

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**A ENFERMAGEM MILITAR OPERATIVA GERENCIANDO O
CUIDADO EM SITUAÇÕES DE GUERRA**

LEILA MILMAN ALCANTARA

RIO DE JANEIRO
JULHO/ 2005

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**A ENFERMAGEM MILITAR OPERATIVA GERENCIANDO O
CUIDADO EM SITUAÇÕES DE GUERRA**

LEILA MILMAN ALCANTARA

ORIENTADORA: PROF^a DR^a JOSÉTE LUZIA LEITE

RIO DE JANEIRO
JULHO/ 2005



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**A ENFERMAGEM MILITAR OPERATIVA GERENCIANDO O
CUIDADO EM SITUAÇÕES DE GUERRA**

Tese de Doutorado, apresentada ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Josete Luzia Leite

RIO DE JANEIRO
JULHO/ 2005

A192IALCANTARA, Leila Milman.

A enfermagem militar operativa gerenciando o cuidado em situações de guerra /Leila Milman Alcantara. – RJ, 2005.
288p.

Orientadora: Joséte Luzia Leite.

Tese de (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem, 2005

1. Enfermagem Militar Operativa – enfermagem – gerência – cuidado – teoria

I Escola de Enfermagem Anna Nery

II A enfermagem militar operativa gerenciando o cuidado em situações de guerra

CDD 940.540.981
CDUxxxxx

**A ENFERMAGEM MILITAR OPERATIVA GERENCIANDO O
CUIDADO EM SITUAÇÕES DE GUERRA**

LEILA MILMAN ALCANTARA

Tese de doutorado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado por:

Presidente - Prof^ª Dr^ª Josete Luzia Leite – Orientadora

1º Examinador - Prof^ª Dr^ª Adelina Giacomelli Prochnow

2º Examinador - Prof^ª Dr^ª Alacoque Lorenzini Erdmann

3º Examinador - Prof^ª Dr^ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo

4º Examinador - Prof^ª Dr^ª Marluci Andrade Conceição Stipp

1º Suplente - Prof^ª Dr^ª Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas

2º Suplente - Prof^ª Dr^ª Kaneji Shiratori

RIO DE JANEIRO

JULHO/ 2005

DEDICATÓRIA**DEDICO ESTE TRABALHO À TRÊS PESSOAS MUITO ESPECIAIS:**

Ao meu esposo e companheiro de jornada, PAULO ROBERTO ALCANTARA AGUIAR, presente divino para o meu crescimento espiritual, encontro de um coração sensível aliado à dignidade, ao respeito e à consideração de meus anseios e ideais, por ter me guiado nessa construção com a verdadeira humildade de um herói. À você ofereço a maior honraria em vida – o meu eterno reconhecimento - pois sem você eu não teria conseguido. Agradeço pelo exemplo e estímulo a nunca desistir de um sonho que pudesse contribuir para aqueles que trabalham e quase nunca aparecem, expandindo a minha profissão e legando algo de valor para a humanidade. “Ao lado de uma grande mulher há um grande homem”. Não sou uma grande mulher, mas com absoluta certeza tenho um GRANDE HOMEM!

Às minhas duas filhas, RACHEL e GABRIELA, agradeço pelos beijos, abraços e carinhos aconchegantes e diários, pela paciência que sempre tiveram comigo e pela espera. Não é fácil ser filha de enfermeira militar, professora e pesquisadora. Sou apaixonada por vocês até o limite de meu entendimento e dou minha vida por vocês com o verdadeiro amor que cultivo em meu coração...

Sendo assim, penso que sem sonhos, nossas perdas tornam-se insuportáveis, as pedras do caminho se tornam montanhas, os fracassos se transformam em golpes fatais. Mas, quando nós cultivamos nossos sonhos, os erros que possam surgir certamente produzirão crescimento, os desafios trarão oportunidades e os medos se transformarão em coragem.

Por isso dedico essa produção à vocês três, que são as verdadeiras jóias raras de minha vida palpitante, desejando que vocês compartilhem comigo o êxito do momento final, hoje e sempre com eterna gratidão!

UMA HOMENAGEM ESPECIAL

À

PROFESSORA DOCTORA ENFERMEIRA JOSÉTE LÚZIA LEITE

*Gosto de você, não somente pelo que você é,
mas pelo que sou quando estou com você;
Gosto de você, não apenas pelo que consegue de você mesma,
como também pelo que consegue de mim;
Gosto de você, por essa parte de mim mesma que revela;
Gosto de você, por ignorar que sou capaz de ser insensata,
e só querer saber que sou capaz de ser boa;
Gosto de você, porque me ajudou a construir a minha vida,
não em taverna, mas em templo;
e das minhas cotidianas palavras,
não em censura, mas numa canção!
Isso tudo você fez sendo somente o que você é.
É isso afinal o que entendo por amizade,
e você transcendeu a maestria e me ensinou.
Com muita admiração, estima e elevada consideração,
de sua eterna aluna e aprendiz,
receba o muito obrigado,
por você ter segurado a minha mão quando mais precisei,
e fazer parte do Brilhante Jardim que é a minha Vida!*

*QUE AS BENÇÃOS DIVINAS RECAIAM SOBRE VOCÊ PARA
SEMPRE!*

AGRADECIMENTOS

Em especial, quero agradecer e ressaltar com apreço aos que mais contribuíram para a elaboração desta tese:

Ao Deus de meu coração e de minha compreensão por me emprestar diariamente o coração que pulsa, o oxigênio que respiro, o solo que caminho, a natureza e os outros seres vivos para aprender e admirar, a possibilidade de minha existência, fazendo com que eu encontre SUA assinatura em todos os momentos vividos e me fazendo enxergar o SEU sonho de ver a espécie humana unida, fraterna e solidária como sendo o maior de todos os sonhos.

Agradeço em memória ao meu pai LUIZ MILMAN por ter me feito um membro útil na comunidade, preparando-me desde cedo com a instrução e temperando minha mente com as máximas da verdade, mostrando-me o caminho certo desde a tenra idade, fazendo com que eu crescesse como o cedro na montanha, podendo honrar hoje e para sempre o seu nome pelos eternos ensinamentos que me foram confiados: obediência, gratidão, modéstia, caridade, temperança, prudência, justiça, sinceridade, diligência, tolerância, benevolência, ciência e religião.

À minha querida mãe RUCHELA WAJNHOLC, doação incomensurável que só poderia vir de você. Todo o AMOR do universo é pouco para agradecer o BEM que você é.

Em memória a minha amada avó paterna ANNA STRUCK MILMAN, pelo exemplo que sempre foi e continuará sendo, por todo o amor que me dedicou a minha eterna gratidão.

Aos meus irmãos MARTHA, CLARA, JAIME e SAUL MILMAN por fazerem parte de minha vida. Amo-os muito e só posso dizer-lhes muito obrigado por tudo!

