a égide do antiutilitarismo, seguindo a filosofia da instituição religiosa cristã que apregoava o desapego, a abnegação entre outros. Sempre existiu o caráter de doação, esperando como retribuição, em última instância, a salvação da alma.

Martins e Fontes, enfatizam que o pensamento *maussiano* defende a existência de uma obrigação social coletiva, em que todos os indivíduos são responsáveis pelo doar, receber e retribuir não só bens de caráter material ou econômico, mas, de caráter simbólico como as gentilezas, amabilidades, banquetes, festins entre outros, destacando o caráter anti- utilitarista defendido por Mauss (1924) em sua teoria.

Nos serviços de saúde, particularmente nos hospitais, existe o que se pode denominar de rede de contratualidades entre os vários setores da instituição, sendo o profissional de enfermagem, o elo dessa cadeia, que, segundo Merhy e Cecílio (2003), essa conformação é função estratégica de coordenação gerencial das áreas de assistência, transcendendo inclusive a coordenação específica da categoria. Há, nessa rede, um elaborado intercâmbio de informações importantes ao atendimento dos pacientes em sua totalidade. Embora seja real o sentido dessas informações e alguns estudos enfatizem a importância do relacionamento entre a equipe de enfermagem e pacientes (DESLANDES, 2004; SILVA, 2002; FARIA, 1996 STEFANELLI, 1993), entre outros, algumas questões particulares nos inquietam e, por isso mesmo, são norteadoras desta investigação: No relacionamento interpessoal entre a equipe de enfermagem e o paciente durante o período de internação, são estabelecidos laços / vínculos? Existe confiabilidade do paciente em relação à equipe de enfermagem? Os pacientes internados se sentem acolhidos pela equipe de enfermagem?

Sabemos que a necessidade de obter e repassar informações precisas exige do corpo de enfermagem um bom relacionamento interpessoal. No entanto, nem sempre isso ocorre na prática cotidiana, o que nos induz a pesquisar a temática aqui, após perceber a importância do circuito de reciprocidades envolvendo as ações desempenhadas pelos profissionais da enfermagem nos serviços hospitalares.

Pensando o sentido da enfermagem, Silva (1986, p. 30) esclarece que, na língua portuguesa, o termo enfermagem “designa o agente que cuida dos *infirmus*, isto é, daqueles que não estão firmes (crianças, velhos, doentes)”.

Portanto, a historicidade do termo enfermagem está diretamente ligada ao cuidado, processo construído a partir de práticas empíricas, tendo, na sua evolução cotidiana buscado se adequar à realidade de cada época. Recebe influência dos movimentos políticos, sociais e econômicos, como também dos avanços tecnológicos e científicos, e ainda das políticas de saúde e da incorporação de novos conhecimentos construídos pelos próprios profissionais da enfermagem. No entanto, podemos afirmar que no tocante ao cuidado em si, existe de um lado, uma relação de troca entre o profissional que cuida e o paciente que recebe o cuidado, basicamente de caráter simbólico, traduzida em paciência, cordialidade, educação entre outros; e, de outro lado, uma relação utilitarista entre o profissional e a instituição para a qual presta o serviço, estando a primeira relação intimamente correlacionada a segunda.

As novas demandas do mercado de trabalho exigem profissionais cada vez mais completos e complexos, estando essas necessidades determinadas pelas competências do saber fazer, agir e ser.

O saber fazer está relacionado à segurança, precisão e desenvoltura na execução de técnicas. O saber agir e ser está na esfera do relacionamento interpessoal, nas atitudes e comportamentos adotados pelo profissional, delineando o seu perfil.

Observamos na prática profissional que há um ambiente turbulento, gerador de inúmeros questionamentos e indefinições na equipe de enfermagem, relacionados ao caminho a seguir, e como se posicionar frente às instituições que absorvem o profissional.

As atuais exigências dos usuários dos serviços de saúde são relativas tanto ao domínio da técnica, como ao campo do domínio da subjetividade, do particular, já que somos, por natureza, seres que buscam explicações para o que ocorre no nosso entorno. Desde o primeiro contato, as pessoas buscam se identificar com os profissionais que os recebem, exigindo destes uma postura de acolhimento, ou seja, uma recepção agradável, o que se segue durante o período em que permanecerem sob os cuidados e vigília dos profissionais da enfermagem, principalmente.

No anonimato das pessoas pela complexidade do mundo atual, o aprendizado do acolhimento passou a ser uma necessidade cada vez mais presente entre os trabalhadores da área de saúde. O corpo de enfermagem na condição de vanguardista no

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

atendimento precisará vislumbrar a mudança no seu sistema de pensamento direcionado, sobretudo, para as questões relativas ao fazer, e se deixar envolver igualmente pela magia do relacionamento interpessoal. Percebemos que as transformações no modo de pensar implicarão mudança de cultura nos modos de fazer dos profissionais da saúde. Atualmente, o modelo hegemônico ainda é norteado pelo pensamento linear, no qual a tônica está voltada principalmente às ações que pouco privilegiam as relações interpessoais. Permanecendo no mesmo norte de raciocínio, nos deparamos com um modo de acolher pouco adequado à proposta da humanização. No entanto, o acolhimento tem importante significado na descoberta da humanidade, na construção do coletivo, e também no aprofundamento das relações com as pessoas e com o mundo.

Outrossim, compreendemos que se trata de uma mudança no campo atitudinal, de certa complexidade, levando-se em consideração o fato de o próprio modelo de sociedade vigente não favorecer o resgate do humano e das humanidades, pelo forte apelo ao individualismo e competitividade.

Outro ponto em destaque é o próprio processo de trabalho em saúde instaurado, quando observamos a preocupação com a execução de tarefas, cuidado com a utilização de materiais, envolvimento com burocracia, ou seja, a produção, sobretudo. Dessa forma, a dimensão sensível do cuidar é minimizada.

Diante disso, o presente estudo é justificado e sua importância reside na contribuição que a investigação poderá trazer para o conhecimento das relações interpessoais na dimensão das ações simbólicas. Não há, igualmente, registro de trabalhos na enfermagem acerca das relações interpessoais que tratem da teoria da *dádiva*. Além disso, a pesquisa representa a possibilidade de vislumbrar as prováveis lacunas existentes no relacionamento interpessoal, no sentido da interação necessária e desejada entre equipe de enfermagem e pacientes internados em hospitais. As questões relativas ao fazer propriamente dito, tal como é vivenciado no contexto profissional atual, como já exposto, ainda é vinculado a uma prática bastante individualista; percebemos o descortinar de horizontes, através da informação, que favorecerá o conhecimento de novas formas de interação entre a equipe de enfermagem e o paciente que está vivenciando um período de internamento hospitalar.

Nessa perspectiva, uma proposta de atenção humanizada passa por uma modificação profunda em toda uma filosofia de trabalho, tanto das instituições como dos profissionais que aí desenvolvem suas atividades. E o corpo de enfermagem é estratégico nessa reestruturação, por ser a principal equipe envolvida no contato direto com os pacientes. Por conseguinte, necessitará aperfeiçoar as habilidades na esfera da interpessoalidade e da comunicação, re-aprendendo a se dispor à empatia e doação de ações simbólicas, traduzindo o que se intitulou de humanização.

Assim sendo, este estudo tendo como referência o aporte teórico da dádiva tem a pretensão de realizar uma investigação a respeito do relacionamento interpessoal e habilidade comunicativa da equipe de enfermagem/pacientes, por ser essa uma condição primordial ao bom desenvolvimento da assistência na perspectiva da humanização. Portanto, compreender essas relações, partindo da visão de pacientes hospitalizados, constitui o objeto deste estudo.

Diante de tais considerações acerca desse relacionamento, são objetivos desta pesquisa:

- Analisar na visão do paciente a existência de laços / vínculos no relacionamento interpessoal estabelecido entre este e a equipe de enfermagem;
- Identificar a confiabilidade por parte do paciente, na equipe de enfermagem;
- Descrever, a partir da experiência do paciente, sua percepção acerca do acolhimento pela enfermagem durante seu período de internação.

Além desta introdução, a dissertação tem a seguinte organização: uma abordagem sobre os procedimentos metodológicos, a análise contendo a síntese da investigação empírica e, finalmente, um texto conclusivo.

2 PERCURSO DA PESQUISA

“A tarefa de cuidar é um dever humano, e não um dever exclusivo de uma classe profissional.”

Maria Júlia Paes da Silva

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

2 PERCURSO DA PESQUISA

2.1 AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS

A metodologia é o caminho percorrido, a fim de obtermos respostas às indagações propostas na investigação científica. Não está restrita ao conjunto de técnicas e procedimentos para a coleta de dados empíricos; é algo mais amplo, indicando um processo de construção, mobilização da cognição humana em busca da compreensão da realidade social (GONSALVES, 2003).

Nesse contexto amplo, está incluso, na metodologia, o aporte de concepções teóricas, além do instrumental (técnicas de pesquisa) apropriado para a abordagem da realidade empírica.

A presente pesquisa trata de um estudo do tipo analítico, de natureza qualitativa, que de acordo com Minayo et al. (2002), possibilita um espaço mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Gonsalves (2003), a pesquisa qualitativa absorve a compreensão, interpretação do fenômeno social, considerando as significações que os sujeitos atribuem à sua realidade prática, e, sendo assim, exige do pesquisador uma abordagem hermenêutica.

A escolha pela abordagem qualitativa deu-se em razão de estarmos enveredando pelo caminho do domínio das significações, das atitudes, das crenças e valores dos indivíduos, pertencentes à sua realidade social. Torna-se relevante por permitir a compreensão desse complexo universo de subjetividades, continuamente transformado e transformador, naturalmente inacabado, como também o aspecto semiótico de determinados grupos a respeito de temas específicos. O estudo em questão enfoca as relações interpessoais entre o corpo de enfermagem e pacientes; nesse contexto, buscamos encontrar espaços para refletir e discutir a realidade posta, tal como é definida, e qual o significado que lhe é conferido pelos pacientes.

De acordo com Polit e Hungler (1995), as pesquisas qualitativas permitem a obtenção e a análise de dados com pouca estruturação e de cunho narrativo, permitindo liberdade ao amplo potencial das percepções e subjetividades humanas.

Nesse sentido, o foco de interesse do estudo estará centrado nas questões que dizem respeito às relações interpessoais entre o corpo de enfermagem e os pacientes, procurando compreender os laços/vínculos estabelecidos nesse relacionamento, conforme o aporte teórico da dádiva.

Para viabilizar o estudo, utilizamos, como recurso metodológico, a técnica de entrevista semi-estruturada com roteiro contendo seis questões abertas (Apêndice A). De acordo com Minayo (2000), a entrevista é uma forma de abordagem técnica bastante utilizada no desenvolvimento dos trabalhos de campo, quando o pesquisador busca as informações contidas nas falas dos atores sociais envolvidos no estudo. Pode ser entendida como uma conversa amigável entre duas pessoas, com propósitos bem delineados. A técnica se caracteriza por uma comunicação verbal destacando a importância da linguagem e significados das falas. Em uma outra perspectiva, a técnica de abordagem é utilizada como meio para coletar informações acerca de determinado assunto científico.

Segundo Gil (2002), a entrevista é uma técnica em que o pesquisador se encontra frente ao pesquisado lhe interrogando diretamente, com o objetivo de obter dados de interesse ao estudo, delineando-se, portanto, como forma de interação social.

Para May (2004), a entrevista semi-estruturada reúne características da entrevista estruturada e não-estruturada ou focalizada, caracterizada por questões especificadas, estando o entrevistador mais livre para ir além das respostas, existindo maior liberdade na abordagem do tema proposto. O entrevistador dispõe de mais espaço para investigar cautelosamente além das respostas, estabelecendo assim um diálogo com o entrevistado. Essa modalidade de entrevista permite, mesmo que os entrevistados se expressem em seus próprios termos, uma estrutura maior de comparabilidade em relação às entrevistas estruturadas.

Para Polit e Hungler (1995), as entrevistas semi-estruturadas permitem flexibilidade na coleta dos dados, não existindo um conjunto específico de perguntas,

nem uma seqüência pré-determinada que necessariamente será seguida, caracterizando-se como uma conversa.

O espaço da investigação constituiu-se em dois serviços hospitalares da cidade de Natal, sendo um público e outro particular. O primeiro é um hospital-escola, de grande porte, com capacidade instalada atualmente de 210 (duzentos e dez) leitos, que assiste, principalmente, a população carente procedente da própria capital e do interior do estado, portadores das mais diversas patologias. A referida instituição oferece serviços ambulatoriais, de hemodinâmica, cirurgia geral, terapia intensiva, além de internação em suas clínicas médica e cirúrgica. No 1º pavimento do hospital, onde se deu a coleta dos dados, existem 07 enfermarias destinadas à clínica médica e 02, à clínica cirúrgica, totalizando 92 leitos.

O segundo é um hospital de especialidades, da rede privada, atualmente com 76 (setenta e seis) leitos ativos, sendo 61 (sessenta e um) destinados à clínica médica e clínica cirúrgica, e 15, ao centro de terapia intensiva. A instituição oferece, ainda, os serviços de centro cirúrgico, pronto atendimento e hemodinâmica. O 3º pavimento é destinado à internação de pacientes submetidos a cirurgias e transplantados de medula óssea. No 4º pavimento, estão aqueles internados para fins de tratamento clínico. Para a coleta de dados, abordamos os pacientes internados nos dois pavimentos.

A decisão pela coleta de dados em duas instituições hospitalares, em virtude de a pesquisadora estar ocupando, à época, cargo de coordenação dos serviços de enfermagem na instituição hospitalar particular. Ao procedermos à leitura do material empírico colhido, percebemos que o conteúdo expresso pelos pacientes poderia estar sendo influenciado pelo fato do conhecimento do cargo ocupado pela pesquisadora, quando então decidimos realizar nova coleta de dados, desta feita em instituição onde não existisse este precedente.

O estudo contou com a participação de 18 pacientes internados, dos quais 08 da instituição pública e 10 da particular. Os critérios de inclusão adotados para definir o paciente participante da investigação foram: Ter idade mínima de dezoito anos, tempo de internação de no mínimo cinco dias, estado de plena consciência, além de condições vocálica e respiratória para responder as perguntas propostas. Com relação ao tamanho da população estudada, Minayo (2000) esclarece que, na pesquisa qualitativa, a

preocupação maior deverá ser focalizada no aprofundamento e abrangência da compreensão, do que na generalização em razão do seu critério não ser numérico.

Como fio condutor do estudo, elegemos a teoria da *dádiva*, elaborada por M. Mauss, conforme encontra-se explicitado ao longo do estudo.

O processo de coleta de dados aconteceu da seguinte maneira: visitamos previamente o paciente para estabelecer um contato inicial, quando nos apresentávamos e aproveitávamos o momento para fazer um esclarecimento bastante sumário do nosso propósito. Agendávamos a entrevista para o dia seguinte com hora marcada escolhida pelo próprio entrevistado, de acordo com sua conveniência. Anteriormente, ao início da coleta de dados, já havíamos requerido a autorização de ambas as instituições onde realizamos a pesquisa. Antes de começarmos a entrevista, prestávamos todos os esclarecimentos a respeito do estudo, seus objetivos, deixando bem clara a sua total liberdade de não participar, se esse fosse o desejo. Procedíamos à solicitação do consentimento para a participação no estudo através da assinatura do termo com essa finalidade, após sua devida leitura e esclarecimento de dúvidas se existissem, de acordo com a orientação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Após a emissão de parecer favorável à realização do estudo, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Anexo A), iniciamos a coleta dos dados. O período de realização da coleta dos dados transcorreu durante os meses de fevereiro e março do corrente ano.

Com o propósito de preservar e garantir o anonimato dos respondentes, esses foram identificados com codinomes de virtudes, por considerarmos pertinente em razão da natureza da pesquisa. De acordo com Comte-Sponville (1999), virtude é uma força que mobiliza ações. É essencialmente poder específico.

E enriquece-nos a respeito das virtudes quando se expressa:

A virtude do heléboro não é a da cicuta, a virtude da faca não é a da enxada, a virtude do homem não é a do tigre ou da cobra. A virtude de um ser é o que constitui seu valor, em outras palavras, sua excelência própria: a boa faca é a que corta bem, o bom remédio é o que cura bem, o bom veneno é o que mata bem [...] a virtude de um homem é o que o faz humano, ou antes é o poder específico que tem o homem de afirmar sua excelência própria, isto é, sua humanidade (no sentido normativo da palavra). Humano, nunca humano demais [...] A virtude é uma maneira de ser explicava Aristóteles.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

mas adquirida e duradoura, é o que somos (logo o que podemos fazer), porque assim nos tornamos (COMTE-ESPONVILLE, 1999, p. 8).

Para a exatidão nas transcrições das falas, realizadas *a posteriori*, solicitamos dos participantes a permissão para a utilização do gravador, o que prontamente foi aceito. Ao término de cada entrevista, realizávamos, com a máxima brevidade, sua transcrição, permitindo, como dádiva, a memória do momento vivenciado, guardando inclusive suas emoções, até o presente, fortemente impressas em nossa consciência.

A seguir, iniciamos o processo de organização, interpretação e trabalho analítico do material empírico compilado. Iniciamos a leitura de todas as entrevistas, procurando encontrar elementos relevantes que viabilizassem o exame minucioso das informações. A técnica escolhida para esse fim foi a análise de conteúdo, descrita por Bardin (1997). A autora refere que:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnica de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 1977, p. 27).

A técnica lança mão da inferência, que consiste na admissão de proposições reconhecidas como verdadeiras, de forma indireta em função das suas ligações com outras proposições verdadeiras.