Em memória, ao meu amado sogro PAULO ALCANTARA AGUIAR pela eterna alegria e por sempre ter me proporcionado força e vontade de ir em frente, guiando-me como uma filha, com amor e harmonia de um verdadeiro pai, em todos os momentos compartilhados em família.

À minha amada sogra ULYSSÉA ALVES DE AGUIAR, por ter me confiado como esposo e companheiro, o seu único e amado filho, receba todo o carinho e gratidão eterna.

À VALDECI MARIA DA SOLEDADE por cuidar com amor e carinho de minhas filhas, jóias mais raras que Deus me confiou, o meu eterno reconhecimento.

À ADELINA GIACOMELLI PROCHNOW, minha gratidão eterna pelos momentos fraternos de amizade, compartilhamento de idéias, dúvidas e construções durante todo o período de doutoramento.

À CLAUDIA DE CARVALHO DANTAS, pela amizade e companheirismo, pelos ensinamentos compartilhados, pela compreensão, ajuda e dedicação nos momentos mais difíceis vivenciados no período final deste doutoramento, pela presença sincera o meu eterno agradecimento.

Ao Vice-Almirante (Médico) HELTON JOSÉ BASTOS SETTA pela autorização para realizar esta tese.

Ao meu Diretor, Contra-Almirante (Médico) EDSON BALTAZ DA SILVA, exemplo de líder, pelo apoio e estímulo em todos os momentos, o meu eterno reconhecimento.

Ao meu Vice-Diretor Capitão-de-Mar-e-Guerra (Médico) JOSÉ LUIS DE MEDEIROS AMARANTE JUNIOR, por acreditar nessa construção.

Aos Oficiais, Praças e demais Servidores da Escola de Saúde, o meu agradecimento.

Aos meus Alunos, a certeza da consciência tranqüila, por ter atendido aos seus anseios e necessidades, fazendo da vontade de vocês a minha vontade, defendendo os direitos de vocês como meus direitos e obedecendo em primeira instância àquilo em que eu mais acredito, a justiça e a verdade. Parabéns, pois a vitória é nossa!

Aos atores deste estudo que me permitiram interagir com seus pensamentos e vivências no cenário de guerra, pela contribuição ao possibilitar o descortinamento da enfermagem de guerra possibilitando desvelar o meu objeto de estudo.

Aos colegas de turma, pelos momentos compartilhados, o meu apreço.

À minha orientadora de Mestrado, Doutora NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO, por possibilitar que hoje eu esteja aqui, minha admiração e gratidão eternas.

À Diretora Da EEAN/UFRJ Doutora MARIA ANTONIETA RUBBIO TYRREL, o meu reconhecimento.

Aos integrantes do NUPEGEPE, meu agradecimento pelas contribuições para o amadurecimento e aprimoramento desta pesquisa.

Ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação Strictu-Sensu da EEAN/UFRJ por todos os ensinamentos passados, meu apreço e gratidão.

À Secretaria da Pós-Graduação da EEAN/UFRJ, representada por SONIA XAVIER e JORGE ANSELMO, por tudo que fizeram, o meu agradecimento.

Às Professoras Doutoras que participaram da Banca de Análise desta tese, o meu sincero agradecimento, estima e consideração.

*“A doutrina é o último refúgio dos
sem imaginação”*

*General Mattis
Comandante da 1ª Divisão Naval (Vietnã)*

RESUMO

ALCANTARA, L. M. **A enfermagem militar operativa gerenciando o cuidado em situações de guerra**. Rio de Janeiro, 2005. 288p. Tese de Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005. Orientadora: Profª Drª Joséte Luzia Leite.

Trata-se de um estudo de caso, no qual descrevemos o significado da vivência de um grupo de enfermeiros militares da Marinha do Brasil que cuidaram em situações de guerra, à luz do Interacionismo Simbólico. Estabelecemos como técnica de pesquisa, a entrevista semi-estruturada, pautada num roteiro orientador. A sustentação metodológica seguiu a abordagem qualitativa sob os moldes da Teoria Fundamentada nos Dados. Utilizamos o modelo paradigmático de Strauss e Corbin para o processo analítico dos dados e interconexão dos fenômenos encontrados que originaram a categoria latente e central da investigação: **gerenciando o cuidado em situações de guerra**. Os resultados evidenciaram uma assistência de enfermagem diferenciada, ou seja, a execução do cuidado operativo, que funciona dentro de um ciclo completo, que tem como início a aquisição de conhecimentos adequados, como meio a valorização da vida e como fim o reconhecimento da importância da atuação do enfermeiro militar na guerra. Estes apontam que o cuidado é com a vida do outro e com a sua também, sendo a vida um palco perene de transformações e seu cuidado acompanhando-a em sua totalidade holística. Concluímos que existe uma necessidade real de prepararmos enfermeiros militares para a guerra e devido à complexidade do cuidar em todos os níveis dessa situação (na terra, na água e no ar) o gerenciamento desse processo de ensino-aprendizagem precisa ser acompanhado desde a fase de sua implantação até a possível reengenharia do seu planejamento, o que demonstra a inserção de um espaço de autonomia e poder decisório inerentes à competência técnica e legal da prática profissional de seus integrantes.

Palavras-chave: enfermagem militar operativa; gerenciamento do cuidado; situação de guerra.

ABSTRACT

ALCANTARA, L. M. **The military operative nursing managing the care in war situations.** Rio de Janeiro, 2005. 288p. Doctorship Thesis in Nursing –Anna Nery School of Nursing, Center of Health Science, Federal University of Rio de Janeiro, 2005. Orientating teacher: Prof^a Dr^a Joséte Luzia Leite.

This is a case study, in which we have described the meaning of the experience of a group of military nurses from the Navy of Brazil who had taken care in war situations, in the light of the Symbolic Interactionism of Herbert Blumer. We have established as research technique, the half-structuralized interview, ruled under an orienting script. The methodological support followed the qualitative approach under the model of the Theory Based on the Data. We had used Strauss and Corbin's paradigmatic model to the analytical process of datum and interconnection of the phenomena founded that had originated the latent and central category of investigation: **managing the nursing care in war situations.** The results had evidenced a differentiated nursing assistance, it means, the execution of the operative care, which works inside of a complete cycle, which has as beginning the acquisition of a proper knowledge, as a way of valuating life and aiming to the recognition of the importance of military nurse's performance in the war. These points that the care is for the life of the other and theirs also, being life a perennial stage of transformations and their care following it in its holistic totality. We had concluded that there is a real necessity of preparing military nurses for war and due to the complexity of taking care in all levels of this situation (in the land, water and air) the management of this teach-learning process have to be observed from the phase of its implantation to the possible reengineering of its planning, what demonstrates the insertion of a space of autonomy and decision power inherent to the technical and legal competence of the professional practice of its members.

Key-words: military operative nursing; management of the care; war situation.

RÉSUMÉ

ALCANTARA, L.M. **Les soins infirmiers opérationnels militaires dans des situations de guerre**. Rio de Janeiro, 2005. 288p. Thèse de doctorat en soins infirmiers – Ecole de soins infirmiers Ana Nery, Centre des sciences de la santé, Université fédérale de Rio de Janeiro (Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro), 2005. Professeur – directeur : Docteur Josete Luzia Leite.

Il s'agit d'une étude de cas dans laquelle on décrit le vécu d'un groupe d'infirmiers militaires de la Marinha do Brasil (Marine brésilienne) ayant soigné en situation de guerre, selon l'approche de l'Interaction Symbolique de Herbert Blumer. La technique de recherche adoptée est celle de l'entretien partiellement structuré, basé sur un plan préétabli. La base méthodologique est conforme à l'approche qualitative de la « Théorie Basée sur les Données ». Nous nous sommes servis du modèle paradigmatique de Strauss et Corbin pour le processus analytique des données et l'interconnexion des phénomènes à l'origine de la catégorie latente au centre de la recherche : **des soins infirmiers opérationnels militaires dans des situation de guerre**. Les résultats mettent en relief des soins infirmiers de catégories différenciées, soit, l'exécution du soin opérationnel, qui fonctionne dans un cycle complet, ayant comme début l'acquis des connaissances requises, comme moyen la valorisation de la vie et, comme fin, l'identification de l'importance du rôle de l'infirmier dans la guerre. Ces résultats révèlent qu'il s'agit de prendre soin de la vie de l'autre et aussi de sa propre vie, celle-ci étant la scène pérenne de transformations et de ses soins qui font partie de sa totalité holistique. On en conclut qu'il existe un besoin réel de former des infirmiers militaires pour la guerre et, du fait de la complexité des soins à tous les niveaux dans la situation de guerre (terre, air et mer), la gestion du processus d'enseignement-apprentissage doit être suivi depuis sa mise en place jusqu'à une possible restructuration de son planning, ce qui démontre l'insertion d'un espace d'autonomie et le pouvoir de décision inhérents à la compétence technique et légale de la pratique professionnelle de ceux qui l'intègrent.

Mots-clés : soins infirmiers militaires ; gestion des soins ; situation de guerre.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - SUBCATEGORIA 1.1: IDEALIZANDO O AMBIENTE DO CUIDADO EM SITUAÇÃO ADVERSA	85
QUADRO 2 - COMPONENTE 1.1a: CONSIDERANDO O LOCAL DO CUIDADO	85
QUADRO 3 - COMPONENTE 1.1 b: CARACTERIZANDO OS RECURSOS OPERACIONAIS QUE POSSIBILITARÃO O CUIDADO	87
QUADRO 4 - COMPONENTE 1.1c: RECORDANDO GRANDES PERSONAGENS QUE CUIDARAM EM EVENTOS DE GUERRA	88
QUADRO 5 - SUBCATEGORIA 1.2: TENTANDO PRESTAR O CUIDADO	89
QUADRO 6 - COMPONENTE 1.2a: CONHECENDO PESSOAS DE DIFERENTES LOCALIDADES GEOGRÁFICAS	90
QUADRO 7 - COMPONENTE 1.2b: ALMEJANDO APRENDER A CUIDAR NO CENÁRIO DE GUERRA	91
QUADRO 8 - COMPONENTE 1.2c: ABRAÇANDO O CUIDADO COM CARINHO E AMOR	92
QUADRO 9 - SUBCATEGORIA 1.3: TENDO DIFICULDADES DE CONSEGUIR MEIOS DE AGIR.	94
QUADRO 10 - COMPONENTE 1.3 a: REFERINDO-SE A RECURSOS HUMANOS PARA CUIDAR	94
QUADRO 11 - COMPONENTE 1.3b: REFERINDO-SE A RECURSOS MATERIAIS PARA CUIDAR	95

QUADRO 12 - COMPONENTE 1.3c: REFERINDO-SE A DIFICULDADES DE TEMPO E ESPAÇO PARA CUIDAR	96
QUADRO 13 - SUBCATEGORIA 1.4: TENDO QUE AGIR SOZINHO	97
QUADRO 14 - COMPONENTE 1.4a: AGINDO NA AUSÊNCIA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	98
QUADRO 15 - COMPONENTE 1.4b: SENTINDO A IMPORTÂNCIA DO PREPARO PROFISSIONAL	99
QUADRO 16 - COMPONENTE 1.4c: SENTINDO MEDO	100
QUADRO 17 - COMPONENTE 1.4d: TENDO QUE DECIDIR SOZINHO	101
QUADRO 18 - CATEGORIA: INDO EM BUSCA DOS MEIOS DE PRESTAR O CUIDADO	101
QUADRO 19 - SUBCATEGORIA 2.1: JUSTIFICANDO O AGIR EM SITUAÇÃO ADVERSA	103
QUADRO 20 - COMPONENTE 2.1a: TRANSCENDENDO ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS	104
QUADRO 21 - COMPONENTE 2.1b: ESTANDO PREPARADO PARA CUIDAR	105
QUADRO 22 - COMPONENTE 2.1c: MOSTRANDO A NECESSIDADE DE REESTRUTURAR O ENSINO	106
QUADRO 23 - SUBCATEGORIA 2.2: NECESSITANDO DE SUBSÍDIOS PARA CUIDAR	108

QUADRO 24 - COMPONENTE 2.2a: NECESSITANDO DE SUPORTE TEÓRICO-PRÁTICO PARA CUIDAR	109
QUADRO 25 - COMPONENTE 2.2b: BUSCANDO O CONHECIMENTO NOS MAIS EXPERIENTES EM CUIDAR	110
QUADRO 26 - COMPONENTE 2.2c: ACREDITANDO NO FATOR TEMPO COMO POSSIBILITADOR DE EXPERIÊNCIAS DO CUIDADO EM SITUAÇÃO DE GUERRA	111
QUADRO 27 - SUBCATEGORIA 2.3: ESTABELECENDO CRITÉRIOS PARA CUIDAR	112
QUADRO 28 - COMPONENTE 2.3a: CRIANDO PROTOCOLOS ATRAVÉS DA PRÁTICA DE CUIDAR	113
QUADRO 29 - COMPONENTE 2.3b: COMPARANDO A ENFERMAGEM HOSPITALAR COM A ENFERMAGEM OPERATIVA	114
QUADRO 30 - COMPONENTE 2.3c: ESTABELECENDO METAS A SEREM ALCANÇADAS	115
QUADRO 31 - CATEGORIA: ESTABELECENDO CRITÉRIOS PARA CUIDAR EM SITUAÇÃO ADVERSA	116
QUADRO 32 - SUBCATEGORIA 3.1: DESCREVENDO O CENÁRIO DO CUIDADO EM SITUAÇÃO ADVERSA	118
QUADRO 33 - COMPONENTE 3.1a: RECONHECENDO O AMBIENTE (TERRENO) DO CUIDADO	119
QUADRO 34 - COMPONENTE 3.1b: VIVENCIANDO O CENÁRIO DE GUERRA	119