Para Franco (2005), a técnica de análise em questão, tem como ponto de partida a mensagem, em suas várias formas: verbal (oral ou escrita), gestual, figurativa, silenciosa, documental e a que é diretamente provocada. Em todas as suas dimensões, as mensagens exprimem, invariavelmente, um significado e um sentido. Considera também que o veículo de emissão das mensagens, que pode variar entre palavras faladas ou escritas, carregam em si os contextos econômicos e socioculturais, nos quais estão inseridos seus emissores.

Durante a fase de pré-análise, procedemos à leitura exaustiva dos discursos buscando reconhecer neles as mensagens contidas. É, segundo os autores já citados, o que corresponde à leitura flutuante, quando a leitura paulatinamente vai tornando-se

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

precisa, e desvela-se então o sentido amplo do que foi verbalizado, como também os pontos significativos do tema.

A partir de então, realizamos o agrupamento e classificação dos dados emergindo daí as categorias eleitas para a análise.

As categorias em número de quatro foram nomeadas conforme mostra a figura seguinte:

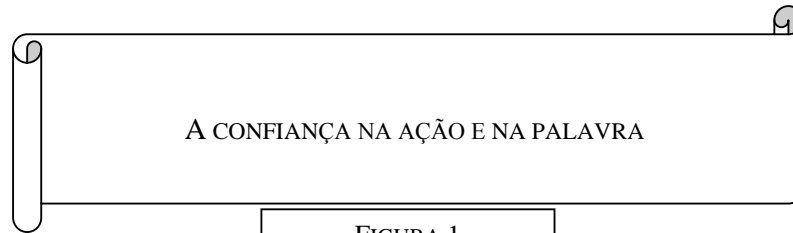


FIGURA 1

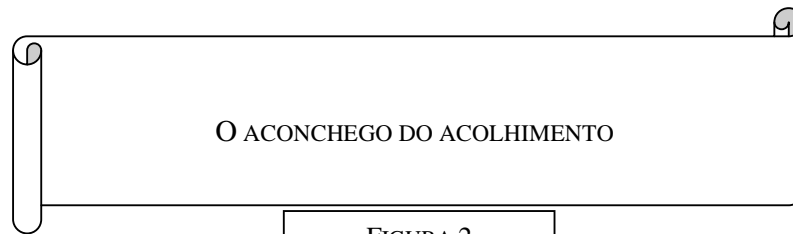


FIGURA 2

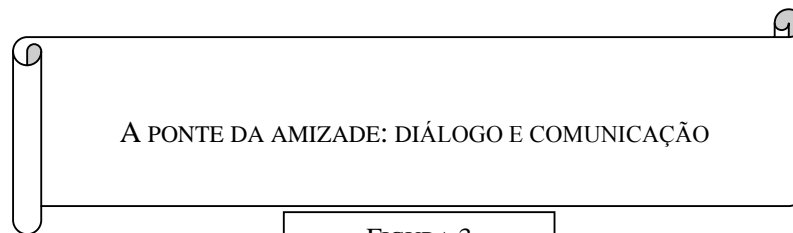


FIGURA 3

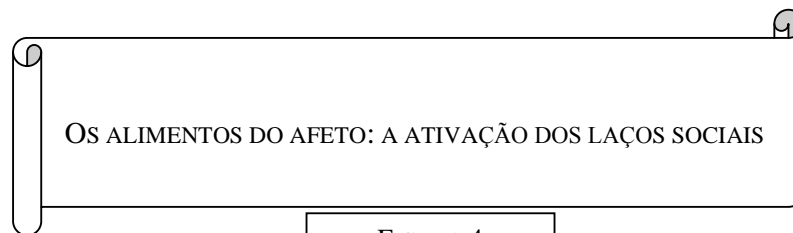


FIGURA 4

Com o intuito de facilitar a identificação e visualização das categorias emergidas das falas, construímos um grelha de análise, na qual foram cruzadas todas as informações provenientes dos pacientes entrevistados.

GRELHA DE ANÁLISE

Respondentes / Categorias	A CONFIANÇA NA AÇÃO E NA PALAVRA	O ACONCHEGO DO ACOLHIMENTO	A PONTE DA AMIZADE: DIÁLOGO E COMUNICAÇÃO	OS ALIMENTOS DO AFETO: A ATIVAÇÃO DOS LAÇOS SOCIAIS
Generosidade				
Gratidão				
Tolerância				
Polidez				
Doçura				
Misericórdia				
Simplicidade				
Boa-Fé				
Humor				
Compaixão				
Prudência				
Temperança				
Fidelidade				
Amor				
Humildade				
Justiça				
Coragem				
Pureza				

A análise das informações obtidas, foi, a partir de então, realizada com base nos dados empíricos resultantes das entrevistas, utilizando a técnica de conteúdo de Bardin (1977), auxiliada por um aporte teórico, sobre o tema, propriamente, oferecendo subsídios e ferramentas à elucidação dos propósitos da investigação. Nesse sentido, se pautou por uma abordagem teórica que abrange duas dimensões: O relacionamento interpessoal entre pacientes e equipe de enfermagem com base nos estudos de Boff (2005), Teixeira (2003; 2005), Caprara e Rodrigues (2004), Deslandes (2004), Silva (2002; 1996), Maturana (2001), Stefanelli (1993), Daniel (1983), e a Teoria da *dádiva* estudada por Martins (2003), Martins e Fontes (2004), Mauss (1924), entre outros.

No que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seguimos as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, conforme a Resolução 196/96. De acordo com Martins (2002), o referido documento é pautado em documentos internacionais que visam assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos da pesquisa, como também do estado. Essa resolução contempla os quatro princípios básicos da bioética: a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (MARTINS, 2002).

2.2 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Generosidade é um homem bem jovem, 36 anos, casado, pai de um filho ainda pequeno, católico, nível superior. Esteve internado por mais de 13 dias para tratamento clínico de uma trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo. É muito simpático, alegre, bastante esclarecido. Conta com o apoio familiar e de muitos amigos, está sempre rodeado por eles.

Gratidão é uma senhora de 70 anos, casada, católica, possui ensino fundamental incompleto. Internada para tratar complicações de uma colecistectomia, permaneceu internada por mais de 16 dias. É muito ativa, alegre, determinada. Sempre rodeada por alguns dos seus sete filhos. Percebemos que é uma grande matriarca, e apesar de hospitalizada, determina muitas decisões a respeito da condução de sua casa.

Tolerância é um homem de 50 anos, casado, católico, possui ensino médio completo. Internado para tratamento cirúrgico; submetido a apendicectomia com ruptura prévia do apêndice por processo infeccioso, esteve internado por mais de 20 dias. Quando foi abordado cirurgicamente já apresentava quadro instalado de peritonite. Estava bastante instável emocionalmente, irritado pela permanência no hospital, solicitava sempre que a equipe tivesse paciência com ele. Sua família estava presente, apoiando no que precisasse.

Polidez é um homem de 50 anos, casado, católico, nível superior. Internado para tratamento de hipertensão severa com repercussões neurológicas. Esteve internado por mais de 08 dias. Um senhor calmo, centrado, muito educado e cortês. Recebia o apoio da esposa, seus filhos moram fora dos pais, mas sempre entravam em contato por telefone.

Doçura era um homem jovem de 45 anos, cheio de vida, casado, católico, pai de três filhos, tinha nível médio completo. Internado para tratamento de mal-formação arteriovenosa e hipertensão arterial. Esteve internado por mais de 20 dias e infelizmente foi acometido subitamente por um acidente vascular cerebral hemorrágico de grande monta que o levou ao óbito. Era uma pessoa simpática, alegre, eternamente grata por tudo, muito amada por sua família e amigos; com certeza, sua partida precoce deixou uma imensa lacuna nessas vidas.

Misericórdia era um homem de 42 anos, casado, católico, tinha nível fundamental completo. Internado para tratamento oncológico, atravessou um longo deserto de sofrimento para cumprir o protocolo medicamentoso proposto. Muito deprimido, exprimiu por várias vezes o seu desejo de morrer, pois já não agüentava mais tanto sofrimento; sua esposa também já demonstrava na face a exaustão da caminhada. Após 16 dias de internação, faleceu suavemente, e então conseguiu exprimir a paz em seu rosto. Partiu 06 dias após nos conceder sua entrevista.

Simplicidade era uma mulher de 52 anos, casada, mãe de dois filhos, católica, nível superior. Portadora de afecção oncológica, na sua última internação cumpriu um período de 60 dias, vindo a falecer. Uma pessoa muito otimista, alegre, humilde e simples, sempre agradecida pelo aprendizado que a doença lhe proporcionou, achava que a cada re-internação aprendia mais sobre si mesma e sobre as pessoas com as quais se relacionava.

Boa-Fé é uma mulher de 40 anos, casada, católica, com ensino fundamental incompleto, esteve internada por 26 dias, quando foi submetida a um transplante de medula óssea. Sempre muito confiante, desejava curar-se e, para isso, esteve sempre disposta a fazer o que preciso fosse para conseguir o seu tão almejado objetivo. Recebia apoio do esposo e se encontrava com o filho através de um vidro, mas eram momentos felizes que a deixavam bem fortalecida.

Humor é uma mulher de 42 anos, solteira, evangélica, com nível médio completo (técnica em enfermagem), Esteve internada durante 08 dias para tratamento cirúrgico (histerectomia) que se complicou com hemorragia maciça. Apesar disso, sempre esteve muito ativa, sorrindo, nos encontrávamos pelos corredores e ela estava conversando e sorrindo. Recebia telefonemas durante todo o dia de muitos amigos. Uma pessoa marcante pois por onde passava “plantava” as sementes do bom humor.

Compaixão é uma senhora de 66 anos, solteira, católica, com ensino fundamental completo. Esteve internada por 09 dias para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva. É uma pessoa sozinha, com poucos familiares. Adotou o pessoal do hospital como seus parentes, principalmente os da equipe de enfermagem.

Prudência é um homem de 48 anos, casado, evangélico, com ensino fundamental incompleto. Esteve internado por mais de 15 dias para tratamento neurológico de hérnia de disco. É um pescador que mora no interior do estado e mantém contato com sua família por telefone, orientando a condução dos afazeres de sua mulher e filhos. Bastante preocupado com sua condição de saúde, principalmente pela possibilidade de não mais poder se lançar ao mar para pescar.

Temperança é um jovem de 24 anos, solteiro, católico, com nível médio completo. Internado há 04 meses com alterações hematológicas importantes, mas sem esclarecimento diagnóstico finalizado. Muito esclarecido, educado, calmo, totalmente inteirado a respeito de todos os procedimentos aos quais é submetido. Recebe apoio integral de sua mãe principalmente e a depender de sua condição, passa os finais de semana em casa.

Fidelidade é uma mulher de 63 anos, casada, católica, com ensino fundamental incompleto. Internada há 09 dias com diagnóstico oncológico recente. Está bem equilibrada, apesar de demonstrar alguma tristeza, mas confiante nas forças divinas que elegerá o curso de cura. Já trabalhou em algumas instituições hospitalares e por isso

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

se sente segura. Mora no interior do estado e ainda não recebeu visita de familiares; aguarda ansiosamente pelo final de semana quando sua filha virá visitá-la.

Amor é uma mulher de 59 anos, viúva, evangélica, com ensino fundamental incompleto e isso a incomoda bastante, gostaria de poder voltar à escola. Internada há 21 dias para tratamento oncológico. Recentemente recebeu o diagnóstico de um câncer cérvico-uterino que a deixou bastante abalada. Agora, mais equilibrada emocionalmente, está bastante resignada e confiante que a cirurgia e o tratamento quimioterápico lhe proporcionarão mais alguns anos de vida. As filhas lhe dão apoio permanente.

Humildade é uma mulher de 37 anos, casada, evangélica, tem ensino fundamental incompleto. Internada há 06 dias para tratamento de insuficiência cardíaca congestiva e complicações de obesidade mórbida. Apesar desses diagnósticos, apresenta-se bem alegre, conversando sempre com as pessoas que estão em sua volta, demonstrando preocupação com os demais pacientes que estão internados na enfermaria. Não tem acompanhante, pois sua família é pequena e está envolvida nos cuidados com seu filho em tenra idade.

Justiça é uma jovem de 20 anos, solteira, evangélica, tem ensino fundamental incompleto, interrompido em função da doença. Internada há 07 dias com diagnóstico de insuficiência valvar aórtica. Muito preocupada com sua situação de saúde, pois é consciente de que não pode esperar muito tempo pela cirurgia, seu caso é grave, já devia ter sido operada há um ano atrás. Alimenta muitos planos para o futuro, mas é consciente da possibilidade de não realizá-los. Acompanhada pela mãe constantemente, que é auxiliar de enfermagem, fazendo o possível para sensibilizar a equipe médica a respeito da necessidade de brevidade na realização da troca de válvula.

Coragem é um jovem de 25 anos, solteiro, ateu, com nível médio incompleto. Internado há mais de 15 dias com diagnóstico neurológico. Atravessou o deserto da utilização de

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

motor importante em membros superiores e inferiores. É um homem forte, simpático, mas muito carente; não possui bons referencias na vida, tampouco família presente.

Pureza é uma senhora de 70 anos, casada, evangélica, tem ensino fundamental incompleto. Internada há 10 dias com diagnóstico de obstrução coronária inoperável. Não tem dimensão da gravidade do seu estado de saúde. É muito alegre, simpática, mostra-se muito preocupada com sua casa e sua família, muito organizada como os afazeres domésticos. Usufriui da presença e do carinho dos filhos, que estão sempre em sua companhia.

3 TECITURA DA DÁDIVA

“O homem não teceu a vida. Ele é apenas um de seus desafios. O quer que faça a teia, fará a si mesmo.”

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

3 A TECITURA DA *DÁDIVA*

3.1 A CONFIANÇA NA AÇÃO E NA PALAVRA

O presente bloco temático busca apreender, a partir das falas dos entrevistados, a identificação da confiabilidade por parte do paciente em relação à equipe de enfermagem. O interesse em investigar a temática emergiu em resposta ao entendimento de que no relacionamento entre pessoas a confiança é pré-requisito indispensável. A confiabilidade circula entre os indivíduos traduzida principalmente através dos sentidos da segurança, da entrega, do crédito e da fé.

Após a cuidadosa leitura dos discursos conforme referimos na metodologia, observamos que a confiança está associada a estes aspectos interligados e interdependentes entre si: a competência técnica, os esclarecimentos prestados pela equipe, e o reconhecimento do direito de intervenção pelo paciente na condução e auxílio ao seu próprio tratamento.

Gonçalves (1979) destaca que a situação de doente e a necessidade da hospitalização determinam a conscientização da fragilidade frente às incertezas quanto à habilidade técnica dos profissionais que estarão envolvidos com o atendimento de suas diversas necessidades. Essas são referidas como medo de sentir dor, de ser submetido a manuseios indevidos, de ser maltratado, de ser cortado, de ficar incapacitado, da dependência física e, por fim, da morte.

Para Thelan et al. (1996), a confiabilidade se desenvolve a partir de um processo inconsciente, no qual existe a transferência da confiança aprendida em relacionamentos anteriores significativos, transportados aos cuidadores do presente. Tal mecanismo não apenas mitiga o medo da morte como também possibilita ao doente colocar-se nas mãos do outro, ou seja, entregar-se em todos os sentidos, inclusive reforçando a tolerância com os vários aspectos dos cuidados. A partir das falas que se seguem, algumas dessas situações são reveladas.

De acordo com Waldow (2004), a competência técnica diz respeito ao conhecimento, habilidades, energia, capacidade de julgamento, experiência e

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

motivação; tais qualidades são essenciais ao atendimento das demandas das responsabilidades profissionais. A fala seguinte demonstra a confiabilidade no profissional de enfermagem intimamente atrelada ao seu grau de conhecimento técnico, tratado pelo paciente como procedimentos. Assim, ao ser indagado sobre a confiança nos profissionais de enfermagem que dele cuida, se expressou:

Acredito, se eu não acreditasse, não concordava, não deixava fazer os procedimentos [...].
(Tolerância)

Prosseguindo sobre a mesma indagação, outro paciente destaca a habilidade de maneira bem enfática quando diz:

Eu confio [...] as que vem por aqui (referindo-se as técnicas e auxiliares de enfermagem), eu sempre confio, elas sempre dão o remédio na hora certa, nunca falta, nunca atrasa, se estiver dormindo ela chama [...].
(Coragem)

Ao procedermos à análise das falas, sentimos a necessidade de tecer algumas considerações a respeito do sentimento de medo, que gravita em torno do indivíduo quando necessita de tratamento médico que implica internação hospitalar.

Na visão de Oriá et al. (2004), o processo do internamento hospitalar é permeado por sentimentos de medo do desconhecido, estranhezas do ambiente, preocupação com sua integridade física, entre outros. Para Ziemer (2000), o medo está essencialmente vinculado à nossa existência, sendo considerado como uma das forças instintivas do homem, por estar intimamente relacionado à necessidade básica de sobrevivência. No decorrer de nossas vidas, somos submetidos a várias situações de ameaça, quando nossos limites adaptativos de sobrevivência física, emocional e até mesmo o espiritual são testados, experiências com acidentes, doenças e mortes de entes queridos são exemplos dessas situações.

Segundo Kübler-Ross (2004), a cultura ocidental “comercializa” o medo; refere-se a ele como uma sombra capaz de bloquear a vida em suas várias esferas, ao mesmo tempo que pode se tratar de um valioso sistema de alarme, no qual sua utilidade

não pode ser negada. Em sua análise, destaca a sobreposição de vários medos em camadas, que, quando decompostas, expõem a base onde repousam todos os demais, que é, via de regra, o medo da morte.