QUADRO 35 – COMPONENTE 3.1c: MOSTRANDO A REALIDADE DO CUIDADO	120
QUADRO 36 - COMPONENTE 3.1d: FAZENDO COMPARAÇÃO AO EXPLICAR O CENÁRIO	121
QUADRO 37 - SUBCATEGORIA 3.2: TENDO CIÊNCIA DOS SEUS LIMITES	122
QUADRO 38 - COMPONENTE 3.2a: INDO ALÉM DE SUAS ATRIBUIÇÕES	122
QUADRO 39 - COMPONENTE 3.2b: CUMPRINDO O PROTOCOLO EXISTENTE	123
QUADRO 40 - SUBCATEGORIA 3.3: ENFATIZANDO A NECESSIDADE DE CONHECIMENTO E SUPORTE PSICOLÓGICO	125
QUADRO 41 - COMPONENTE 3.3a: PESANDO VALORES REAIS	125
QUADRO 42 - COMPONENTE 3.3b: CUIDANDO DE QUEM CUIDA®	126
QUADRO 43 - SUBCATEGORIA 3.4: ATUANDO EM SITUAÇÃO DE GUERRA	127
QUADRO 44 - COMPONENTE 3.4a: SINALIZANDO A NECESSIDADE DE UM APRENDIZADO ESPECÍFICO	127
QUADRO 45 - COMPONENTE 3.4b: INDO PARA SITUAÇÃO ADVERSA	128
QUADRO 46 - SUBCATEGORIA 3.5: BUSCANDO VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL	129

QUADRO 47 - COMPONENTE 3.5a: RECONHECENDO O PAPEL DO ENFERMEIRO MILITAR	130
QUADRO 48 - COMPONENTE 3.5b: MOSTRANDO QUEM É O ENFERMEIRO MILITAR	131
QUADRO 49 - CATEGORIA: SUGERINDO ESTRATÉGIAS PARA O ENFERMEIRO MILITAR ATUAR EM SITUAÇÕES DE GUERRA	133
QUADRO 50 - SUBCATEGORIA 4.1: AFIRMANDO QUE É PRECISO TER UM PERFIL PRÓPRIO PARA IR	135
QUADRO 51 - COMPONENTE 4.1a: MOSTRANDO A VULNERABILIDADE DO ELEMENTO QUE VAI PARA A GUERRA	136
QUADRO 52 - COMPONENTE 4.1b: PRECISANDO SUPERAR A SI MESMO	138
QUADRO 53 - COMPONENTE 4.1c: ACEITANDO A MORTE	138
QUADRO 54 - CATEGORIA: CONSTRUINDO UM MODELO DE PERFIL DO ENFERMEIRO OPERATIVO	141

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição dos sujeitos da amostra A segundo o sexo	76
GRÁFICO 2: Distribuição dos sujeitos da amostra B segundo o sexo	76
GRÁFICO 3: Distribuição dos sujeitos das amostras A e B segundo o sexo	77
GRÁFICO 4: Distribuição dos sujeitos da amostra A segundo a idade	77
GRÁFICO 5: Distribuição dos sujeitos da amostra B segundo a idade	77
GRÁFICO 6: Distribuição dos sujeitos das amostras A e B segundo a idade	78
GRÁFICO 7: Distribuição dos sujeitos da amostra A segundo a patente	78
GRÁFICO 8: Distribuição dos sujeitos da amostra B segundo a patente	79
GRÁFICO 9: Distribuição dos sujeitos das amostras A e B segundo a patente	79
GRÁFICO 10: Distribuição dos sujeitos da amostra A segundo o Corpo a que pertencem	80
GRÁFICO 11: Distribuição dos sujeitos da amostra B segundo o Corpo a que pertencem	80
GRÁFICO 12: Distribuição dos sujeitos das amostras A e B segundo o Corpo a que pertencem	80

GRÁFICO 13: Distribuição dos sujeitos da amostra A segundo a profissão	81
GRÁFICO 14: Distribuição dos sujeitos da amostra B segundo a profissão	81
GRÁFICO 15: Distribuição dos sujeitos das amostras A e B segundo a profissão	82
GRÁFICO 16: Distribuição dos sujeitos das amostras A segundo o tempo de serviço militar	82
GRÁFICO 17: Distribuição dos sujeitos da amostra B segundo o tempo de serviço militar	83
GRÁFICO 18: Distribuição dos sujeitos das amostras A e B segundo o tempo de serviço militar	83
GRÁFICO 19: Distribuição dos sujeitos da amostra C (validação) segundo o sexo	194
GRÁFICO 20: Distribuição dos sujeitos das amostras C (validação) segundo a idade	195
GRÁFICO 21: Distribuição dos sujeitos das amostras C (validação) segundo a Força a que pertencem	195
GRÁFICO 22: Distribuição dos sujeitos da amostra C (validação) segundo a patente	196
GRÁFICO 23: Distribuição dos sujeitos da amostra C (validação) segundo o tempo de serviço militar	196
GRÁFICO 24: Distribuição dos sujeitos da amostra C (validação) segundo a profissão	197

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1: REPRESENTAÇÃO INTERACIONISTA ENFERMEIRO MILITAR - CLIENTE	51
DIAGRAMA 2 – COMPONENTE 1.1 DO FENÔMENO 1 SENDO ENFERMEIRO OPERATIVO	143
DIAGRAMA 3 – COMPONENTE 1.2 DO FENÔMENO 1 SENDO ENFERMEIRO HOSPITALAR	148
DIAGRAMA 4 – FENÔMENO 1: TENDO CONHECIMENTO DOS LIMITES DE AÇÃO / INTERAÇÃO	150
DIAGRAMA 5: COMPONENTE 1.1 DO FENÔMENO 2 VALORIZANDO A VIDA HUMANA	153
DIAGRAMA 6: COMPONENTE 1.2 DO FENÔMENO 2 DESVALORIZANDO A VIDA HUMANA	159
DIAGRAMA 7 – FENÔMENO 2: DEMONSTRANDO NECESSIDADE DE SUPORTE PSICOLÓGICO PARA CUIDAR NA ADVERSIDADE	162
DIAGRAMA 8: REPRESENTAÇÃO DO CUIDADO OPERATIVO	180
DIAGRAMA 9 – FENÔMENO CENTRAL: GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE GUERRA	182

SUMÁRIO

	p.
Dedicatória	vi
Agradecimentos	viii
Epígrafe	xiii
Resumo	xiv
Abstract	xv
Résumé	xvi
Lista de quadros	xvii
Lista de gráficos	xxii
Lista de diagramas	xxiv
Tecendo as considerações iniciais	1
CAPÍTULO I: Explicitando as bases do estudo	5
CAPÍTULO II: Delineando o ambiente militar	12
II.1 – Marinha do Brasil: aspectos históricos	12
II.2 – Hospital Naval Marcílio Dias	23
II.3 – Escola de Saúde	25
II.4 – Enfermagem Militar	27
II.5 – Cenários Operativos	34
CAPÍTULO III: Contextualizando a temática do estudo	37
III.1 – Cuidado/assistência/gerência	37
III.2 – Guerra/Conflito → Civil x Militar	42

CAPÍTULO IV: Elucidando o referencial teórico-metodológico	49
IV.1 – Interacionismo Simbólico	50
IV.2 - Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory)	63
CAPÍTULO V: Apresentando os dados	75
V.1 – Caracterização da amostra	75
V.2 – Delineamento da teoria substantiva	84
CAPÍTULO VI: Inter-relacionando os fenômenos desenvolvidos e descobrindo o fenômeno central	163
CAPÍTULO VII: Discutindo o fenômeno central à luz do IS	183
CAPÍTULO VIII: Validando a teoria substantiva	194
CAPÍTULO IX: Referenciando as considerações finais	200
CAPÍTULO X: Aplicando a teoria substantiva no processo de ensino-aprendizagem da Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias	210
Referências	217
Apêndices	224
APÊNDICE – A Documento para a Comissão de Ética e respectiva autorização	225
APÊNDICE – B Documento solicitando autorização ao Diretor do HNMD	226
APÊNDICE – C Roteiro da entrevista	227
APÊNDICE – D Termo de consentimento livre e esclarecido	228
APÊNDICE – E Roteiro orientador do fórum de discussão para validação da teoria	229
Anexos	230
ANEXO – A Regulamento de Uniformes da Marinha do Brasil (RUMB)	231
ANEXO – B Carta de apresentação	241
ANEXO – C Resposta à carta de apresentação	242

Tecendo as considerações iniciais

Esta Tese de Doutorado encontra-se inserida no Núcleo de Pesquisa em Educação, Gerência e Exercício Profissional da Enfermagem (NUPEGEPEn), da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). A investigação pautou-se em questões concernentes ao cuidado desenvolvido por enfermeiros militares¹ em situações críticas/adversas. Nesse sentido elegemos como objeto deste estudo o significado atribuído ao cuidado desenvolvido por enfermeiros militares de nível médio em situações de conflito/guerra.

O interesse em estudar e pesquisar tal objeto não é recente. Em 1981, quando mediante concurso, passamos a fazer parte da Marinha do Brasil, na qualidade de Oficial do Quadro Auxiliar Feminino, que a partir de 1997, após reestruturação dos corpos e quadros passou para Quadro de Apoio à Saúde do Corpo de Saúde da Marinha, temos tido a preocupação com a qualidade da assistência desenvolvida neste âmbito militar. Assistência esta que permeia não apenas o cliente, mas também a equipe de enfermagem, em especial no que tange ao ambiente no qual acontece o cuidado.

Assim, em nossa dissertação de mestrado defendida em 1999, a qual intitulou-se “Cuidando de quem cuida: a harmonia no ambiente de trabalho – o caso de um hospital militar”, investigamos o cuidado para quem cuida em ambiente militar.

Ao final desta etapa, ainda preocupando-nos com o cuidado, contudo sob a vertente do profissional de saúde, iniciamos esta tese de doutoramento voltada para a qualificação

¹ Embora seja sabido que no parágrafo único do Artigo 2º da Lei 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, bem como no Artigo 1º do Decreto 94406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498, que a Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação, a Marinha do Brasil utiliza o termo Enfermeiro para nomear quaisquer membros da equipe de enfermagem, sem distinção do grau de habilitação. O diferencial entre enfermeiro, técnico e auxiliar nas diversas dependências da Marinha do Brasil é verificado através das patentes evidenciadas nos uniformes mediante divisas e patentes, onde auxiliar de enfermagem corresponde a cabo, técnico de enfermagem a sargento e enfermeiro a oficial, conforme é preconizado no Regulamento de Uniformes da Marinha (RUMB), conforme demonstrado no ANEXO A. Assim, para melhor entendimento utilizaremos neste estudo o termo “enfermeiro militar de nível médio” e de “nível superior” quando for o caso.

de enfermeiras oficiais militares. Entretanto, mediante discussões em sala de aula com docentes e discentes desse programa *stricto-sensu*, reuniões e debates com nossa orientadora e, em especial, ao cargo que ocupamos na divisão de ensino médio da Escola de Saúde do Hospital Naval da Marinha do Brasil, desviamos o foco de atenção desta investigação para o profissional de nível médio.

Tais considerações referem-se a uma apresentação inicial acerca do objeto do estudo, apresentando as primeiras informações no que tange ao seu delineamento. Para uma melhor apreensão e otimização da presente pesquisa, esta se encontra organizada em nove capítulos de forma correlata e interdependente, a saber:

✈ CAPÍTULO I:

Neste capítulo apresentamos a justificativa e relevância do presente estudo, explicitando a questão norteadora e os objetivos traçados para contemplação das questões suscitadas acerca do objeto de estudo.

✈ CAPÍTULO II:

No capítulo em questão retratamos uma breve contextualização acerca de aspectos referentes à Marinha do Brasil inerentes ao ambiente militar no tocante aos cenários de guerra que a Marinha do Brasil participou, ao Hospital Naval Marcílio Dias, à Escola de Saúde e à Enfermagem Militar. Ressaltamos ainda que, foram também contemplados, aspectos referentes a nossa trajetória profissional, uma vez que fazemos parte desta instituição militar.

✈ CAPÍTULO III:

Neste capítulo encontram-se discussões acerca da temática desta pesquisa, a saber: cuidado de enfermagem, gerência, cuidado em situações adversas, ambiente do cuidado, traçando um paralelo entre o cuidado em âmbito militar, civil e de guerra.

✈ CAPÍTULO IV:

Foram abordados neste capítulo, aspectos inerentes ao referencial teórico-metodológico. Desta forma, encontram-se discriminadas questões concernentes ao Interacionismo Simbólico e à Teoria Fundamentada nos Dados. Concomitante a isto se encontra a trajetória percorrida referente a escolha dos sujeitos, cenário, técnica de coleta e processo de análise dos dados.

✈ CAPÍTULO V:

No presente capítulo encontra-se a apresentação e análise dos dados oriundos da coleta de depoimentos e construção de memos ou memorandos durante a entrevista com os sujeitos o que possibilitou a construção do modelo teórico desta pesquisa. Assim, pudemos verificar as etapas do seu processo de construção, mediante apresentação gráfica e textual.