Corroborando a autora, observamos, na maioria dos pacientes, entrevistados, a preocupação constante com a preservação da vida, podendo-se inferir, a partir das suas falas, o medo da morte. Nesse sentido, a confiança nas pessoas que estão, amiúde, se relacionando e cuidando diuturnamente, é uma condição desejada e necessária, como podemos observar no seguinte discurso:

*Eu trabalhei em um hospital 32 anos, sou traquejada, e sei se elas estão fazendo certo [...] se não fosse (a confiança) eu já tinha fugido.
(Fidelidade)*

Bion *apud* Silva e Franco (1996, p. 50) destaca que o medo do desconhecido é um elemento produtor de insegurança emocional por estar representando o desconhecimento, e, conseqüentemente impossibilitando a manutenção de situações sob controle.

Para as referidas autoras, a confiança pode ser interpretada como uma reação apresentada pelo paciente quando o profissional da enfermagem assume uma postura de interação afetiva, no processo do relacionamento interpessoal, possibilitando espaços de aceitação e credibilidade quando do compartilhamento das decisões.

No enfoque de Wallow (2004), a confiança é tratada como uma qualidade desenvolvida a partir de relações que envolvem respeito, segurança e honestidade; a confiança estará ameaçada em situações nas quais ocorram insegurança e decepções. Nesse contexto, podemos perceber a evidência e importância da circulação de bens simbólicos referenciados no paradigma da *dádiva*, como honestidade por exemplo.

O enfoque dado aos esclarecimentos prestados pela equipe de enfermagem e a maneira de fazê-los, como requisito para o desenvolvimento da confiabilidade pelo paciente, fica bem evidenciado em algumas falas:

*Boa (a confiança), eu confio nelas [...] o modo delas, dá atenção, de explicar as coisas quando a gente pergunta. É isso.
(Humildade)*

*É a auto-estima que eles passam pra gente, confiança, porque tudo que eles vão fazer eles explicam [...] aí passam confiança.
(Justiça)*

Refletindo sobre os relatos, percebemos a importância do componente relacional na caracterização da confiança. O bom tratamento dispensado parece-nos estar relacionado à cordialidade da equipe de enfermagem para com os pacientes. O fato de estarem disponíveis para dar explicações e dispensar atenção proporciona espaços de aproximação no relacionamento interpessoal entre equipe de enfermagem e pacientes, desencadeando o sentimento de segurança no profissional que se traduz nos sentidos de confiança expressos nas falas, como explicitado a seguir:

*Pela maneira como elas me tratam, me tratam tão bem que eu me sinto segura.
(Amor)*

Segundo Silva (1996), o profissional de saúde tem a base do seu trabalho pautada nas relações humanas, por isso é imprescindível saber lidar com gente. Destaca, também, a necessidade do estabelecimento de vínculos de confiança baseados em comportamentos empáticos, como por exemplo, o olhar direto, a utilização de palavras corretas, entre outros. No próximo discurso, podemos observar a maneira empática de tratamento para com o paciente pelo profissional de enfermagem:

*Confio, confio porque elas são maravilhosas [...] tiram (as dúvidas) me explicam tudo direitinho.
(Gratidão)*

É importante a observação dos aspectos relacionados para além do fisiológico, uma vez que a condição de doente, e particularmente em situações que impliquem internação hospitalar, afetam, sobremaneira, a identidade da pessoa humana. O ser

humano possui as dimensões psicobiológica e psicossocial, aspectos inseparáveis, estando esses dois modos de ser em um mesmo indivíduo.

As relações interpessoais são entendidas como qualquer tipo de interação face a face ocorrendo entre duas pessoas ou mais, existindo reciprocidade na troca de sinalizações verbais e não-verbais (ARAÚJO, 2004).

A mesma autora destaca ainda:

Todo relacionamento interpessoal é baseado nas percepções do eu e do outro e no modo como essas percepções são reveladas e compreendidas. A maneira como ocorre esse processo de revelação e compreensão de si mesmo e do outro no contexto da interação entre os seres humanos é que determina se a relação se processa no sentido de crescimento, aperfeiçoamento, abertura e maturidade do indivíduo ou se contribui para a inibição do desenvolvimento psicológico do homem e a formação de atitudes defensivas que contribuem para o desenvolvimento de barreiras para a interação (ARAÚJO, 2004, p. 173).

No que tange ao aspecto do reconhecimento do direito de intervenção pelo paciente na condução e auxílio ao seu próprio tratamento, Deslandes (2004), em sua análise sobre o discurso oficial do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, quando se detém na questão da comunicação, ressalta que a humanização só é possível quando o outro tem direito à voz para expressar seus sofrimentos, expectativas, prazer e dor. Esse outro resgatado, é legitimado quando reconhecido através da palavra, podendo ser tanto o paciente quanto o profissional. Transparece a idéia de que toda pessoa é um ser eminentemente lingüístico, o que lhe confere o poder de construir redes de significados que, quando compartilhadas, determinam a construção de um perfil cultural. As representações do mundo só são possíveis através da linguagem, ficando subentendido que o caráter universal do humano é construído através da linguagem. A necessidade do reconhecimento do paciente como sujeito com direito à voz fica bem evidenciada no relato a seguir:

Quando eu tava na UTI, os médicos estavam em dúvida se deviam ou não fazer uma nova cirurgia pra saber onde estava acontecendo a minha hemorragia e eu solicitei o médico e disse: olha, eu não tô bem pra passar por essa cirurgia, eu já saí de uma e se fosse possível vocês esperarem mais um pouquinho pra gente ver o desenrolar do quadro clínico e fui

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

*prontamente atendido; isso foi importante, naquele momento o médico confiar em mim e eu confiar nele e ele dizer assim: então vamos aguardar mais um pouco pra ver se o quadro muda. Eu acho que essa relação paciente-médico, paciente-enfermeiro, isso tem que ter esse lado humano, não é só o lado técnico.
(Generosidade)*

De acordo com Vaitsman (2005), o resgate dos direitos do ser humano, na área da saúde, surge vinculado às mobilizações sociais amplas pautadas nos princípios do paradigma dos direitos humanos. A idéia central da humanização diz respeito à dignidade e respeito à vida humana, destacando-se a dimensão ética nas relações entre pacientes e profissionais. O movimento é bem recente, emergiu dos conceitos de uma prática médica classificada como impessoal e desumana; os direitos dos pacientes resultam dos contextos sociais, culturais e políticos dos povos.

O autor citado destaca a construção crescente e consensual entre países relativa aos princípios de privacidade, confidencialidade de sua informação médica, consentir ou recusar tratamentos propostos, como também ter livre acesso às informações referentes aos riscos dos procedimentos médicos aos quais possa vir a ser submetido. Os direitos individuais de cada paciente estão relacionados à integridade das pessoas, privacidade e credos religiosos, vindo a tratar-se de uma aplicação do paradigma dos direitos humanos.

Teixeira (2005) referencia a zona de comunidade relativa ao reconhecimento do que existe em comum entre os seres, e a zona de singularidade relacionada às características diferentes, irredutíveis de cada um, o que nos faz seres únicos. Apesar de não estar, explicitadamente, vinculada às questões relativas aos direitos do paciente, o respeito à individualidade certamente encontra espaço para essa inferência. Outrossim, a exploração recíproca da zona de comunidade deverá evidenciar a produção intangível do trabalho na saúde, que é, essencialmente, a criação dos afetos, fortemente condicionada pelas técnicas de conversa. Na seqüência, o mesmo autor destaca que esses momentos possuem um fim em si mesmo que é a construção do sentido do encontro, já que se trata da primeira produção material partilhada da relação, não se constituindo apenas de uma maneira para se chegar a um conjunto de acordos e consensos. O sucesso do encontro é reconhecido pelos seus resultados afetivos aumentados de alegria e potência, que nada mais é do que a própria essência das coisas.

sociais, são chamados de afetos de confiança e dão substrato às relações de confiança. Ao referir-se a confiabilidade o autor diz que:

Quando um campo de confiança se constitui entre os sujeitos, já podemos nos mostrar para o outro com todos os traços de singularização que marcam nosso corpo e nossa alma, sem medo de sermos rotulados como loucos, fracos ou perdedores (TEIXEIRA, 2005).

E citando Rolnik, (1995), acrescenta:

O momento da confiança é aquele em que as forças de heterogeneização estão por cima, o que engendra um novo tipo de relação feito de “respeito, admiração e confiança”[...]. Esse outro “tipo de relação” é, na verdade, um outro modo de subjetivação, um outro mundo neste mundo. Amparar o outro na queda: não para evitar que caia nem para que finja que a queda não existe ou tente anestesiá-los seus efeitos, mas sim para que possa se entregar ao caos e dele extrair uma nova existência. Amparar o outro na queda é confiar nessa potência, é desejar que ela se manifeste. Essa confiança fortalece, no outro em si mesmo, a coragem da entrega (TEIXEIRA, 2005).

Nessa perspectiva relacional encontramos terreno fértil para vislumbrar a troca de bens simbólicos; percebemos um *continuum* de inter-relações nas quais existe o sistema de ambivalência presente no paradigma do Dom. De acordo com Martins (2003, p. 63), a *dádiva* é, por natureza, um sistema ambivalente, ou seja, admite a experimentação de valores adversos em uma mesma situação, permitindo assim ultrapassar a idéia de oposição entre o eu e o outro, entre a obrigação e a liberdade, entre mágica e técnica. Na regra social primeira de dar-receber-retribuir estão presentes, além da obrigação e interesse, a amizade, liberdade e espontaneidade, caracterizando o vínculo social através da circulação desses bens simbólicos.

Na organização da cura, há evidências marcantes dos bens simbólicos, além dos materiais, circulando entre curador e paciente. O primeiro ator, o curador, é responsável pela doação dos “bens de cura” representados pela atenção, segurança emocional, informações, cuidados, técnicas, entre outros; o segundo ator, o paciente, recebe tais “bens” e, em um terceiro momento realiza a retribuição ao curador traduzida pela

entrega de seus “males” para que sejam transformados pelo ritual da cura (MARTINS, 2003).

Podemos inferir que a entrega dos “males” envolve a existência de vínculos de confiança entre curador e paciente; nele implícitos a capacidade técnica do profissional como também a sua disponibilidade para estabelecer relacionamento interpessoal adequado, permitindo a aproximação desejada e necessária para que assim ocorra a organização do tratamento e o posterior êxito.

Para Waldow (2004), as relações sociais são aquelas processadas entre pessoas sem vínculos de parentesco ou afetivos, regidas pelo respeito, consideração e solidariedade. Na relação profissional que envolve cuidados com humanos, existe um alguém que necessita de cuidados e um outro que está imbuído de uma responsabilidade e obrigação, legal e moral, de cuidar; nela estão implicados comportamentos responsáveis, além de adequado uso do conhecimento e habilidades, aprendidas formalmente em uma instituição de ensino. Nesse sentido, faço minhas as palavras da autora:

Ao serem cuidados de forma competente e amável, pacientes se sentem seguros. Relaxam, sentem-se à vontade pelo clima ameno e pelo tratamento carinhoso, assim pela confiança em estarem sendo cuidados por profissionais habilidosos e experientes. Esses temas parecem apoiar a afirmação de que pacientes não estão interessados só em receber um tratamento carinhoso, tampouco receber apenas atenção à dimensão física sem nenhuma afetividade (WALDOW, 2004, p. 102).

Eles querem sentir-se seguros e confiantes de que, além de serem considerados seres humanos, terão a equipe de saúde desempenhando suas funções com conhecimento e habilidade (WALDOW, 2001, p. 143).

Ao concluirmos a análise dos discursos referentes à confiabilidade, percebemos que a plenitude acontecerá na medida em que aspectos como o conhecimento, a experiência técnica, e as ações educativas, estiverem conjugados aos bens simbólicos da consideração, respeito, sensibilidade e interesse pelo outro, traduzidos pelos gestos, pelas palavras, tom de voz utilizado para expressar tais palavras, além de toques suaves empregados no cuidado.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

3.2 O ACONCHEGO DO ACOLHIMENTO

Prosseguindo na análise, a segunda categoria a ser estudada diz respeito ao acolhimento dispensado pela equipe de enfermagem ao paciente internado, o que entendemos de maneira abrangente como os gestos de receptividade dispensados pelo profissional de saúde ao paciente a quem atende, em qualquer primeiro momento de uma aproximação entre ambos.

Percebemos, inicialmente, que a temática é pouco explorada no âmbito do paciente internado em instituição hospitalar. Maior atenção ao tema é conferida quando se trata das instituições que compõem a rede básica dos serviços de saúde, na qual o acolhimento foi eleito como ferramenta importante para o atendimento aos indivíduos que procuram esses serviços. Nesse caso, a dimensão do acolher é conferida principalmente a facilitação ao acesso dos usuários aos serviços e ações de saúde, como também a maneira de recebê-los no contato inicial e também na assistência adequada. Somos cientes de que a intenção desse gesto partiu da necessidade premente de melhorias no relacionamento entre serviços de saúde e população, implícita aí a relação profissional-usuário, no intuito de tecer laços de confiança e de solidariedade.

Entendemos, pois, que em se tratando da rede hospitalar, o acolhimento não deve ser encarado como uma questão de importância menor, já que a todo o momento ocorrem inúmeros encontros e reencontros com aproximação estreita entre pacientes e profissionais, em suas várias categorias. As finalidades desses encontros estão sempre relacionadas ao atendimento de necessidades dos seres humanos em situações que envolvem, via de regra, alterações desagradáveis em seu estado de saúde e que também necessitam tecer laços de confiança e de solidariedade.

Percebemos claramente a circulação de bens simbólicos, as trocas entre os atores que compõem o cenário da rede hospitalar com a tripla obrigação de dar-receber-retribuir, solicitando do profissional de saúde a doação inicial de receber da melhor maneira possível os que chegam em busca de ajuda.

O profissional de enfermagem é aquele que se encontra, na grande maioria das vezes, na linha de frente, em todos os setores do hospital que realizam atendimentos nos

atitude de acolher é percebida pelo paciente e também a sua importância no ambiente hospitalar, uma vez que cada momento de atendimento é também de acolhimento.

Os atributos atribuídos ao acolhimento estão relacionados, principalmente, à capacidade de escuta do profissional, à atenção dispensada, à boa recepção, e consideração aos pacientes a quem atendem.

Nas falas proferidas pelos entrevistados, percebemos com nitidez a tradução desses sentidos quando se referem ao acolhimento, no que descrevem quando investigados a respeito:

Fui recebida no setor pelo pronto atendimento, com atenção, carinho e competência, e no cotidiano observo que a equipe de enfermagem demonstra boas maneiras.
(Simplicidade)

Outro paciente se expressa:

Recebeu muito bem, gostei demais [...] eu acho que é uma consideração muito grande que elas tem com a gente, de apoiar.
(Prudência)

De acordo com Schimith e Lima (2004), a recepção do paciente é o momento no qual deve ocorrer o reconhecimento das necessidades do indivíduo através de investigação, quando o profissional solicita informações do paciente, ocorrendo, a partir de então, a elaboração e negociação de quais demandas serão atendidas pela equipe de saúde. O acolhimento se delimita através da expressão de solidariedade oferecida ao paciente pela equipe de saúde. Refere também que, na grande maioria das vezes, o auxiliar de enfermagem é o agente desse primeiro contato, geralmente seguindo um protocolo de recepção preestabelecido de encaminhamentos e limitado pelo aporte tecnológico do setor.

Na concepção de Boff (2005), acolher significa aceitar o outro sem preconceitos, respeitando, acima de tudo, suas subjetividades, vivenciando a acolhida com atitudes de companheirismo e irmandade, dispondo-se a formar alianças, sendo esses os propósitos

principalmente a que acontece com cordialidade, aceitando o outro na sua individualidade, despojando-se o ouvinte de conceitos e preconceitos que a própria cultura impõe. Enfatiza, igualmente, que o diálogo permite a reciprocidade e a interação, condição de co-existência e interdependência que tão bem caracteriza o ser humano; a necessidade do apoio mútuo é universal e primitiva na história da humanidade.

No relato seguinte, o paciente assinala a acolhida da equipe e destaca a dificuldade em lidar com o outro, que é desconhecido, ao mesmo tempo se disponibilizando a bem receber e a atender às suas demandas:

Sempre bem atendido, as pessoas sempre de bom humor [...] não é fácil a profissão que lida com pessoas estranhas, principalmente quando a gente tá doente; são pessoas calmas, tranqüilas, pessoas de ótimo humor, comunicativas demais [...] sempre muito bem aceito [...] fui recebido muito bem por um enfermeiro que me conduziu até o leito e nada lá me faltou.
(Doçura)

Miranda e Miranda *apud* Camelo et al. (2000) caracterizam o acolhimento como uma relação de ajuda, enfatizando que essa ocorre sempre em um momento de encontro, no qual o profissional da saúde é o ajudador, pessoa que presta atendimento; e o ajudado, pessoa que necessita de apoio. Nesse modelo, é importante que o ajudador seja provido de algumas habilidades interpessoais tais como atender: relativo a comunicação não-verbal que demonstra interesse e disponibilidade para ajudar; responder: diz respeito à comunicação de compreensão pelo ajudado; personalizar: fazer com que o ajudado perceba sua parcela de responsabilidade frente ao seu problema; e orientar: trata-se da avaliação conjunta entre ajudador e ajudado, das possibilidades de ação, facilitando a decisão por uma delas. Na relação de ajuda, os ajudados são ao mesmo tempo objeto e sujeitos e agentes da ação; objetos porque procuram e necessitam de ajuda e agentes por participarem no processo através de opiniões e interferirem nas decisões. Consideram o processo finalizado quando o ajudado se torna auto-ajudador.

Os mesmos autores conceituam o termo “acolhendo” como sendo: “receber o ajudado calorosamente ao iniciar o encontro com ele, sendo que ao acolher o ajudado, deve transmitir-lhe receptividade e interesse, de modo que ele se sinta valorizado”.

A importância da valorização e receptividade fica evidente na próxima fala, e também o reconhecimento dos comportamentos de cortesia como fator determinante de acolhimento:

Sou muito bem atendido [...] chamando o paciente pelo nome; isso é muito importante, o paciente se sente valorizado [...] acho que um bom dia faz parte.

(Tolerância)

Morin (2005) enfatiza que as “fórmulas de cortesia” são promotoras de civilidade; quando há a demonstração de apreço pelo outro, esse tende a esvaziar-se de potencial hostilidade, suscitando a sua benevolência. Proporciona espaços de manifestações de respeito e interesse pelo outro e destaca que: “Cortesia e civilidade não podem ser consideradas como posições anódinas, pois são signos de reconhecimento do outro como pessoa.”

Segundo Teixeira (2003), o acolhimento é a mola-mestra da organização da assistência à saúde, apresentando-se como um dispositivo indispensável para o bom desempenho dos serviços. A perspectiva de sua análise é centrada na dimensão comunicacional do acolhimento, enfatiza a conversa como a *hylé*, do grego, substância ou matéria principal das atividades dos serviços de saúde, formando-se, a partir do hilemorfismo, uma rede de conversação e cada nó dessa rede corresponde a um momento de encontro entre profissional e paciente. A técnica de conversa utilizada pelo profissional nos processos de trabalho que se dão no encontro entre profissional e paciente, é o que confere forma à substância, ou seja, a força traduzida pela sua interferência no encontro “concretizará” o acolhimento.

Prosseguindo em sua análise, o citado autor, refere que nessa rede de conversação, o acolhimento ganha espaço em todos os lugares, confere-se à ação a responsabilidade da recepção, da interconexão das conversas e da mobilização de profissionais e pacientes nos espaços que compõem os serviços. Ocorre um incessante acolher, uma vez que existe sempre uma possibilidade de nova demanda a ser satisfeita, e, assim, entretém novas conversas e novos acolhimentos emergem. A essa rede de conversação o autor denomina de acolhimento-diálogo.

Nas falas seguintes, verificamos a importância do acolhimento realizado com diálogo; em ambas há referência ao nervosismo comum durante o momento da internação, que, a depender do acolhimento, é superado mais facilmente pelo paciente:

Na verdade eu cheguei um pouco nervosa, mas que eu fui muito bem tratada, muito bem recebida, muito bem acolhida [...] são pessoas ótimas.
(Amor)

Receptividade muito boa. Eu cheguei um pouco assustado claro! [...] muito receptiva, muito tranquila, procuraram me acalmar, eu cheguei aqui muito nervoso [...] sentindo bastante dor, e assim em pouco tempo eles já estavam me dando medicação, me acalmando e me preparando para a internação.
(Generosidade)

A análise de Teixeira (2003) sobre o acolhimento dialogado toma em consideração a forma como ocorre o processo dessa “conversa” entre os atores envolvidos na rede, quando elucida o protocolo comunicacional aí desenvolvido. Ao abordar o caráter “declarativo”, ou seja, a dimensão pragmática do encontro, explicita que ela esteja pautada no universo da ação traduzida pela emoção, e no universo da significação vinculado ao conteúdo lingüístico, como também o que pode ser utilizado no momento do encontro, além da ação e da significação. Nesse dispositivo (acolhimento-diálogo), identifica dois aspectos relevantes e distintos: primeiramente, se referindo ao caráter do acolhimento moral pela pessoa que busca o serviço; e, o segundo aspecto relacionado ao interesse pela demanda, ou seja, o que envolve a busca concreta pelo serviço, via de regra, relacionada a sofrimento. Desse gesto, quando receptivo, emerge o diálogo propriamente dito, que deve ser orientado pela busca de um aprofundamento no conhecimento das demandas do paciente e as formas de atendê-las, isto revelará por fim que as necessidades não são, a princípio, imediatamente clarificadas, nem objetivamente definidas, tornando imprescindível o caráter moral e cognitivo do acolhimento.

Adentrando no universo das emoções, as reflexões são complexas e profundas. Segundo Koury (2004), a emoção é socialmente determinada, concebida em meio a uma rede de sentimentos encaminhados especificamente a outros. São gerados a partir da interação entre pessoas que se encontram inseridas em contextos e situações sociais e culturalmente estabelecidas. Na práxis profissional, observamos que os profissionais de

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

enfermagem nem sempre dedicam a importância devida às emoções, que, por vezes, são expressas veementemente pelos pacientes. Compreendemos que tal postura é determinada por uma dinâmica de trabalho que ocupa maior parcela de tempo em atividades de natureza prática, terminando por secundarizar as funções intelectuais e gregárias dos trabalhadores.

Podemos perceber o componente emocional implícito nos discursos, através da transferência realizada ao profissional de enfermagem, pelo paciente, às relações familiares no momento da recepção, como referido no discurso abaixo:

Me receberam muito bem [...] assim como se fosse minha família, são como pessoas da minha família.
(Justiça)

Sabemos que o núcleo familiar está intimamente vinculado ao cuidado. De acordo com Silva e Franco (1996, p.86), a família é a instituição social básica, ocorrendo de diversas maneiras em todas as sociedades humanas, no entanto desempenha em todas elas funções relevantes de procriação, socialização e transmissão do patrimônio cultural às gerações futuras. Promove a assistência dos seus membros inclusive nos eventos relacionados ao processo saúde-doença, incluindo a ajuda parental ampliada. E referindo-se diretamente a esse enfoque cita Boehs:

A família nos seus diferentes estágios realiza tarefas entre as quais está o cuidado que é essencial para o nascimento, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos membros da família e desta como um todo, sendo influenciada pela cultura, estrutura social e ambiente físico.

Outro paciente se refere à equipe como um todo com ares de solidariedade quando relata que:

Todos são muito prestativos, desde o que zela [...] acho que eles tem uma consideração boa, porque a gente é pobre e eles não medem distância, eles tratam muito bem a todos que estão aqui.
(Pureza)

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Na concepção de Merhy e Franco (2003), o trabalho em saúde pode ser caracterizado como “trabalho morto” e “trabalho vivo” em ato. O primeiro é traduzido pelas ações desenvolvidas com o apoio do aparato tecnológico disponível (equipamentos) e os conhecimentos específicos da área. O segundo diz respeito ao aspecto relacional, intrínseco ao próprio processo de trabalho, existente entre os atores que compõem a arena do trabalho em saúde: profissionais e pacientes. O “trabalho vivo” em ato é aquele desenvolvido na presença de dois sujeitos ativos que interagem entre si, durante o momento da intervenção direta do profissional de saúde junto ao paciente enquanto realiza ações de cuidados em seus variados graus de atenção.

Esse inter-relacionamento é intitulado pelos autores como relações intercessoras, constituindo o que denominam de “tecnologias leves” pelo seu caráter relacional. Essas são representadas pela concepção da criação de vínculos entre as pessoas, o acolhimento, o resgate da autonomia por parte dos pacientes, como também a gestão do processo de trabalho em si.

Apesar de depoimentos bastante favoráveis, sabemos que a cultura de relacionamento interpessoal instaurada nos hospitais é, de certa forma, autoritária, ficando o paciente em condição submissa, tanto no campo do seu próprio corpo, como também no campo da subjetividade; muitas vezes, distanciado do seu convívio familiar e social, em nome da cientificidade. Nesse contexto, pode-se perceber a ruptura de alguns contratos básicos de sociabilidade.

Para Selli (1999), o autoritarismo dos profissionais de enfermagem com relação ao que ele julga como o melhor para o paciente sob sua responsabilidade ainda é uma realidade bastante presente, e essa postura se contrapõe às propostas do cuidado permeado pelo diálogo e respeito.

Ao analisarmos a questão do acolhimento referente ao paciente internado na rede hospitalar, podemos observar traços evidentes do pensamento antiutilitarista e humanizante defendido pelo paradigma da *dádiva*, que apesar de caracterizado dessa maneira, admite os paradoxos sociais de liberdade X obrigação e interesse X desinteresse. Não há polarização de um ou de outro limite, mas sim a superação da dicotomia deixando residirem ambas as condições em uma totalidade complexa. Segundo Martins e Fontes (2004), a superação da dicotomia estabelece o espaço da

Ao estabelecermos um paralelo entre o paradigma da *dádiva* e o acolhimento percebido pelos pacientes internados, podemos destacar o caráter atencioso e prestativo ao lado da realidade de superioridade por parte do profissional, sabidamente existentes nos serviços de saúde da rede hospitalar, principalmente. Enfocamos aí a convivência de características paradoxais presentes em uma mesma realidade na qual as trocas simbólicas são evidentes, destacando-se a solidariedade oferecida de maneira não-simétrica, pelos profissionais de enfermagem, aos pacientes internados sob sua responsabilidade, o que é prontamente reconhecido por eles.

3.3 A PONTE DA AMIZADE: DIÁLOGO E COMUNICAÇÃO

Dando continuidade à análise dos dados, nos detalharemos na terceira categoria que envolve questões relativas ao diálogo e à comunicação entre a equipe de enfermagem e pacientes. A atual preocupação com a humanização dos serviços de saúde tem colocado em evidência a necessidade do resgate de posturas humanitárias por parte dos integrantes do corpo funcional da saúde. O inter-relacionamento pessoal e a habilidade comunicativa são as ferramentas primordiais para o desencadeamento desse processo.

De acordo com Deslandes (2004), a discussão acerca do assunto foi aprofundada a partir de maio de 2000, quando o Ministério da Saúde legitimou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Inicialmente, se constituiu como uma política ministerial, atualmente substituída por uma política assistencial, intitulada, provisoriamente, “Humaniza SUS”. Tem o propósito de criar uma nova cultura de atendimento à saúde, visando à melhoria da eficácia e qualidade da assistência prestada nos serviços hospitalares.

Ao iniciar sua discussão, a mesma autora destaca dois aspectos merecedores de atenção questionando sobre o que se constitui em uma mudança cultural, e o que denota humanizar a prática em saúde. Ela parte da idéia de que as ações de saúde não estão sendo realizadas por e para humanos. A noção de humanização está associada à assistência que transcende as questões técnicas, valorizando outros enfoques como o reconhecimento dos direitos dos pacientes, sua subjetividade e valores culturais, além

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

da valorização do profissional e do diálogo intra e interequipe. Na proposta do PNHAH, a mudança cultural estaria norteadada por valores de solidariedade e alteridade.

O texto oficial sobre a humanização na assistência hospitalar é interpretado por Deslandes (2004), sob três aspectos. Ao iniciar a discussão aborda o diagnóstico de insatisfação por parte dos usuários dos serviços de saúde, acerca dos aspectos ligados principalmente ao relacionamento com os profissionais. A leitura realizada pelos usuários dos serviços hospitalares aponta para a existência de profissionais por vezes desrespeitosos, e, em algumas circunstâncias, até violentos. Esses tratamentos inadequados são traduzidos pela presença de violência física ou psicológica, simbolizada pelo não reconhecimento das demandas emocionais e culturais dos usuários dos serviços hospitalares. Nesse sentido, a humanização é vista como oposição à violência.

No segundo momento de sua análise, a autora trata da questão que diz respeito à interação entre tecnologia e um bom relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde, garantindo assim a melhoria na qualidade assistencial. O diagnóstico elaborado a esse respeito é de que, por um lado, o aparato tecnológico se sobrepõe à delicadeza e atenção no cuidado, e, por outro lado, a ausência de recursos tecnológicos pode levar a situações de conflito e aumento de estresse no ambiente de trabalho dos profissionais.

Na concepção de Costa e Costa (2003), o real sentido da palavra tecnologia está relacionada a uma variedade de ferramentas e mecanismos que variam desde medicamentos, próteses, equipamentos, até os próprios procedimentos, sejam eles clínicos ou cirúrgicos, utilizados para fins de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas acometidas por doenças. Destaca também que:

[...] mesmo sendo a tecnologia a expressão da ciência aplicada, devemos assinalar que nenhuma máquina ou procedimento técnico é capaz de substituir o diálogo entre duas pessoas. Muitas vezes, pretende-se que a abordagem técnica substitua completamente a “arte” de tratar, que consiste, em primeiro lugar, em ouvir aquele que sofre, escutar seus próximos e interpretar o que é dito ou mostrado antes de estabelecer o diagnóstico (COSTA; COSTA, 2003, p. 470).

No último enfoque de Deslandes, a atenção do debate é dirigida à idéia de melhoria nas condições de trabalho do cuidador, com destaque para o desenvolvimento de melhorias na infra-estrutura dos serviços de saúde. As reformas não seriam assim maniqueístas, nas quais a atenção estaria voltada somente para as questões relativas ao fator humano, embora a maior demanda de esforços esteja centrada nesse aspecto.

Sintetizando, verifica-se que as lacunas principais a serem preenchidas são a deficiência do diálogo e do processo de comunicação entre todos os atores dos serviços de saúde (profissionais, usuários e gestores), o que acarreta solução de continuidade à assistência prestada. Nesse sentido, a atual perspectiva de humanização traz em sua essência, a retomada da interpessoalidade e ampliação do processo de comunicação como diretriz central da proposta.

Ao se deter sobre o tema da comunicação, Deslandes (2004) salienta que a humanização só é possível quando o outro tem direito à voz para expressar seus sofrimentos, expectativas, prazer e dor. Esse outro, resgatado, é legitimado quando reconhecido através da palavra, podendo ser tanto o paciente quanto o profissional; observamos, assim, que não é uma condição maniqueísta. Traz a idéia de que toda pessoa é um ser eminentemente lingüístico, o que lhe confere o poder de construir redes de significados que, quando compartilhadas, determinam a construção de um perfil cultural. As representações do mundo só são possíveis através da linguagem, ficando subentendido que o caráter universal do humano é constituído através dela.

Um dos pacientes desta pesquisa, ao se exprimir, percebe bem a importância do diálogo profissional-paciente, e enfoca a humanização como imprescindível no contexto da assistência ao indivíduo hospitalizado, como podemos observar em sua fala:

Com certeza (conversam) e isso é uma coisa que nos deixa muito feliz, porque é nesse momento que a gente vê que tem o lado humanizado da coisa [...] e to aqui e de repente peço pra alguém vir até pra conversar um pouquinho, quer dizer, em todos os momentos existe esse diálogo, esse contato assim bem humanizado [...] explicar o que está acontecendo nos deixa mais tranquilos, porque esse momento no hospital nos deixa bastante fragilizados [...] então a partir do momento que o grupo de enfermagem quando vem fazer um certo procedimento e explica o que ta acontecendo a gente fica mais tranquilo entendeu?

(Generosidade)

A vivência cotidiana nos permite entender que a legitimação da palavra do outro, como leigo, insere-se no contexto da humanização como um dos aspectos mais desafiadores, já que, segundo Boltanski (1979), as barreiras lingüísticas, traduzidas pela utilização de vocabulário especializado prioritariamente pelos profissionais médicos, são fatores determinantes na relação de submissão das classes populares às classes mais favorecidas. Percebemos que, na realidade atual, essas classes sociais permanecem com códigos lingüísticos rebuscados e que a relação de poder entre profissionais de saúde e usuários se mantém.

Ao analisar os entraves existentes, para que a nova cultura de atendimento seja entendida e implementada, a referência é direcionada para a não problematização da natureza sociológica de alguns impasses, que podem dificultar a mudança proposta. Na visão de Deslandes (2004), o estado de coisas, podemos por assim dizer, está alicerçado em relações de poder-saber que dificultam o diálogo. O modelo atualmente vigente é revestido de objetividade e cientificidade, inspirado no positivismo, no qual há pouco espaço para a subjetividade humana. As informações, na maioria das vezes, estão restritas aos acontecimentos biológicos, e as buscas implementadas pela equipe de profissionais de saúde estão quase que totalmente direcionadas para essas ocorrências.

É uma realidade que facilmente constatamos, e está explícita nos relatos de alguns pacientes que, quando indagados a respeito dos conteúdos conversados pelos profissionais com os pacientes, respondem que:

Conversam sobre o que eu estou precisando, sobre a doença mesmo, eu faço alguma pergunta e elas respondem normalmente [...] sim esclarecem (as dúvidas).

(Tolerância)

É a gente conversa sobre as coisas, sobre a doença ou alguma coisa que eu tenha dúvida, sempre elas me respondem bem.

(A Coragem)

Conversam, elas já tem perguntado tudo direitinho, como é essa dor, como começou.

(Pureza)

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

De acordo com Faria (1998), esse modelo tradicional de comunicação adotado pelos serviços de saúde, no qual o emissor é o profissional de saúde, que transmite mensagens aos usuários desses serviços e estes devem processar e decodificar a informação recebida, dificulta a expressão concreta, por parte dos usuários, para além das suas experiências e necessidades. A falha comunicacional na saúde pode estar relacionada, entre outros aspectos, ao modelo assistencial ainda vigente, determinante da assimetria na relação entre profissional de saúde e usuário, fato inegável e grave.

A mesma autora destaca que as relações estabelecidas entre os atores que compõem o cenário do setor saúde, estão atreladas aos aspectos inerentes a cada profissão, como sua história, organização e inserção social, além das especificidades de cada instituição. Na enfermagem, particularmente, sabemos que a prática profissional, a partir da institucionalização dos hospitais, esteve vinculada ao modelo de atendimento médico.

A formulação do discurso do paciente é conduzida de tal forma pelos profissionais, principalmente pelos médicos, que esses tendem a fazer apenas narrativas dos sinais e sintomas pertinentes à doença que acomete seu corpo.

A comunicação, quase sempre, está restrita a buscar informações que dizem respeito a alterações do estado clínico instalado, levando-se pouco em consideração outros aspectos, que envolvem gestos, preferências, a própria subjetividade do paciente. Algumas situações são emblemáticas como, por exemplo, a sua satisfação ou insatisfação com o acolhimento que lhe foi dispensado no momento da sua recepção no serviço. Comumente pouca importância é conferida às informações relativas às suas preferências alimentares, hábitos de sono e repouso, a condição em que ficou o seu núcleo familiar mais próximo, suas preocupações e incertezas no tocante ao seu estado de saúde. A adoção de novas atitudes, por parte da equipe de saúde, tornaria a permanência no ambiente hospitalar menos impessoal.