✈ CAPÍTULO VI:

Neste capítulo o modelo teórico construído foi discutido com a inter-relação dos fenômenos desenvolvidos e descoberta do fenômeno central.

✈ CAPÍTULO VII:

Neste capítulo encontra-se a discussão do fenômeno central (a teoria substantiva) à luz do Interacionismo Simbólico.

CAPÍTULO VIII:

Este capítulo corresponde ao processo de validação da teoria substantiva desta pesquisa. Assim, pudemos conhecer o perfil/caracterização dos sujeitos que participaram do processo de validação, mediante o compartilhamento de suas experiências, bem como acompanhar o contexto ao qual desenvolveu-se todo este processo.

✈ CAPÍTULO IX:

Foram apresentadas as considerações finais neste capítulo, onde procuramos discutir questões referentes à atualidade da enfermagem inerente a gerência do cuidar por enfermeiros militares no tocante ao agir em situações adversas. Situações estas em que não é preciso ir para uma guerra para presenciar. Situações estas que enfermeiros, técnicos e auxiliares vivem em âmbito militar e civil. Também apontamos sugestões para os órgãos formadores e demais instâncias envolvidas com o ensino e o cuidado, visando à melhoria deste, uma vez que devidamente gerenciado certamente otimizará a assistência prestada seja pelo enfermeiro, pelo técnico ou pelo auxiliar de enfermagem.

✈ CAPÍTULO X:

Neste capítulo, apresentamos a aplicação da teoria substantiva na prática do processo de ensino aprendizagem.

Dessa forma, apresentamos o desenvolvimento do fenômeno central em torno do qual todos os outros giram, elucidando assim o modelo teórico construído.

Apresentamos, ainda, ao término de tais capítulos, as referências utilizadas para o suporte do objeto de estudo, bem como os apêndices construídos e os anexos, com o objetivo de atender e otimizar os propósitos desta pesquisa.

CAPÍTULO I: Explicitando as bases do estudo

Quando resolvemos pesquisar sobre o cuidado de enfermagem em situações de conflito foi realmente um desafio, tendo em vista a escassez de literaturas nesta área de conhecimento. Isto foi observado principalmente durante as diversas leituras realizadas inerentes à guerra, em especial, no que tange a enfermagem de guerra.

Os acervos que consultamos para tal constatação consistiram em fontes *on-line*, mediante levantamento de artigos, teses e dissertações na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME²) e em bibliotecas de universidades públicas. À medida em que aprofundávamos nossas buscas, pudemos perceber que este assunto é muito escasso de publicações. Existem muitos trabalhos sobre a guerra, mas pouquíssimos, quando o foco de atenção é a enfermagem.

Durante o levantamento de publicações sobre a temática do estudo, utilizamos como descritores para busca em bibliotecas e fontes *on-line* os seguintes termos: enfermagem + cuidado + guerra (em português, espanhol e inglês) e enfermagem + cuidado + militar (em português, espanhol e inglês). Ao proceder desta forma, encontramos vinte (20) trabalhos dos quais 5% foram publicados em idioma português, outros 5% em idioma espanhol, um maior quantitativo em idioma inglês com 90 % das publicações. Destes, 5% referem-se a dissertações de mestrado e 95% a artigos publicados em periódicos. No que tange ao conteúdo de tais estudos verificamos que as abordagens referentes à guerra, em sua maioria, mencionam a atuação de Florence Nightingale na Criméia, Anna Nery no Paraguai e um grupo de mulheres brasileiras que foram como voluntárias para a Itália, por ocasião da Segunda Guerra Mundial.

² Endereço eletrônico da Bireme (Biblioteca Regional de Medicina): <<http://www.bireme.br>>.

Concomitante a escassez de trabalhos referentes ao cuidado de enfermagem em situações de guerra, encontram-se também, poucos estudos referentes à gerência de enfermagem em âmbito militar no tocante ao cuidado. Quando da busca por trabalhos acerca dos seguintes descritores: gerência + cuidado + enfermagem + guerra e gerência + cuidado + enfermagem + militar, não foram encontrados trabalhos que evidenciassem o administrar, cuja ação é característica do enfermeiro.

Assim, justificamos a realização deste estudo tendo em vista a escassez de literatura sobre a atuação da enfermagem em âmbito militar no tocante ao cuidado prestado em situações de conflito. Neste contexto, torna-se relevante explorar tal objeto, uma vez que possibilitou a discussão e reflexão acerca da gerência no agir do enfermeiro militar.

Em virtude de todas as peculiaridades que revestem o agir do enfermeiro em cenário de guerra, este requer um preparo diferenciado e sistematizado, o qual deve ser ministrado aos militares que atuam nesta área da enfermagem. Em todos os contextos de guerras onde há morte, destruição, perdas físicas, e desequilíbrios emocionais, torna-se necessário um preparo de todos os seus integrantes de modo a enfrentar com mais vigor todas as etapas do combate. Assim, conhecimentos bélicos e de cuidados preventivos e curativos de saúde são essenciais para todos os elementos de um comando, no que tange à sua atuação em cenários de guerra.

Acreditamos que todos, em especial os enfermeiros em campos de guerra, devam ter o conhecimento e capacidade legal para agir na realização de procedimentos junto daqueles que carecem de cuidado imediato. Assim, buscamos nesta pesquisa conhecer como vem sendo prestado o cuidado em situações de guerra sob o prisma da administração, com o intuito de caracterizar as principais questões acerca do objeto de estudo construindo um modelo teórico que possibilitou vislumbrar melhores perspectivas

de cuidado a clientes nestas situações, onde, em especial, muitas vezes não há profissionais de nível superior para prescreverem os cuidados e a assistência.

Ao reportarmos à Resolução COFEN-240 que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, encontramos delineados no Capítulo V das Proibições, os seguintes artigos, referentes ao agir em situações de emergência: - Desta forma, é **proibido**³ aos profissionais de enfermagem:

Art. 42- **Negar assistência de Enfermagem em caso de urgência ou emergência**⁴.

Art. 48- **Prescrever medicamentos ou praticar ato cirúrgico, exceto os previstos na legislação vigente e em caso de emergência**⁵.

Art. 51- **Prestar ao cliente serviços que por sua natureza incumbem a outro profissional, exceto em caso de emergência**⁶.

Diante disto, expressos nestes três artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Brasileiro, cabe a todas as instituições de saúde primar para que todos os seus profissionais estejam aptos para agir diante do imprevisto, utilizando-se de conhecimentos técnicos e científicos que possibilitem a preservação da vida ou diminuição de riscos potenciais.

Enquanto isto, no Estatuto dos Militares é preconizado que o militar deve servir à Pátria com o risco da própria vida e é nesse serviço que está inserida a enfermagem militar como força pronta para salvar a vida dos soldados feridos em combate.