Silva (2002) lembra que o termo comunicação origina-se do latim *comunicare*, e significa pôr em comum, pressupondo o entendimento inicial entre as partes envolvidas, destacando que subjacente ao entendimento há a necessidade da compreensão.

Assim, a nova proposta está norteada por valores nobres como a solidariedade e alteridade, condição essencial para que se oportunize melhores canais de comunicação entre os atores envolvidos na panorâmica da saúde nacional.

O diálogo que leva à compreensão e à emancipação é defendido no paradigma da linguagem, segundo o qual, o entendimento entre dois sujeitos é o que produz o consenso a respeito de qualquer questão, permitindo aprendizado acerca da temática. Habermas, filósofo alemão, advoga que conhecimento é o fruto colhido do entendimento entre sujeitos, sobre algo no mundo (CESTARINI, 2002). Segundo a mesma autora, a teoria da ação comunicativa está pautada em conceitos de linguagem, na qual as dimensões de significado e validade estão interligadas. A linguagem possui três funções básicas: a representativa, que diz respeito ao que se fala objetivamente sobre algo no mundo; a interativa, relacionada ao mundo social, é a comunicação com o outro, e a expressiva, aquela em que se expressa o que está na mente. Ligadas a cada função, respectivamente, existe a pretensão de validar a proposição de uma verdade, corrigir normas e expressar-se autenticamente. Tais proposições podem ser acatadas ou não, caso ocorra o dissenso, cada sujeito apresentará seus argumentos, destacando justificativas, na busca pelo consenso.

Para determinados pacientes, a comunicação já é percebida como aspecto de relevância, articulador dos processos que envolvem a dinâmica das relações interpessoais no ambiente hospitalar, como registrado na fala a seguir:

Conversam, me perguntam como eu estou indo, se eu tenho melhorado [...] mas o ponto que chama mais a atenção da gente, que a gente sente é a comunicação, é através daí que surge tudo, como a gente se sente, como está, como se está agindo, como está recebendo as pessoas, como estão nos olhando, como estão nos vendo, então é daí dessa comunicação entre o paciente e a equipe de enfermagem, é daí que começa tudo.
(Doçura)

Observamos, dessa forma, que a proposta de humanização dos serviços de saúde está conformada, guardando alguns traços do paradigma da linguagem, defendido no pensamento de Habermas, no qual a utilização da linguagem favorece a interação e o entendimento entre os sujeitos, transcendendo a condição de ser apenas veículo de informações.

Nessa perspectiva, a valorização da interpessoalidade e habilidade comunicativa é imprescindível à transformação da realidade dos serviços de saúde. No sentido da comunicação que envolve o corpo de enfermagem, essa assume proporções relevantes, uma vez que cultivar a utilização da mesma é indispensável à execução da mínima ação. É sabido que o escopo dessa rede de profissionais é saber lidar com gente, contribuindo para preservar e restaurar a saúde, dispensando o devido respeito à vida, desenvolvendo ações necessárias à sua manutenção (DANIEL, 1983).

Apesar de a comunicação entre profissional e paciente ainda estar permeada principalmente pelos conteúdos referentes às alterações biológicas, observamos na maioria dos discursos a incorporação de conteúdos que favorecem a interação. Percebemos também a preocupação do profissional em oferecer a melhor resolutividade possível em seu atendimento, adotando atitudes suaves, conduzindo suas ações de forma tal que o respeito pela subjetividade do outro já é constatada. As afirmações que se seguem demonstram essas transformações na postura dos dois principais atores no palco da saúde.

Conversamos a respeito de muitas coisas: da minha doença, as minhas viagens [...] são esclarecidas 100% das minhas dúvidas.
(Polidez)

Durante o horário de atendimento há sempre um diálogo entre paciente e enfermeira, esclarecendo as dúvidas, quando possível, e quando não sabem responder, demonstram interesse em perguntar ao seu superior; toda vez que eu pergunto alguma coisa e elas não sabem, elas dizem assim: perai que eu vou perguntar a enfermeira [...] não adianta você ter competência e ser desumano.
(Simplicidade)

Versando sobre a mesma questão, Daniel destaca a necessidade de conhecimentos teóricos para o desenvolvimento da habilidade comunicativa, porém reconhece a dificuldade da vivência desses enunciados teóricos na prática profissional. Faz importante referência à possibilidade de que uma comunicação pouco eficaz por parte do corpo de enfermagem esteja intimamente relacionada ao fato de os profissionais da categoria não disporem da oportunidade de desenvolver a habilidade comunicativa apesar de possuírem embasamentos teóricos para tal.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Ainda, segundo Daniel (1983), alguns aspectos importantes da comunicação na enfermagem, despertam a atenção, no intuito de analisar mais profundamente a questão. Um aspecto inicial merecedor de reflexão diz respeito à considerável quantidade de energia psicobiológica dispensada nas ações de comunicação e relacionamento interpessoal pelo corpo de enfermagem. Para tanto, faz-se necessário canalizar esforços físicos e mentais de maneira sistematizada, com o objetivo de promover ordenação e método, considerando que quanto mais se necessita de energia no desempenho das ações, mais elas precisam ser organizadas.

Na concepção de Vieira (1978), a comunicação tem a pretensão de estabelecer uma espécie de comunhão com outra pessoa, na busca de compartilhar pensamentos, idéias, atitudes e sentimentos com o outro.

Para nós, comunicação é dinamismo, reciprocidade, troca de experiências que podem ser significativas ou frustrantes. É um processo contínuo, criativo, que dirige a vida num constante acontecer. Poderíamos dizer que é a própria vida em suas diversas manifestações e movimentos. É um elemento básico que acompanha a dinâmica da natureza humana, seu desenvolvimento e suas mudanças. O homem, como um todo, é na verdade, um sistema de comunicação; isto porque toda energia de que ele necessita para viver, resulta de um processo constante e contínuo de estímulos e respostas, em direção a seu processo de adaptação (VIEIRA, 1978, p. 12).

A comunicação com os vários segmentos hierárquicos dos serviços, representa outro aspecto a ser analisado; pois, muitas vezes, em função da pressa, acúmulo de afazeres burocráticos e das tensões ambientais, a forma adequada de comunicação é pouco utilizada.

De acordo com Hauck e Tony (2006) a capacidade de escuta é, possivelmente, a habilidade mais importante a ser desenvolvida para tornar a comunicação eficaz. Nos contextos que envolvem profissionais de saúde e pacientes, quase sempre, existem momentos em que a escuta amigável circula entre esses atores.

A arte de conseguir dos outros o que desejamos pode ser desenvolvida a partir da adoção de atitudes que favoreçam os relacionamentos e pela prática de regras positivas de comunicação.

A adoção de atitudes positivas, na comunicação entre profissional e paciente, se reforça nas expressões seguintes:

Sobre (a conversa) a medicação, sobre como deve se fazer com essa doença, sobre coisas relacionadas ao meu tratamento, coisas boas, me orientam, me ajudam, me dão força.
(Amor)

Conversam, conversam; me dizem assim: a senhora vai ter vitória, vai sair boa, me davam força [...] tiram (as dúvidas), me explicam tudo direitinho.
(Gratidão)

Retomando a reflexão sobre a comunicação, Daniel (1983) ressalta mais alguns aspectos, como o da formação de atitudes terapêuticas, na qual a habilidade comunicativa e de relacionamento interpessoal é desenvolvida pelo profissional, partindo da realização de trabalhos com sua própria personalidade, com o propósito de aprimorar os comportamentos de ajuda, traduzindo a formação das atitudes terapêuticas.

Finalizando sua abordagem a respeito do tema, a autora destaca a necessidade de obter repercussão na comunicação. É importante verificar se a mensagem foi devidamente entendida, ou seja, certificar-se de que o receptor realmente entendeu a mensagem enviada.

Na enfermagem, o processo de comunicação entre uma e outra pessoa é mais abrangente, transcendendo a passagem da informação.

É considerada como algo dinâmico, vibrante e até com aspectos importantes na preservação vital do organismo. Envolve sentimentos, idéias, intercâmbio mútuo, concordâncias, discordâncias, proximidade física, franqueza, sinceridade e tato; é o compartilhar de alegrias e tristezas, é a expressão de gestos significativos, é a compreensão empática de uma infinidade de reações próprias do ser humano. Significa aplicar energia física e mental utilizando o raciocínio lógico e a intuição para promover as ações de relacionamento interpessoal (DANIEL, 1983, p. 69).

De acordo com Stefanelli (1993), a comunicação já não constitui apenas um instrumento básico para a enfermagem, e sim uma capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelos membros componentes do corpo de enfermagem, já

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

que se trata de um denominador comum de todas as ações desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem.

Todos esses estudos observam que a capacidade interpessoal do enfermeiro no cuidado de enfermagem é um fator significativo para o bem-estar do paciente e que essa capacidade pode ser adquirida por meio do aprendizado de técnicas de comunicação terapêutica. É importante que essas estratégias sejam aprendidas e assimiladas pelos membros da equipe de enfermagem, desejosos em prestar assistência de modo holístico, ou seja, que atenda a dimensão física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual do paciente (STEFANELLI, 1993; SILVA, 1996).

No entendimento de alguns pacientes, a comunicação que promove a interação entre as várias esferas que compõem o conjunto do ser humano, propiciando um relacionamento terapêutico, já é um processo vivenciado por alguns profissionais da enfermagem, como constatamos no discurso de um paciente:

Às vezes o assunto é nosso mesmo, às vezes assunto delas, e ali vai vindo outros assuntos e a pessoa vai se sentindo bem a vontade [...] tem uns que a gente tem mais intimidade [...] porque tem umas que são mais comunicativas [...] é a atenção e a comunicação delas com a gente porque distante fica muito difícil [...] elas são muito preparadas nesse sentido da comunicação de enfermeira com o paciente.
(Humildade)

Dessa forma, corroboramos as autoras, ao considerar a comunicação como um instrumento imprescindível da assistência de enfermagem, ou o processo que torna possível o desenvolvimento de uma interlocução eficaz e eficiente entre os membros dessa equipe e a pessoa que é cuidada. Torna-se então evidente a relação íntima com o desenvolvimento das ações de enfermagem, e o quanto essa influi decisivamente na qualidade da assistência prestada àqueles que necessitam de cuidados profissionais dessa equipe.

A concretização da comunicação terapêutica é facilitada pela capacidade que o profissional pode desenvolver em perceber a experiência do outro como ele a vivencia, sem perder, no entanto, a sua identidade pessoal, ou o seu papel de profissional (STEFANELLI, 1993). A autora destaca que essa percepção do mundo do outro pode ser expressa através da comunicação verbal ou não-verbal: tal processo é denominado

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

por ela de comunicação empática, ocorrendo a partir do momento em que conseguimos transmitir ao outro que entendemos a sua percepção do mundo tal como é vivenciada por ele. É importante que a atitude empática não leve a envolvimento emocional que possa interferir, negativamente, nos objetivos da assistência. Os aspectos de empatia e envolvimento emocional são primordiais para o desenvolvimento da compreensão do mundo do outro, facilitando a implementação de assistência personalizada, observando as questões relativas ao respeito das crenças, valores e cultura dos pacientes individualmente. A esse nível de comunicação podemos encontrar possibilidades para a troca dos bens simbólicos, defendida pela teoria da *dádiva*, pois a empatia proporciona espaços nos quais as amabilidades e os afetos são possíveis.

Para Hauck e Tony (2006) a atitude empática pode demonstrar a sensibilidade para com o outro facilitando o desenvolvimento de relacionamentos de ajuda entre profissionais de saúde e pacientes.

O sentimento de personalização pode ser identificado, por exemplo, no relato a seguir:

Conversam comigo dizendo: que bom que a senhora chegou, só não é bom porque a senhora veio doente, mas mesmo assim eu fico feliz quando a senhora chega.
(Temperança)

Na visão de Silva (1996), não é possível a separação entre o emocional e o fisiológico quando se trata do ser humano; as reações físicas são determinadas pelo comando verbal, e o impulso inicial gerador das ações é a emoção. Um estudo realizado pela autora, com crianças portadoras de cegueira e surdez, em 2002, revelou que as reações emocionais são semelhantes às de pessoas que podem enxergar e escutar; o choro está presente quando há tristeza e o riso, quando há alegria, embora não tenham aprendido por imitação pela incapacidade, principalmente, de enxergar.

Da mesma forma Ruesch *apud* Stefanelli (1993) diz ser a comunicação o princípio organizador da natureza que promove a união entre os seres humanos, portanto, o desenvolvimento das emoções também é vinculado à comunicação. Na concepção do autor, a comunicação integra as várias formas pelas quais uma pessoa

percebidas, as ações das pessoas, veiculam informações sobre acontecimentos e coisas, constituindo-se, portanto, em comunicação.

Alguns aspectos da teoria da comunicação humana de Ruesch ainda devem ser aqui destacados. O autor ressalta que a comunicação interpessoal é caracterizada por pessoas que exprimem ações percebidas, de forma consciente ou inconsciente, por outras pessoas, e essas reagem de tal maneira, que permitem aos que expressaram suas ações o entendimento de que seus atos foram observados. A tomada de consciência da percepção é o marco do estabelecimento da interpessoalidade; sendo assim, a comunicação é o meio pelo qual as pessoas interagem entre si. No que diz respeito aos efeitos da comunicação, o autor enfoca que o amadurecimento dos indivíduos pode ser facilitado ou promovido pelo ato de comunicar-se.

Para *Ruesch* a comunicação bem sucedida implica em sermos corrigidos por nós mesmos ou pelos outros. Este processo contínuo de atualização da informação sobre si próprio, o mundo e a inter-relação entre eles leva a pessoa a aprender a desenvolver a habilidade apropriada em comunicação e pode aumentar a capacidade do indivíduo em controlar fatos vitais. Neste caso, a comunicação bem sucedida é sinônimo de adaptação e vida (STEFANELLI, 1993, p. 71).

Retomando a abordagem referida, há pouco, por Silva (1996), comunicar-se adequadamente é tentar diminuir os conflitos, desfazer mal-entendidos, apesar de reconhecer a dificuldade da comunicação adequada, em função da transmissão dos estímulos se realizar através dos sinais e não dos símbolos. Os sinais são signos (estímulos que transmitem uma mensagem), que podem assumir vários significados, e os símbolos são signos que possuem um único significado, portanto a compreensão de uma mensagem é feita com base nas conveniências e necessidades de cada pessoa.

Existem dois aspectos importantes que envolvem a comunicação; um deles diz respeito ao conteúdo das mensagens, ou seja, a informação transmitida; o outro aspecto a ser destacado é o sentimento expresso pelas pessoas ao se comunicarem. Ao repassarem informações, os profissionais agregam a elas o seu referencial cultural, seus valores e crenças. No caso dos profissionais da saúde, existe toda uma cultura estabelecida, desconhecida pelas pessoas que recebem assistência; por isso torna-se importante o reconhecimento desse outro, e a disponibilidade para correlacionar o saber

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

trazido por ele e o inerente ao profissional de saúde, proporcionando melhor desempenho na transmissão da informação (SILVA, 2002).

O processo de comunicação, em sua totalidade, transcende as palavras escritas ou faladas, o que é conhecido por comunicação verbal. A dimensão não-verbal ocorre sempre que existe o contato face-a-face entre as pessoas, traduzindo a interpessoalidade. Nesses momentos, são utilizadas formas de comunicação que envolvem atitudes como a maneira de falar, os silêncios, as pausas entre frases, e a ênfase dada ao tom de voz, caracterizando o que se conhece com a designação de paraverbal; para além desta, destacam-se outros aspectos como as posturas corporais, as distâncias permitidas entre uma e outra pessoa, e os toques. A característica da coerência na comunicação acontece quando se tem o equilíbrio entre as palavras (verbal), e as expressões não-verbais. As funções da comunicação não-verbal são de complementar o verbal, contradizê-lo, substituí-lo, e demonstrar sentimentos. O controle voluntário dessas sinalizações, geralmente, não ocorre (SILVA, 2002).

A respeito de sentimentos e comunicação verbal e não-verbal, o depoimento referido de maneira concreta pela paciente seguinte traduz claramente a idéia quando diz:

Chegam, conversam sobre eles, sobre a gente[...] assim eles falam: vamos lhe dar essa medicação porque você tá sentindo dor; você vai ficar boa, fique calma, tranqüila[...] vem conversar com a gente, perguntar se a gente tá melhor[...] tem uns que não chegam muito perto, ficam longe[...] eu acho que é o dia-a-dia mesmo, as vezes mudam de setor, tem uns que quando chegam ficam até com medo de falar com a gente, assim porque não conhecem, e a gente com medo deles também.
(Justiça)

Portanto, as finalidades básicas da comunicação são as de proporcionar entendimento a respeito do mundo, estabelecer relacionamento entre as pessoas e promover transformações nelas próprias e na realidade que as rodeia. De acordo com Silva (1996), a comunicação envolve a ação da criatividade, existindo reciprocidade entre as pessoas, conduzindo à formação de interação e reação, o que determinará modificações nas formas de pensar, sentir e fazer dos atores envolvidos no processo.

O modelo mental adotado no mundo ocidental foi concebido pelos filósofos da antiga Grécia, influenciando de modo decisivo a cultura ocidental até os nossos dias. Platão (428-348 a.C.) fundou a academia, escola com longo programa de ensino, na qual os alunos passavam em média 30 anos para conhecer a “verdade”, traduzida pelo que corresponderia ao mundo real. Aristóteles (384-322 a. C.), discípulo de Platão, fundou o Liceu, escola pautada na filosofia de que os indivíduos podem ser estimulados a transformar suas experiências pessoais em discursos, e, a partir deles, elaborar concepções ou teorias. O significado da concordância sobre um objeto em estudo, era sinalizado quando dois indivíduos entravam em acordo no discurso (CHÂTELET *apud* CESTARINI, 2002).