Neste sentido, carecemos de um instrumento que possibilite o agir preparado/consciente de todos os seus enfermeiros combatentes em meio à guerra, que faculte a este profissional autonomia, diretivas para o agir e exercício pleno da profissão,

³ Grifo da pesquisadora.

⁴ Grifo da pesquisadora.

⁵ Grifo da pesquisadora.

⁶ Grifo da pesquisadora.

tendo em vista a preservação da vida do indivíduo. Ou seja, necessitamos conhecer este cuidado em meio a tais situações de modo a construir possibilidades para o agir. Ao enunciarmos a construção de possibilidades, encontramos a gerência/ administração, fonte inesgotável de meios que visa o planejamento, coordenação, execução e avaliação das ações.

Pensamos que uma vez conhecendo o significado do cuidar, os tipos de situações vividas, os recursos de um local, é possível elaborar protocolos com vistas a direcionar um fazer o qual será executado mediante o saber-refletir do profissional.

Outro fato que necessita da compreensão do cuidado realizado em situação de guerra, de modo a preparar melhor os profissionais que lá estão atuando, refere-se ao quantitativo da equipe de saúde que é enviado. Desta forma, em meio à guerra, quando da convocação de pessoal para os campos de batalha, encontramos um quantitativo, em escala crescente de profissionais, os de nível superior (dentre eles médicos, dentistas e farmacêuticos) seguido do nível médio (dentre eles técnicos/auxiliares de enfermagem, motoristas, taifeiros). Dentro desta realidade, é indiscutível a necessidade de um melhor treinamento dos combatentes de nível médio para agir e cuidar diante de situações limítrofes, uma vez que são estes que ficam à frente da batalha, não existindo na maioria das vezes, profissional de nível superior para assisti-los nos momentos cruciais de iminência de morte ou perda física.

Neste contexto, pelo fato do quantitativo de médicos não ser o satisfatório para atender a todos os homens de um batalhão, no que tange aos procedimentos socialmente atribuídos a eles, é indiscutível a presença de outro profissional para agir em seu lugar, desenvolvendo as condutas necessárias à manutenção da vida dos soldados feridos em combate. No tocante aos militares da equipe de saúde de um batalhão, é o profissional de enfermagem de nível médio que possui um código de ética que atribui a este a

competência de agir em meio a emergências, mas que por questões outras, não são preparados em suas escolas e/ou cursos para tal atuação.

Isso posto, diversos questionamentos emergiram acerca da temática em questão, os quais foram concatenados na seguinte questão norteadora:

- ✎ Que significados o enfermeiro militar de nível médio constrói em relação ao cuidado prestado em cenários de guerra/situações adversas, a partir das interações que estabeleceu nestes locais?

De modo a buscar respostas que contemplem tal questionamento, traçamos os seguintes objetivos:

- ✎ Identificar atitudes, expressões, gestos e sentimentos verbalizados e/ou sinalizados por enfermeiros militares de nível médio inerentes ao cuidado prestado em cenários de guerra;
- ✎ Compreender o significado construído por enfermeiros militares de nível médio ao cuidado realizado em situações de guerra; e
- ✎ Construir um modelo teórico representativo do cuidado prestado por enfermeiros militares de nível médio em situações adversas (guerra/conflito).

Assim, buscamos nesta tese compreender o significado do cuidar de modo a construir um modelo teórico sobre este cuidado em situações adversas, tendo em vista a pronta ação em prol da vida. Desse modo, este estudo trouxe para o cerne da discussão e reflexão diversas problemáticas da enfermagem de guerra e em especial, reflexos para a enfermagem em âmbito civil. Dessa forma, visa contribuir para a capacitação de seus homens enfermeiros (técnicos e auxiliares), via Escola de Saúde, para agir em situações de guerra onde a pronta ação é o limiar tênue que decide entre o agir (vida ou diminuição de morbidade) e o não agir (morte) da tropa.

Justificamos, ainda, reforçando a necessidade desta pesquisa, tendo em vista o grande quantitativo de militares de nível médio nas arenas de combate. Normalmente, são escalados efetivos superiores de enfermeiros de nível médio em relação aos de médicos. Estamos tratando de um tema polêmico e pioneiro, onde a maior preocupação da Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias, representando a Marinha do Brasil, é a formação e qualificação profissional, primando pela vida de seus brasileiros, em situações de conflito.

Reportando-nos a alguns dos momentos históricos, quando da presença de pessoas com determinados conhecimentos para liderar e fazer valer os preceitos éticos, legais e científicos de um cuidado, constatamos aspectos positivos revertidos em prol da saúde, contribuindo para uma tropa com melhores condições de saúde e com melhores condições de enfrentamento. Exemplo disso foi Florence Nightingale que diminuiu o índice de infecção e conseqüente mortalidade de 40% para 2% na Guerra da Criméia.

Assim, caso a todos esses homens fossem repassadas informações e respectivos treinamentos que os possibilitassem agir em quaisquer situações dentro do processo saúde-doença, acreditamos que a qualidade de vida e sua consecutiva preservação são pontos a emergir, caso haja investimento nesses enfermeiros em campos de formação de ensino, antes da convocação e embarque para a guerra.

Torna-se, portanto, relevante o desenvolvimento e posterior consolidação desta tese de doutoramento, tendo em vista o caráter inovador, polêmico e progressista que a temática possui, uma vez que traz como contribuições um novo pensar sobre o cuidado de enfermagem em situações limítrofes, em especial no que tange aos cenários de guerra. Incute-se ainda um senso valorativo da vida humana, uma vez que possibilitará ao combatente enfermeiro agir em prol dos componentes da tropa quando da instalação de enfermidades, utilizando-se dos preceitos de um cuidado de pequena, média e grande complexidade. A consolidação da enfermagem operativa visa um paradigma diferenciado

em busca de mais autonomia legitimada para a profissão de enfermagem quando se necessita do pronto atendimento.

Cabe ressaltar que dentre as demais Forças Armadas, a Marinha do Brasil, é a primeira a exteriorizar suas preocupações com os soldados feridos, muitas vezes sem condições de atendimento por profissionais de nível superior, através do presente estudo. Assim, a inexistência/escassez de literaturas nacionais/internacionais sobre a temática consiste numa outra justificativa. Concomitante a isto encontramos a possibilidade de uma melhor formação de enfermeiros militares em situações críticas que proporcionará uma melhor atuação no tocante a prevenção, promoção e recuperação da saúde, tendo em vista a qualificação voltada para um cuidado mais peculiar que será delineado a seguir.

Almejamos que ao término deste estudo as respostas e evidências emergidas permitam uma reflexão crítica acerca do objeto proposto, discutindo também o papel da enfermagem operativa como uma nova tendência no ensino, pesquisa e assistência contemporânea no tocante a gerência, tendo em vista as questões ético-sociais da profissão promovendo uma assistência de melhor qualidade a estes clientes. Nossa pesquisa também visa contribuir para o fortalecimento do NUPEGEPEn do Departamento de Metodologia da EEAN/UFRJ, mediante o desenvolvimento/apresentação de uma tese que certamente trará subsídios para reflexão acerca da prática gerencial no contexto da enfermagem, seja ela em âmbito militar ou civil.