Partindo desse berço filosófico, outros estudiosos surgiram ampliando essa linha de pensamento, dentre os quais dois se destacaram de maneira mais representativa: o francês Renè Descartes (1596-1650) e o inglês Isaac Newton (1642-1726). O primeiro apregou que o estudo de partes isoladamente seria mais importante que o conhecimento do todo, embora, ao final do estudo se fizesse necessária a construção de uma síntese, caracterizando-se a fragmentação e a simplificação. O segundo estudioso defendeu que a ciência deveria sempre buscar leis universais, que estabelecessem relação de causa-efeito em um mesmo contexto de espaço de tempo, caracterizando o presentismo. Esse construto cultural se consolidou nos últimos três séculos, mantendo-se presente firmemente na contemporaneidade (SÃO PAULO, 2002).

A *práxis* profissional nos confirma a manutenção do modelo cartesiano na área da saúde, quando percebemos, claramente, o imediatismo, o corpo estudado e tratado em partes, as polaridades nas opiniões presentes nos momentos de tomada de decisões, em que diálogos de certo ou errado, inocente ou culpado se instauram, sem dá lugar à percepção de que o meio desse caminho também é preenchido, merecendo reconhecimento e respeito em suas diversidades.

As modificações do modelo mental prevê a inclusão da diversidade, sem a exclusão do modelo linear, pois ele é reconhecidamente necessário em situações instrumentais da vida. A problemática que envolve o referido modelo é o fato de ser visto quase como exclusivo, determinando, ao lado dos resultados práticos significativos, conseqüências bastante indesejáveis. Dessa maneira, ao se falar em modificação no modo de pensar, considera-se a complementaridade com uma forma

abrangente de pensamento. Não há a proposta de eliminação da primeira linha de pensamento e muito menos a sua substituição, pois são necessárias. No entanto, há que se conceber seu complemento enfatizando a importância de conhecer as partes, mas também o todo composto pela relação dessas mesmas partes.

A filosofia do modelo mental que articula as duas formas de pensar, conhecido como pensamento complexo, ganhou vulto, na atualidade, com as bases conceituais defendidas pelo filósofo francês Edgar Morin. Na referida teoria, o modo sistêmico de pensar precisa estar paralelo ao sistema linear de pensamento, estando a ênfase, no modo de pensar mais adequado para a situação vivida; há momentos em que a necessidade é de pesar, medir e contar, em outros a necessidade está voltada para os sentimentos, emoções, subjetividades (SÃO PAULO, 2002).

3.4 OS ALIMENTOS DO AFETO: A ATIVAÇÃO DOS LAÇOS SOCIAIS

A última categoria a ser analisada diz respeito às trocas de bens simbólicos existentes entre os pacientes e a equipe de enfermagem. O relacionamento interpessoal que se estabelece no contexto hospitalar, após alguns dias de internação entre esses atores, é uma realidade inquestionável.

O desafio atual é pôr em prática os novos conceitos norteados pelo desenvolvimento de conhecimentos técnicos sustentados em bases humanitárias, capazes de proporcionar confiança, auxiliando o profissional de saúde a vencer barreiras e conceber novas formas estruturais no relacionamento humano.

Segundo Mezomo (2001), a equipe de enfermagem é a força profissional chave das instituições hospitalares; afirma que a humanização nessa equipe pode fluir de maneira muito natural, quando adequadamente despertada em cada membro. Defende também a importância de investimentos pelas instituições nesse campo, o que possibilitará melhor utilização da inteligência, sensibilidade e técnica a serviço do paciente.

O universo da categoria que ora analisamos encontra-se intimamente relacionado à humanização: entendemos, a partir de então, que o assunto é imanente à enfermagem

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

em seus vários segmentos. Embora exista a atual preocupação em humanizar a assistência à saúde, o exercício da enfermagem, por sua natureza ímpar de cuidar diuturnamente, e também pela sua formação, que exige maior proximidade com o paciente, permite a criação de espaços para que se estabeleça um relacionamento interpessoal bidirecional, tendo em vista que as pessoas envolvidas precisam se conhecer minimamente. Na opinião de Carvalho (2003), o objetivo primordial dessa relação é o de buscar o fortalecimento e valorização mútua como seres humanos.

O fenômeno da troca surge invariavelmente entre cuidador-cuidado, apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas na trajetória frenética de trabalho do dia-a-dia, e também nas instituições hospitalares que, na sua grande maioria, carecem de recursos financeiros, e ainda estão assentadas no modelo tecnicista, via de regra são pouco reflexivas e bem inflexíveis.

O estabelecimento do vínculo profissional-paciente pressupõe a aproximação para a compreensão da pessoa doente. Assim sendo, é fundamental a disposição desse trabalhador-cuidador em se relacionar de maneira mais personalizada, e mais humanizada, pois cada paciente carrega em si a esperança de que o profissional seja co-responsável na mitigação dos seus sofrimentos nas esferas física, psíquica, social e espiritual.

Os membros da equipe de enfermagem estão juntos ao paciente diuturnamente, participando amiúde do tratamento a que ele é submetido durante o período de internação hospitalar. Isto posto, concebemos a existência da interação traduzida pelo fenômeno da troca de “bens simbólicos” entre profissional e pacientes.

O paradigma da *dádiva*, já referido, é ancorado nos estudos realizados por M. Mauss sociólogo e etnólogo francês, que, em 1924, escreveu a célebre obra literária, *Ensaio sobre a Dádiva*, até então, pouco divulgada pelas ciências sociais. A referida obra aborda o complexo sistema de trocas estabelecido entre as tribos das sociedades arcaicas, constituindo o fato social total, de caráter voluntário e, ao mesmo tempo, obrigatório. O referido sistema é definido pelo autor como a tripla obrigação de dar-receber-retribuir, constituindo, assim, a gênese das várias instituições sociais: familiares, morais, políticas e econômicas, incluindo também as religiosas e jurídicas. Nas sociedades arcaicas, a circulação dos bens era constituída de bens materiais e não

outros; os segundos se tratavam de amabilidades, festins, serviços e ritos, além de mulheres e crianças, representando os bens simbólicos (CAILLE, 2002).

Na contemporaneidade, a teoria é representada apenas pelas trocas simbólicas, ou seja, a circulação de bens imateriais. Observamos que a relação entre profissional de enfermagem e pacientes é bem permeada pela circulação desse tipo de bens, fato constatado em falas de pacientes, analisadas no decorrer do trabalho e, de modo particular, a partir de então.

Ao ser indagado a respeito do relacionamento entre ele e a equipe de enfermagem e também sobre a possibilidade de criação de vínculos extraprofissionais, o paciente assim se pronunciou:

Eu vejo essa relação assim além do profissional, uma relação de amizade [...] então a gente acaba ficando amigo dessas pessoas, essas pessoas começam a ter um carinho, é, digamos assim, foge até um pouco do lado profissional e entra um pouco o pessoal, e até mesmo de contar algumas coisas da própria vida delas. Cria, cria, (vínculos), eu acho que não cria se você ficar pouco tempo [...] desde o dia que eu cheguei até hoje eu sinto esse cuidado e essa preocupação, até porque eu acho, que pra equipe de enfermagem cada paciente que sai curado, recebe alta, é uma vitória, vocês estão trabalhando em prol da vida, em prol do bem estar do paciente. (Generosidade)

Um outro paciente acrescenta:

Mesmo que a gente não queira se cria algum vínculo através da simpatia [...] assim da amizade, de confiança (vínculos) [...] elas tem que fazer aquela amizade [...] lembro de uma das que estava no plantão, ela é uma simpatia, uma atenção com o paciente, muito carinho [...] a simpatia é o mais importante. (Tolerância)

Na mesma linha de reflexão, continua outro paciente:

*Já tenho até amigos [...] eu entendo que esses vínculos são formados de acordo com o período de internação [...] observo que já existem vínculos que transcendem o estritamente profissional que se demonstra através de um carinho especial. Existem pessoas, claro que não são todas, porque você sabe que num grupo a gente sempre tem aquela pessoa que a gente tem mais amizade, e tem outras que já não dá pra confiar como amigo.
(Simplicidade)*

Para possibilitar o bem-estar, afirma Waldow (2004), são necessários o envolvimento, a interação e a responsabilização pelo outro que está recebendo cuidados. Na opinião da autora, as relações genuínas de cuidar se caracterizam por relacionamentos mais íntimos, abrangendo sentimentos de interesse, carinho e atenção. Genericamente, as relações de cuidado se distinguem pelas expressões comportamentais que incluem, entre outras já citadas, o respeito, a confiança, a consideração, proporcionando um ambiente de cuidado, no qual os valores humanísticos são enaltecidos e as pessoas que participam desse contexto podem sentir-se reconhecidas e aceitas.

Estudos desenvolvidos pela mesma autora revelaram que o envolvimento, inevitavelmente, ocorre entre equipe de enfermagem e pacientes a depender do tempo de internação a que eles são submetidos. Os vínculos de carinho e afeto se estabelecem a partir desse envolvimento e podem intensificar-se à medida que o tempo de permanência no hospital perdura. O envolver-se se estende aos familiares do paciente e geralmente é percebido como recíproco. As reinternações favorecem a aprendizagem sobre o conhecimento do outro, permitindo a ocorrência de sentimentos de afeição, muitos mutuamente, e o interesse pela outra pessoa, como pessoa, acontece em tal medida que cuidadores e cuidados se percebem alegres ou tristes.

Sobre a amizade, Morin (2005) destaca que não se trata tão somente de uma relação afetiva de apego ou cumplicidade, envolve também o estabelecimento de vínculo ético, que ocorre através da fraternidade entre as pessoas envolvidas na relação. As afinidades subjetivas são importantes pontos de partida ou de chegada nos laços de amizade; neles, são transpostas as diferenças políticas, raciais, de classe, entre outras. Na amizade, a maior importância é dada à qualidade das pessoas, e as suas opiniões ou idéias são consideradas em um plano inferior de importância.

As considerações aqui referidas pelos pacientes desvelaram uma realidade pouco

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

a tônica principal está relacionada, via de regra, ao profissional centrado na técnica e pouco disponível para adotar, em seu trabalho cotidiano, atitudes e comportamentos que transformem, em mais humanas, as relações entre pacientes e equipe de enfermagem.

Na opinião de Pessini e Bertachini (2004), a solidariedade e o atendimento permeado pelo calor humano são imprescindíveis para transpor os muros da indiferença impostos pelos desafios do cotidiano. É importante estar sensível à situação do outro, para possibilitar a criação dos vínculos gerados a partir do diálogo estabelecido entre os sujeitos da relação, possibilitando a percepção do querer ser atendido com respeito. Quando o relacionamento estabelecido entre profissional e paciente está alicerçado na confiança, existe sempre o encontro entre competência e consciência, exigindo, conseqüentemente, uma postura de responsabilidade ética.

Para Maturana (2001), o fundamento de toda a ética é a ligação do humano ao humano legitimada pela reflexão sobre a presença do outro. Toda ação humana tem sentido ético em virtude de ser criada no ato da convivência que se origina através da linguagem, uma vez que esta produz o mundo que se cria com os outros.

Pessini e Bertachini (2004) reafirmam os princípios fundamentais da ética da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, além de considerá-los um desdobramento do grande princípio unificador e fundacional de todos, que é o respeito pela dignidade do ser humano, como também o princípio da solidariedade, ainda ocupando lugar de destaque na cultura latino-americana, que segue se preocupando com questões relativas a justiça social, transpondo, inclusive, os limites da equidade nas relações interpessoais.

Observamos no próximo discurso a disposição do paciente em reconhecer a circulação dos vínculos de confiança e amizade, além da circulação dos bens simbólicos quando relata que:

Eles não se limitam a uma atividade meramente profissional como se nós pacientes representássemos apenas um número, pelo contrário, eles são de dedicação, de afeto, de carinho [...] são sempre carinhosos [...] eu sinto aqui um clima de muita harmonia, de muita dedicação e muito carinho, o que traduz laços de amizade e confiança.

(Polidez)

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Para além do reconhecimento dos bens simbólicos nas relações estabelecidas entre equipe de enfermagem e pacientes, outro aspecto merecedor de destaque no discurso anterior diz respeito ao entendimento desvelado pelo entrevistado, ao referir-se a “atividade meramente profissional”. Pode-se inferir que o paciente percebe a atividade de cunho eminentemente técnico-científica nas atitudes dos profissionais. Observamos que o paradigma técnico-científico, característica marcante da medicina praticada no século XX nas instituições hospitalares principalmente, também é reconhecido por aqueles que estão internados.

Segundo Pessini e Bertachini (2004), a partir das mudanças ocorridas no que diz respeito à finalidade dos hospitais, antes um local de cunho misericordioso, onde se acolhiam pessoas doentes sem condições de se tratarem em casa, ou no ocaso da vida, passam a ser templos da cura com seu magnífico aparato teórico e tecnológico. Os profissionais médicos e os da enfermagem paulatinamente foram se profissionalizando, e o resultado dessas profundas modificações foram os inegáveis ganhos na eficiência e competência técnico-científica, porém, em muitas ocasiões trazendo prejuízos à dimensão humana. No paradigma técnico-científico os valores predominantes são o conhecimento científico e a excelência técnica. O eixo central de atenção do profissional de saúde é a doença e sua cura e não a pessoa que está doente.

São inegáveis os benefícios advindos dos avanços científicos e das especializações nos diferentes campos médicos; muitos resultados são facilitados pelos saberes específicos de algumas áreas, propiciando cada vez mais curas. No entanto, é preciso reconhecer a conseqüente despersonalização advinda desse mesmo avanço científico, quando em muitas ocasiões os pacientes são reconhecidos por números ou patologias.

Observando a evolução da ciência médica sob outro enfoque, nos deparamos com as questões relativas ao interesse econômico que gravita em torno de todo esse avanço científico, constituindo o que os autores anteriormente denominam de paradigma comercial-empresarial do hospital.

Segundo Godbout (2002), a força motriz natural da ação humana é, a princípio, o interesse, caracterizando o *homo oeconomicus*, no qual o interesse é inerente à condição humana, e, na visão de muitos pensadores, não precisa ser aprendido nem

móbil da ação humana está sendo proposta; nesse contexto, a ação humana pode ser explicada através da liberdade de doação, estando no mesmo indivíduo o *homo oeconomicus* e o *homo donator*. Mesmo no âmbito da economia, as outras trocas, além daquelas que caracterizam “o negócio”, são necessárias; estudos atuais comprovam que um determinado grau de confiança precisa existir entre os atores envolvidos nas negociações para que elas se concretizem. Esse vínculo primeiro de confiança caracteriza as trocas essenciais entre seres humanos, representando a outra força que mobiliza a ação humana. O autor destaca também, que a motivação para a não doação é o medo da perda da identidade.

Em se tratando do campo da saúde, e particularizando a enfermagem, podemos estabelecer um paralelo entre as características desse trabalhador e as do *homo oeconomicus* / *homo donator*. Encontramos o profissional de enfermagem que, por exemplo, se desdobra em jornadas múltiplas de trabalho, busca melhorias no aspecto técnico e científico, ao mesmo tempo que se disponibiliza às trocas simbólicas e formação de vínculos sociais, que, por vezes, se assemelham à sociabilidade primária. No que diz respeito à perda da identidade, é sabido que, em muitas ocasiões, o profissional se esquia do envolvimento exatamente pelo medo de perder a condição que o caracteriza como profissional de saúde, mantendo postura de distanciamento para não se envolver, principalmente, com o sofrimento do outro.

Atualmente, são várias as discussões que trazem à luz a reflexão de que devemos lembrar que nós, profissionais de saúde, somos pessoas, cuidadores e ajudadores e, por isso, também sofremos diante do sofrimento do próximo, das adversidades que compõem o nosso cotidiano de trabalho e porque não, das nossas vidas. Pode parecer paradoxal tecer comentários acerca de um assunto que, a princípio, seria uma obviedade, no entanto sabemos dos inúmeros conflitos, vivenciados pelo profissional de enfermagem no ambiente hospitalar, refletindo diretamente na qualidade do seu trabalho.

No tocante à questão do sofrimento, que também pode ser considerado um bem simbólico, nos chamou a atenção um testemunho relatado por um paciente em suporte terapêutico. Após passar por várias re-internações, e conseqüentemente vivenciar inúmeros encontros e re-encontros com a equipe de enfermagem, respondeu o seguinte,

quando indagado sobre o relacionamento estabelecido entre ele e essa equipe durante seus vários períodos de internação:

Elas ficam fazendo parte da vida da gente, meu tratamento é muito sofrido e esse pessoal faz parte desse sofrimento com a gente, eles cuidam da gente muito bem [...] essas meninas eu sinto como se fosse uma pessoa da minha família, eu tenho sofrido muito com essas quimioterapias e elas me dão força pra danado [...] eu me sinto como se tivesse uma dívida com elas; esse pessoal participa muito do sofrimento da gente.
(Misericórdia)

Pessini (2002) refere que o sofrimento é carregado de subjetividades e bastante ligado aos valores pessoais de cada um; a significação conferida à condição subjacente, determinante do sofrimento, é de fundamental importância para o seu enfrentamento. As definições relativas ao tema, quando na presença das doenças, apontam para uma complexidade que envolve desde sentimentos de angústia, vulnerabilidade, perda de controle, ameaça à integridade do *Eu*, até o esvaziamento do sentido de vida. Dentre as dimensões no sofrimento, a psíquica é bem marcante nos pacientes portadores de doença crônica em estágio terminal. Via de regra surgem os sentimentos de perda de controle sobre o processo de morrer, além da necessidade de redefinição da pessoa diante do mundo. Na dimensão social do sofrimento, estão presentes como características importantes o isolamento, pelas dificuldades de comunicação vivenciadas no processo de morrer, e as mudanças nos papéis sociais do indivíduo, principalmente o papel desempenhado pelo paciente no seio familiar.

O mesmo autor destaca que o relacionamento de ajuda estabelecido entre o doente e os cuidadores, como também entre ele e seus familiares, é um dos melhores artifícios para facilitar o enfrentamento do sofrimento. As próprias reações apresentadas pelas pessoas que vivenciam o desgastante processo imposto pelas doenças crônicas em fase terminal, colocam em risco a saúde dessas relações; os sentimentos de negação, raiva, medo necessitam ser adequadamente trabalhados, no sentido de fortalecer os atores que atravessam juntos esse deserto, alicerçada em uma verdadeira e honesta comunicação. Ressalta a competência técnico-científica e humana aliadas à solidariedade, como sendo a chave do cuidado e sentido do enigma que permeia a problemática do sofrimento humano.

A sabedoria do autor é traduzida em sua plenitude e sensibilidade, quando expressa o seu entendimento a respeito da dimensão de ser gente, dizendo que: “O ser humano é um todo uno, um nó de relações. Ser gente é possuir um corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os outros, cultivar uma esperança e crescer na perspectiva da fé em valores humanos” (PESSINI, 2002, p. 66).

O significado do sofrimento de cada pessoa permanece sendo uma interpretação singular daquele que passa pela experiência do sofrer, existindo, no entanto, a possibilidade de transferência empática a depender da competência dos interlocutores para entender e avaliar o contexto vivenciado (PERDICARIS, 2000).

Outro aspecto que pode ser destacado é a importância conferida às conversações existentes entre equipe e pacientes, aqui destacadas não somente na esfera da comunicação, conforme discutido anteriormente, mas sobretudo, sob a perspectiva do paradigma da *dádiva*.

De acordo com Caillé (2002) as palavras também podem circular como bens entre as pessoas, já que possibilitam o estabelecimento de relacionamento interpessoal. Incluem-se nesse contexto de várias maneiras, acontecendo sob a forma de simpatia, colaboração, cumplicidade, e também de amizade. A exemplo dos bens preciosos que se faziam circular nas sociedades arcaicas, as palavras permitem a existência de aliança e afinidade. Nas palavras cada indivíduo imprime sua originalidade, como a entonação e o fluxo da voz, entre outros, constituindo os marcadores lingüísticos, elaborados no cerne de cada cultura particularmente. Tais características garantem a apresentação das pessoas, situando-as sob o ponto de vista social e sinalizando a respeito de com quem irá tratar.

Em alguns relatos colhidos, percebemos que as palavras proferidas pela equipe de enfermagem aos pacientes, em muitos momentos, representam pilares de apoio, quando estão relacionadas ao conforto emocional que proporcionam em momentos de maior vulnerabilidade. Como podemos observar, isso se constata na fala que se segue, ao perguntarmos a respeito do modo como se relacionam os trabalhadores da enfermagem com a paciente, e ela nos respondeu:

Com muito carinho, são pessoas ótimas [...] é uma ajuda emocional [...] fragilizada pela situação e aí é quando eles chegam com palavras boas, de conforto, usam muito a palavra de Deus [...] eu me sinto apoiada [...] são pessoas carinhosas, que chegam até a gente com brandura [...] essas pessoas parecem anjos [...] porque nos dão carinho, nos dão a palavra de Deus, nos dão conforto, dão uma de filhas, aqui pra mim, pelo menos, eu tenho encontrado aqui filhas, filhos e amigos.
(Amor)

Outra paciente responde a mesma questão, também enfatizando a conversação como um aspecto de fundamental importância no relacionamento entre profissional e paciente, quando se expressa a respeito do assunto dizendo:

Assim como se fosse minha família [...] o mais importante é eles se importarem com a gente, chegar pra conversar, perguntar como a gente está [...] tem outros que já vêm do outro setor porque criou uma amizade com a gente.
(Justiça)

Podemos perceber em ambas as falas a existência de uma certa familiaridade, quando o paciente se refere ao profissional da enfermagem, inclusive fazendo alusão também aos outros bens que circulam como a amizade, o carinho e outros que já foram bastante mencionados pelos demais integrantes da pesquisa.

Caillé, 2002 destaca que as palavras, a exemplo do que acontecia nas trocas cerimoniais das sociedades arcaicas, também se constituem em elementos desencadeadores de agressividade e rivalidade. Assim, mesmo nas conversações mais amigáveis, existe o risco do desacordo.

Apesar de não haver ocorrido nenhuma referência a situações desagradáveis, sabemos que não são inusitados os momentos tensionados, nos quais são proferidas palavras entre equipe de enfermagem e pacientes, que denotam, no mínimo, superioridade dos primeiros em relação aos segundos.

Uma característica bastante peculiar na circulação de palavras como bens simbólicos é que essa troca ocorre imediatamente, não é deixada para um momento posterior. Na perspectiva do paradigma da *dádiva*, a relação pessoa a pessoa pode estar atrelada à tripla obrigação de dar-receber-retribuir palavras, o mais generosamente e espontaneamente possível (CAILLÉ, 2002).

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Ainda referente a análise dos bens simbólicos, dentre os que foram referidos, encontramos o amor circulando entre eles de maneira bastante discreta. Confusamente, o amor está imbricado à profissão enfermagem desde seus mais remotos tempos, inclusive naqueles em que os instintos, principalmente o maternal, de cuidar se sobrepujam a qualquer outra necessidade. Largamente percebido e vivenciado em suas várias dimensões de sentimento, é pouco compreendido em sua dimensão verbo-ação. A acentuada atenção dispensada ao cuidado técnico-científico, em certa medida, empalideceu os aspectos das relações humanas tão intrínsecos à profissão, modificando, assim, o entendimento e o lugar que ocupava o amor e a dedicação ao outro. Dessa forma, passa a ocorrer uma gradativa desvalorização dessa virtude, e, em contrapartida, uma valorização da racionalidade. Para Grüdtner et al. (2003), a ocorrência da formação de vínculos de confiança é subjacente à efetiva interação interpessoal, e nela a agregação do amor é imprescindível. A enfermagem só ocorre efetivamente quando existe autenticidade na interação.

Nas falas proferidas pelos pacientes, podemos inferir duas das várias dimensões conferidas à virtude do amor. No primeiro discurso, observamos a significação atribuída ao amor que circula no contexto familiar sendo referido pelo paciente em termos comparativos àquele oferecido ao paciente pela equipe de enfermagem. Quando indagado a respeito do relacionamento interpessoal, o paciente assim se pronunciou:

É como se fosse minha família [...] acho que nem minha família conseguiria me tratar desse jeito [...] tratam as pessoas muito bem, é como se fosse de coração para elas [...] nunca tive o amor de uma mãe, de um irmão, de um pai como eles me deram aqui [...] como se fosse já um carinho [...] acho que é como se fosse um relacionamento de família.
(Coragem)

Dos vários significados atribuídos ao vocábulo amor pela civilização grega, Wheat *apud* Grüdtner et al. (2003) refere que *Storge* caracteriza o afeto compartilhado entre pais e filhos, irmãos e irmãs. Está presente nos relacionamentos de pertencimento mútuo, aconchegante, espontaneamente afeiçoado. Na fala desse paciente, percebemos que existe uma importante lacuna, quando expressa claramente a ausência de um relacionamento familiar, deixando transparecer uma carência dessa dimensão de amor.

Anteriormente nos referimos às transferências realizadas pelos pacientes aos profissionais de enfermagem no que tange às relações de família.

Sabemos que durante o período de internação hospitalar, a fragilidade e a vulnerabilidade do ser humano estão mais afloradas, sua autonomia está, quase sempre, ameaçada, e a sua condição de dependência de outrem, deixa o paciente, por vezes, bastante instável também sob o ponto de vista emocional e psíquico, além do físico. Assim, é bem provável que ele se torne mais propenso a estabelecer esses parâmetros comparativos entre a família e o profissional de enfermagem, que se encontra diuturnamente próximo a ele. A depender do seu nível de carência afetiva, é possível que exista a possibilidade de perceber as relações nas quais circula o bem simbólico do amor familiar.

A outra dimensão que podemos inferir nos discursos é a do amor *ágape*, caracterizado pela capacidade de servir, independente de sentimento, praticado voluntariamente. É um amor de ação e não de emoção; centrado no que faz e não no que sente. Possivelmente, traduz a forma de amar que mais se aproxima das atitudes e comportamentos entre profissionais de enfermagem e pacientes.

Na fala a seguir, percebemos traços da forma de amor que não está alicerçado no sentimento e sim na ação, quando o paciente se refere ao trabalhador da enfermagem como alguém que está disposto a estabelecer uma relação de troca, na qual circula, além de outros bens simbólicos, o amor que se aproxima do *ágape*, quando diz:

Todas muito educadas [...] elas tratam a gente com tanto carinho, tanto amor; aqui todo mundo é bom.
(Fidelidade)

Comte-Sponville (1999, p. 290), grande estudioso das virtudes humanas, em sua obra *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes*, destaca o amor *ágape* como universal. Traz inclusive a etimologia grega do vocábulo:

[...] (retomando, sem dúvida por estar disponível, uma palavra quase desconhecida da literatura profana, ao menos na forma nominal, mas derivada do verbo *agapan*, acolher com amizade, amar, querer bem, atestada em grego clássico, por exemplo em Homero ou Platão), é o que o grego das Escrituras, então, desde a Bíblia dos Setenta até as epístolas apostólicas, chama de *ágape* (como no Evangelho de São João: “Deus é amor, o *Theos ágape estin*”), que a Vulgata traduziu quase sempre por *caritas* (o amor, o afeto, o que torna caro), que dará de fato, e independentemente de suas perversões ulteriores, o francês *charité* [caridade].

Em uma outra perspectiva mas também corroborando essa discussão, Maturana (2001), nos esclarece sobre a gênese biológica dessa virtude. Partindo de uma perspectiva que envolve o domínio cognitivo-reflexivo do ser humano, em determinadas circunstâncias, o indivíduo é levado a enxergar o outro como igual a si, a aceitar a convivência conjunta, e isso é amor. Esse ato de conviver é o amor.

Sem amor, sem aceitação do outro junto a nós, não há socialização, e sem esta não há humanidade. Qualquer coisa que destrua ou limite a aceitação do outro, desde a competição até a posse da verdade, passando pela certeza ideológica destrói ou limita o acontecimento do fenômeno social (MATURANA, 2001, p. 269).

Buber (2004) realizou as mais profundas e completas reflexões sobre o sentido do conceito de relação, na busca de decifrar o enigma daquilo que, de essencial, existe entre os homens e entre os homens e Deus. Para o autor, a palavra é o fundamento da existência humana, é por intermédio dela que o homem se introduz na existência, não é ele que a conduz, e sim ela própria que o mantém enquanto *Ser*. A palavra proferida é uma atitude positiva, proporcionadora de resultados e mantenedora do ser do homem no momento presente. É o princípio ontológico do homem, através dela o homem se faz homem e se situa no mundo com os outros. Percebe o ser humano a partir de sua natureza de dualidade atitudinal, emergindo daí o par da palavra-princípio que o conduzirá durante sua existência.

Eu-Tu e Eu-Isso estão relacionadas à dualidade do humano, exprimem a natureza relacional a alguém, que pode ser o outro ou ele próprio, ou a alguma coisa. Zuben (2004) esclarece que as duas palavras-princípio alicerçam duas possibilidades do homem construir sua existência, o Eu-Tu é o lastro à vida dialógica, e o Eu-Isso diz

são essenciais à existência humana, não se pode optar entre uma ou outra. Na primeira palavra-princípio, o Eu é uma pessoa e o Tu é o outro, cada um em sua totalidade não podendo ser reduzido em nenhum aspecto do seu todo. Na segunda palavra-princípio o Eu é um sujeito que experimenta, experiencia ou extrai conhecimento de um ser objetivado, que é o Isso.

Transpondo-se essas fundamentações à área da enfermagem, encontramos vastas possibilidades de perceber o Eu-Tu e o Eu-Isso. Ao nortearmos a reflexão do cuidado com base nas palavras-princípio, nos chega o entendimento da relação de encontro que deve existir entre o profissional e o paciente. Nessa relação ele, que é o Tu, é um ser humano que pensa, sente, decide, percebe, possuidor de crenças e valores que lhe são próprios, interagindo com os outros e com o meio, no qual desempenha todos os seus papéis sociais, e onde o processo decisório precisa ser compartilhado. O encontro acontece de maneira tal que não existe a submissão de um sobre o outro.

Na dimensão do Eu-Isso, existe a dominação de um sujeito que, de alguma forma, objetiva o outro com a intenção de produzir algo. Ao estabelecermos um paralelo com o que acontece entre profissional de enfermagem e paciente, essa dimensão pode estar relacionada ao desenvolvimento das técnicas em si, quando o sujeito executa determinado procedimento em função da existência de um produto final, que pode ser a administração de um medicamento ou a realização de um banho, por exemplo.

Segundo Buber (2004, p. 61), a dimensão Eu-Tu fundamenta a relação que ocorre na totalidade; o Eu se realiza na relação com o Tu, de maneira imediata, não existe interposições, jogo de conceitos ou fantasias, são seres humanos na sua totalidade em um momento de encontro. A imediatez estabelecida no ato do encontro é interpretada no âmbito dos sentimentos, e, por assim ser, permanece desconhecida, pois esses, refere Buber com profundidade, acompanham o fato para além da física e do psiquismo do amor, pois “os sentimentos, nós os possuímos, o amor acontece”.

Devemos registrar que o nosso re-encontro com a virtude do amor, na magnitude da reflexão do filósofo Martin Buber foi fundamental. Finalizamos com a forte impressão de que a dimensão *ágape* do amor é inerente à enfermagem, constituindo-se, talvez, no pilar mais importante para as ações do cuidar do outro, quando precisamos saber servir e que estão, inevitavelmente, atreladas ao estabelecimento de relação entre

simbólicos, nas quais as trocas de amabilidade e afeto entre outros, muitas vezes, existem; e para além destas, as trocas pouco generosas como rivalidades e agressividades também são possíveis, pois fazem parte do teatro da vida por serem imanentes ao humano. Percebemos que os laços serão constituídos proporcionalmente por um lapso de tempo que permite a possibilidade de trocas dos bens simbólicos. Na enfermagem, existe espaço para que elas aconteçam já que os atores envolvidos no processo são Eu e Tu plenos em si.

4 À GUISA DE CONCLUSÃO: O ANTIUTILITARISMO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*“ O sonho pelo qual brigo exige que eu invente em mim a coragem de lutar ao lado da
coragem de amar.”*

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

4 À GUIA DE CONCLUSÃO: O ANTIUTILITARISMO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A interação pessoa a pessoa constitui a principal estrutura na qual se apóiam ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde. O período de permanência de um doente em uma instituição hospitalar, correspondente a sua internação, favorecendo a formação de vínculos entre estes e os vários membros da equipe de enfermagem.

O complexo sistema de trocas existente nas sociedades arcaicas, estudado pelo francês Marcel Mauss - *A dádiva* - encontra lugar no mundo contemporâneo através da complexidade do relacionamento humano, pois é fundante de toda a sociabilidade e comunicação humanas.

Inserido no movimento de circulação de objetos e coisas, circulavam também as noções de direito, valores morais, religiosos, honra, recompensas e reconhecimento na prestação de serviços, traduzindo a noção de vínculo subjacente nessas sociedades.

As obrigações de dar, receber e retribuir evidenciavam um contato mais geral e permanente entre esses grupos deixando emergir a idéia de liberdade e obrigatoriedade, princípio fundamental da teoria da *dádiva*.

Percebemos que, na enfermagem, as trocas dos bens simbólicos são efetivadas através dos gestos, comportamentos e atitudes adotados no relacionamento interpessoal, que, inevitavelmente, se estabelece entre a equipe de enfermagem e os pacientes.

Apesar das imposições estabelecidas pelo modelo vigente de assistência, ainda bastante orientado pelo paradigma biologicista, observamos com o nosso estudo, que, particularmente, na enfermagem, existe o reconhecimento, em medida expressiva pelos pacientes, de posturas orientadas pelos princípios da sociabilidade humana.

Da mesma forma, apreendemos no caminhar da investigação que a condição de fragilidade, dependência, medo e incertezas, geradas pela doença em si, e potencializadas pelo internamento hospitalar, deixam as pessoas propensas a ser intensamente gratas, reconhecedoras do trabalho daqueles que lhes prestam assistência. Assim, permanece o dever de muitos esforços a serem desprendidos por toda a categoria

no sentido de galgarmos o patamar da assistência qualificada e de excelência nos serviços hospitalares.

O resgate das questões humanitárias é um aspecto transversal em todos os níveis de ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde. A enfermagem, a exemplo das demais categorias, vivencia o atual desafio de reorganizar sua ação assistencial, doravante orientada também pelos modelos que valorizam a subjetividade, aliando competência técnico-científica às competências das relações humanas. Tanto as instituições formadoras como as prestadoras de serviço, sejam elas públicas ou particulares, necessitam direcionar a condução do preparo profissional também nesse sentido.

O enfoque metodológico eleito na elaboração do estudo permitiu maior compreensão a respeito da pesquisa qualitativa no que diz respeito ao relacionamento interpessoal entre equipe de enfermagem e paciente. A essência contida nos depoimentos dos entrevistados proporcionou o entendimento de que a enfermagem é uma profissão que necessita ser refletida com o olhar direcionado para as questões da competência técnica paralelamente ao universo das subjetividades. Estas são traduzidas pelos sentimentos, emoções e laços que se formam entre os profissionais e os pacientes, tendo em vista que, na maioria das vezes, se estabelece o relacionamento entre pessoas, não envolvendo, apenas, os aspectos meramente técnicos.

Nessa perspectiva, com o propósito de analisar a existência de vínculos entre a equipe de enfermagem e doentes, no tocante ao acolhimento hospitalar e à confiabilidade dos pacientes nos artífices do cuidado, o estudo ora realizado, nos conduz, nesse momento conclusivo às seguintes considerações:

Em primeiro lugar, podemos afirmar a existência de vínculos, assentados em uma relação de ajuda estabelecida entre os principais atores do cenário hospitalar após um lapso de tempo consideravelmente importante. São gerados a partir da necessidade humana primária de conhecimento mínimo e interação entre pessoas que estão diuturnamente em contato próximo e, porque não dizer, íntimo. Em virtude dessa realidade, o relacionamento, como em outras circunstâncias, é vivenciado por nós, pela nossa condição de humanos e dependentes de sociabilidade. Nas falas de alguns pacientes, encontramos inclusive a transferência da identidade familiar ao profissional

construídos à medida que o período de internação se prolonga, estreitando o relacionamento. Esses laços são permeados pela circulação dos bens simbólicos como atenção, carinho, simpatia, cuidado, afeto, educação, entre outros. Apreendemos que essas trocas são determinadas pelo grau de disponibilidade do profissional em se doar e também pela condição de fragilidade e dependência do paciente já referidos anteriormente.

Ao nos reportarmos à dádiva, verificamos, nesse estudo que a simbologia antiutilitarista da dádiva, a tripla obrigação de dar-receber-retribuir, geradora do fenômeno social total, segundo Mauss, se sobrejuz à clivagem de classes, está presente também na sociedade contemporânea marcada pelo utilitarismo e competição desenfreada. A criação dos laços acontece independentemente do “ter” das pessoas.

Morin (2000) escreve que a condição humana constitui-se a partir da animalidade e humanidade. A complexidade do homem é traduzida através da cultura elaborada por ele próprio, tratada como o capital adquirido de saberes, fazeres, crenças e mitos transmitidos de geração em geração. O conceito de homem está vinculado aos princípios biofísico e psico-social-cultural.

Assim, podemos inferir que as situações de instabilidade podem remeter as pessoas ao princípio básico psico-social-cultural da condição humana, propiciando a formação dos vínculos.

Observamos a persistência do sentimento de religiosidade impresso nos profissionais de enfermagem, quando, por ocasião das entrevistas, os pacientes referiram-se a estes como pessoas abnegadas e obstinadas, aflorando as profundas raízes da história profissional.

Germano (1993), a esse respeito, esclarece que a profissão teve sua gênese no seio dos ideais religiosos, e inclusive a própria formação profissional esteve sempre bastante influenciada pelo cristianismo. O espírito de religiosidade permeia marcadamente a profissão desde longas datas.

Ressaltamos aqui que o sofrimento vivenciado durante o período de internação contribui, em grande medida, para a formação desses vínculos; percebemos, então, a possibilidade de espaços para o exercício da solidariedade e empatia. Os pacientes

necessitam para cruzar o deserto de dor, sofrimento e proximidade da morte. Principalmente nos casos oncológicos, e quando somente os cuidados paliativos são a possibilidade, estando em algumas situações o próprio doente e seus familiares exauridos pelo contexto vivenciado.

No cerne do relacionamento interpessoal e conseqüente formação dos vínculos está a comunicação e o diálogo como condição subjacente a eles. O entendimento dos pacientes acerca da comunicação esteve sempre bastante direcionado ao esclarecimento de dúvidas sobre a própria doença ou procedimentos realizados, por parte da equipe de enfermagem. Observamos também o diálogo estabelecido como forma de interação entre o profissional e o paciente, quando as conversas gravitavam sobre assuntos diversos.

Em segundo lugar, podemos observar a confiabilidade estreitamente relacionada às questões técnicas da profissão. Os entrevistados referiram ter confiança nos profissionais que fazem os procedimentos com segurança, seguem corretamente os horários da administração dos medicamentos, por exemplo. Percebemos também aqui a circulação de bens simbólicos que fornecem sustentáculo ao desenvolvimento da confiança, como o respeito ao ponto de vista do paciente sobre sua condição de saúde, a atenção que é conferida às suas solicitações, a presteza nos atendimentos, como também aos esclarecimentos prestados acerca dos procedimentos. Nesse enfoque, verificamos ainda a importância da boa comunicação, estabelecimento de diálogo amigável, cordialidade e honestidade nas informações.

O acolhimento no ambiente hospitalar é percebido pelos pacientes como o momento do primeiro atendimento no setor onde chega ou é internado, perpassados, em sua maioria, por gestos de atenção e carinho; não deixando de ser ressaltada a importância conferida aos aspectos técnicos propriamente ditos. Continua-se nos demais encontros e reencontros no decorrer do período de internação. Durante esses momentos existiu a identificação da circulação dos bens simbólicos traduzida pelo bom humor, carinho e atenção dispensados nesses encontros pela equipe de enfermagem. Em alguns discursos houve referência à presença do medo e angústia no momento da chegada no hospital, que pode ser mitigado pela postura de calma e atenção adotadas na recepção dos pacientes pelos profissionais da enfermagem.

Ainda fazendo parte das considerações sobre a circulação dos bens simbólicos, faremos referência ao amor declarado em algumas falas. Finalmente, entendemos qual é esse sentimento maior, que acompanha a história dessa profissão desde os seus mais remotos primórdios, nem sempre bem compreendido. Consideramos necessário o esclarecimento desse amor, que, no nosso olhar, é imprescindível e urge ser melhor apreendido. Amar, nesse caso, é deixar aflorar no profissional a pessoa que precisa existir para conduzir a sua consciência a agir na melhor de todas as intenções, concretizando os gestos de cuidadores de gente.

O grande educador Paulo Freire nos reafirma essa necessidade quando em sua simplicidade diz: *O sonho pelo qual brigo exige que eu invente em mim a coragem de lutar ao lado da coragem de amar.*

REFERÊNCIAS

“A verdadeira viagem da descoberta não é achar novas terras, mas ver o território com novos olhos.”

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. M. T. de. Você tem tempo para ser feliz? reflexões sobre comunicação interpessoal e tempo sob a ótica humanista de Rogers. In: SILVA, M. J. P. da S. **Qual o tempo do cuidado?** humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola, 2004. p. 169 – 179.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível - hospitalidade: direitos e deveres de todos**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 2003.
- BRASIL. Congresso Senado. Resolução nº 196, de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Coletânea do Conselho Nacional de Saúde**, Brasília (DF), 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**. Brasília, 2003.
- BUBER, M. **Eu e tu**. 8. ed. São Paulo (SP): Centauro, 2004.
- CAILLÉ, A. A dádiva das palavras: o que o dizer pretende dar. In: MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. p. 99 - 136.
- _____. **Antropologia do dom: o terceiro paradigma**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 09, n. 01, p. 139 - 145, 2004.

CAMELO, S. H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p.30 - 37, ago. 2000. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid+s0104-11692000000400005&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2006.

CARVALHO, M. V. B. de. O cuidar de enfermagem hoje: uma arte que se renova, uma ciência que se humaniza. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba (PR), v.1, n. 6, p. 435 – 442, nov./dez. 2003.

CESTARINI, M. E. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 55, n. 04, p. 430 - 433, jul. / ago. 2002.

CONTE-SPONVILLE, A. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

COSTA, S. I. F.; COSTA, M. R. A ética profissional e a rapidez dos avanços tecnológicos. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Org.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 469 – 479.

DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1983.

DESLANDES, F. S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 09, n. 01, p. 07 - 13, 2004.

FARIA, E. M. **Comunicação na saúde: fim da assimetria?** 1996.185f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1998.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília (DF): Líber Livro Editora, 2005.

FREITAS, A. S. de. **Fundamentos para uma sociologia crítica da formação humana: um estudo sobre o papel das redes associativas**. 2005. 395 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós – Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2005.

GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDBOUT, J. T. **O espírito da dádiva**. Lisboa: Instituto Piaget, 1992. (Coleção Epistemologia e Sociedade).

_____. **Lê don, la dette et l'identité**. Paris: La Découver, 2002.

_____. Homo donator versus homo oeconomicus. In: MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. p. 63- 97.

GONÇALVES, M. M. C. Enfermagem e segurança emocional do paciente. **Revista Enfermagem Novas Dimensões**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 31 - 36, jan. / fev. 1979.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003.

GRÜDTNER, D. I.; CIANCIARULLO, T. I.; ELSSEN, I. A enfermagem e o amor. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba (PR), v.1, n. 5, p. 376 – 384, set./out. 2003.

HUSSEY, T.; HAUCK, Y.. **Caring communication: strategies and skills for health professionals**. Disponível em: <http://Isn.curtin.edu.au/tfl/tfl1997/hauck.html>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

KOURY, M. G. P. **Introdução à sociologia da emoção**. João Pessoa: Manufatura, 2004.

KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. **Os segredos da vida**. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): Sextante, 2004.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina:** crítica sociológica das práticas médicas. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde:** novas possibilidades teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

MARTINS, M. A. F. **Práticas educativas:** limites entre o bater e o não bater - contribuições ao estudo de violência intrafamiliar. 2002. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós - Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento:** as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo (SP): Palas Athena, 2001.

MAUSS, M. **Ensaio sobre a dádiva.** Lisboa: Edições 70, 1924.

MAY, T. **Pesquisa social:** questões métodos e processos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. de O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110 - 122, maio / ago. 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves - apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316 - 323, set. / out. 2003.

MEZOMO J.C. **Hospital humanizado.** Fortaleza: Premius Editora, 2001.

MINAYO, M. C. de S.et al. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo (SP): Cortez, 2000.

MORIN, E. **O método 6: ética**. Porto Alegre (RS): Sullina, 2005.

ORÍÁ, M. O. B. et al. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem, Local**, v. 06, n. 02, p. 292 - 297, **mês**. 2004. Disponível em:
<www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf#search=%22a%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20como>. Acesso em: 10 abr. 2006.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. **Revista Bioética**, Brasília (DF), v. 10, n. 2, p. 52 – 72, semestral. 2002.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo (SP): Edições Loyola, 2004.

PERDICARIS, A. A. M.; A semiótica da morte e do morrer: um desafio à comunicação institucional. In: REZENDE, Vera Lúcia (Org.). **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas (SP): Editora da Unicamp, 2000. p. 107 – 116.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1995.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública, local** v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid+s0102_311X2004000600005&nrm+iso+issn0102-311X>. Acesso em: 22 maio 2006.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo (RS): Unisinos, 1999.

SILVA, L. de F. da. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Yolanda Flores e; FRANCO, Maria Celsa (Org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis (SC): Papa-livro, 1996. p. 75 – 96.

SILVA, G. B. da. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo (SP): Cortez, 1986.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 6. ed. São Paulo: Ed. Gente, 1996.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

SILVA, M. J. P. da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 02, p. 73 - 88, semestral. 2002.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo, 2002.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Ed. Robe, 1993.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul. / set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016&Ing>. Acesso em: 19 out. 2005.

_____. O acolhimento um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

THELAN, L. A. et al. **Enfermagem em cuidados intensivos**: diagnóstico e intervenção. 2. ed. Lisboa: Lusodidacta, 1996.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599 – 613, jul./set.. 2005.

VIEIRA, T. T. **O processo de comunicação na enfermagem**. Salvador: Centro Editorial e Didático, 1978.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

ZIEMER, R. **Do medo a confiança**: como realizar seu projeto de vida. São Paulo (SP): Gente, 2000.

APÊNDICES

“A verdadeira viagem da descoberta não é achar novas terras, mas ver o território com novos olhos.”

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

1. Nome da pesquisa: O Dom no relacionamento interpessoal estabelecido entre a equipe de enfermagem e pacientes.
2. Nome da orientadora da pesquisa: Prof^a. Dra. Raimunda Medeiros Germano.
3. Nome da entrevistadora: Sheyla Gomes Pereira de Almeida.
4. Data da entrevista: ____/____/____.
5. Início da entrevista: _____. Término da entrevista: _____.
6. Dados de identificação dos (as) entrevistados (as):
Sexo: _____
Idade: _____
Escolaridade: _____
Estado civil _____
Religião _____
Setor de internação: _____
Data da internação _____
Tempo de internação: _____

→ O senhor (a) poderia nos dizer, como foi recebido (a) neste setor? E como vem sendo no dia-a-dia a recepção da equipe de enfermagem?

→ Durante o momento em que estão lhe atendendo, essas pessoas (de enfermagem) conversam com o senhor(a)? Esclarecem suas dúvidas?

→ Se sente seguro(a) ao ser atendido(a) pelo pessoal da enfermagem? Confia nas informações repassadas por essas pessoas?

→ O que considera como ponto ou pontos mais importantes na sua relação com o pessoal da enfermagem?

→ Na sua percepção, se formam vínculos/laços com as pessoas da equipe de enfermagem além do vínculo estritamente profissional? Como se sente em relação a elas?

→ O que o senhor (a) tem a dizer a respeito do relacionamento do pessoal da enfermagem, durante sua internação?

APÊNDICE B

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Natal/RN, ___ de _____ de 2005.

Prezado (a) Sr. (a),

Venho por meio deste esclarecer que, enquanto discente do programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, estamos realizando uma dissertação de Mestrado sob o tema: “O DOM NO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ESTABELECIDO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES.”

Este estudo tem como objetivos:

- Analisar na visão do paciente a existência de laços / vínculos no relacionamento interpessoal estabelecido entre este e a equipe de enfermagem;
- Identificar a confiabilidade por parte do paciente, na equipe de enfermagem;
- Descrever, a partir da experiência do paciente, sua percepção acerca do acolhimento pela enfermagem durante seu período de internação.

Assim, solicitamos a sua contribuição no sentido de participar de uma entrevista.

Esclarecemos que:

- A pesquisadora se chama Sheyla Gomes Pereira de Almeida, COREN/RN: 54.637, discente do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte;
- A entrevista deverá ser gravada para posterior registro fiel dos dados;
- Sua participação será voluntária e caso não queira responder a todos os questionamentos terá liberdade em participar até o momento que lhe convier;
- Não haverá nem um dano ou prejuízo, se não desejar participar do estudo, e, poderá retirar-se no momento que julgar oportuno;
- As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas como propósito científico, sem divulgar o nome do participante;
- Não há previsão de gasto financeiro, ou ressarcimento de despesas pelos participantes da pesquisa;

- Terão acesso aos arquivos para constatação dos dados, a pesquisadora e os demais profissionais envolvidos nesse estudo, sem, contudo violar a confidencialidade necessária;
- A pesquisadora arquivará este termo de consentimento e que, nem uma conjuntura dele será apreciado por outra pessoa;
- A autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados, será considerada a partir da assinatura do impresso e consentimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento e compreendi a finalidade do estudo e qual procedimento a que serei submetido. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Autorizo o uso dos dados obtidos através da entrevista com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito, podendo utilizar inclusive meus depoimentos. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenha o sigilo sobre a minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Eu concordo em participar do estudo.

Natal – RN, ___ de _____ de 2005.

Assinatura do informante

Nome da pesquisadora: Sheyla Gomes P. de Almeida .
Endereço: Campus Universitário s/n - Lagoa Nova. Natal/RN BR 101
CEP:59.072-970
Fone: (0XX-84-3215.)
e-mail: Gomes-sheyla@ig.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa – UFRN
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova, Natal/RN BR 101
Cep. 59.072-970, Fone: 3215.3135
e-mail: www.etica.ufrn.br

ANEXOS

“Trate as pessoas como se elas fossem o que poderiam ser e você as ajudará a se tornarem aquilo que elas são capazes de ser.”

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

ANEXO A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer Consubstanciado

Protocolo nº	149/05 CEP-UFRN
Projeto de Pesquisa	"O Dom do Relacionamento Interpessoal Estabelecido Entre a Equipe de Enfermagem e Pacientes". Enfermagem – Grupo III
Área de Conhecimento	Raimunda Medeiros Germano
Pesquisador Responsável	UFRN – Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós Graduação - Departamento de Enfermagem
Instituição Onde Será Realizado	Obtenção do grau de Mestre
Finalidade	03/03/06
Revisão Ética em	

Relato

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002-p.65) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

- 1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
- 2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
- 3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
- 4 – apresentar ao CEP/UFRN Relatório Final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65);

O formulário para o Relatório Final está disponível na página do CEP/UFRN

Natal, 03 de março de 2006.

Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora do CEP-UFRN

ANEXO B

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO DO ESTUDO: O Dom no relacionamento interpessoal estabelecido entre a equipe de enfermagem e pacientes

PESQUISADORES: Sheyla Gomes Pereira de Almeida
(mestranda)

Profª. Dra. Raimunda Medeiros Germano
(orientadora)

01. Após análise do projeto e da solicitação:

- Autorizamos a coleta de dados na instituição.
 Não autorizamos a coleta de dados na instituição.

02. Quanto à divulgação:

- Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.
 Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

03. No que diz respeito ao relatório escrito:

- Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.
 Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Natal / RN, 28 de 10 de 2005.


Prof. José Ricardo Lagreca de Sales Cabral
Diretor Geral - Hospital Universidade Ciências da Saúde
Responsável

ANEXO C

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO DO ESTUDO: O Dom no relacionamento interpessoal estabelecido entre a equipe de enfermagem e pacientes

PESQUISADORES: Sheyla Gomes Pereira de Almeida.
Prof.ª Dra. Raimunda Medeiros Germano.

01. Após análise do projeto e da solicitação:

- () Autorizamos a coleta de dados na instituição.
() Não autorizamos a coleta de dados na instituição.

02. Quanto à divulgação:

- () Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.
() Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

03. No que diz respeito ao relatório escrito:

- () Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.
() Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Natal / RN, 04 de outubro de 2005.


Responsável

NATAL HOSPITAL CENTER
Eimard Fernandes de Queiroz
Diretor Presidente

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)