CAPÍTULO II: Delineando o ambiente militar

II.1 – Marinha do Brasil – aspectos históricos

Viajando na linha do tempo voltamos há 505 anos, quando nossos ancestrais portugueses, valorosos homens do mar que de velas enfunadas partiram para o mar ignoto sem a terra por abrigo, sem a presença segura das costas, sem porto para refúgio. Partiram para a vastidão dos oceanos onde apenas o murmurante lençol verde e a imensa cúpula azul testemunhavam sua bravura e audácia. Abriram caminhos, modificaram tradições, aperfeiçoaram embarcações e instrumentos, criaram códigos, deram novas feições às sociedades, nortearam as quilhas dos navios que chegaram às Índias.

Portugal fazia parte de uma Europa saída de um sistema econômico ao qual estivera confinada durante séculos.

A expansão e a necessidade de novos mercados, o contato direto com as fontes produtivas eram aspirações dominantes nos grandes centros mercantis do velho mundo.

Uma conjunção de circunstâncias favoráveis deram à Portugal a primazia de mostrar ao mundo que não haviam monstros nos mares desconhecidos, e o mesmo sol iluminava a vastidão das águas, de que era centro o navio.

A gesta inigualável dos bravos marujos lusitanos, descobrindo o mundo para o mundo, é uma das páginas mais admiráveis da história da humanidade.

Assim, chega a esquadra de Pedro Álvares Cabral ao litoral do Brasil. Compunha-se a armada de treze velas: oito naus, três caravelas, uma nau pequena e uma nau mercante.

Continuando nossa trajetória na linha temporal viajamos durante o período do descobrimento à proclamação da independência do Brasil e ao recordarmos sua história, convivemos com a evolução da própria Marinha.

O Brasil transformou-se na sede de um poder naval constituído ainda antes da Independência, quando, em meio às guerras napoleônicas, o Príncipe D. João, Regente de Portugal, transferiu a Corte para o Brasil, trazendo grande parte da esquadra e toda estrutura administrativa da Marinha portuguesa. Instalou no Rio de Janeiro, então capital da colônia, a Secretaria de Estado da Marinha e, sob sua subordinação, o Quartel-General da Armada, a Intendência e Contadoria, o Arquivo Militar, o Hospital de Marinha, a Academia de Guardas-Marinha, enfim, todos os ramos operativos e administrativos da Marinha portuguesa.

O mar foi, à época da Independência, uma área de ações obrigatórias no panorama bélico que se formou. Sem a garantia de comunicações livres para o transporte de tropas e suprimentos e o bloqueio imprescindível das forças leais à metrópole portuguesa e, ainda, a prontidão para interceptar-se no mar as forças navais portuguesas que se encontravam no rumo de nosso litoral, certamente a Independência não seria conquistada nem mantida.

O Brasil, independente a 7 de setembro de 1822, tomou posse dos remanescentes da Marinha portuguesa na Baía da Guanabara. Não foi uma herança prometedora. Havia na estrutura naval, no procedimento de grande número de oficiais mais graduados e, mesmo nos navios, sinais significativos de decadência. O primeiro Ministro da Marinha do Império, o brasileiro Luís da Cunha Moreira, esforçou-se para, com rapidez, reconstruir o que encontrou destruído, pois era urgente dispor-se de força naval capaz de expulsar os portugueses que ainda dominavam o norte do país e a Cisplatina, província incorporada ao território brasileiro em 1821, ainda sob o reinado de D. João VI. Os elementos nativos recrutados eram escassos. A maioria das guarnições compunha-se de portugueses adesistas, que não mereciam muita confiança. A solução encontrada por José Bonifácio

(Ministro do Império e dos negócios Estrangeiros) e executada na Europa por Caldeira Brant (futuro Marquês de Barbacena) foi contratar oficiais e marinheiros estrangeiros, perto de 600, a maioria ingleses, dos quais havia grande disponibilidade com o fim das guerras napoleônicas.

Os esforços de Luís da Cunha Moreira deram resultados. A 14 de novembro de 1822, fez-se de vela da Guanabara a primeira força naval ostentando em seus mastros a bandeira do Império, comandada pelo norte-americano David Jewett, um dos contratados. Destinava-se a retirar de Montevideú, capital da província da Cisplatina, os soldados portugueses que não haviam aceitado a Independência e lutavam contra os brasileiros liderados pelo General Frederico Lecor. Em um dos transportes, a guarnição lusa insurgiu-se e entregou o navio a seus compatriotas. Estes recusaram-se a sair da Cisplatina, e só o fizeram quando seus navios foram derrotados pelas forças leais ao Império brasileiro.

A situação no norte do país permanecia difícil, com Salvador dominada pelo Brigadeiro Madeira de Melo e, no porto, a força naval do chefe-de-divisão Félix de Campos. No Maranhão e no Pará, as juntas de governo portuguesas continuavam no poder. Além das guarnições estrangeiras, a nova Marinha brasileira necessitava de um chefe operativo, o que não se encontrava entre os almirantes portugueses. A escolha fixou-se na figura de Lorde Thomas Cochrane, com passado glorioso na Royal Navy, e que, comandando navios chilenos, expulsara os espanhóis colonizadores do Pacífico. Lorde Cochrane recebeu o título de Primeiro Almirante, criado unicamente nesta ocasião e somente para ele, e a 1º. de abril de 1823 já largava, com uma força constituída pelos navios capazes de operar, rumo a Salvador.

Encontrou ao largo a esquadra de Félix de Campos e, a 4 de maio, engajou-a. O contato foi rompido, apesar da superioridade tática obtida pela esquadra brasileira, quando guarnições lusas sublevaram-se em nossa força. Cochrane substituiu esses homens por ingleses e empreendeu um bloqueio a Salvador, já estando os portugueses sitiados em terra

pelos soldados do Brigadeiro Pedro Labatut, comandante de uma tropa enviada por D. Pedro I, em apoio aos patriotas baianos que lutavam pela independência. Cercados, os portugueses voltaram para Lisboa, sendo perseguidos e fustigados pela esquadra brasileira.

Com a pressão da força naval do recém-criado Império, as juntas portuguesas do Maranhão e do Pará foram afastadas. Em seis meses, a nova Marinha havia consolidado a independência no norte. A colônia portuguesa na América tornar-se-ia independente sem a fragmentação política verificada nas ex-colônias espanholas, muito graças à projeção da força do Império brasileiro empreendida pela nossa jovem Marinha de Guerra, garantidora e mantenedora incontestável da autonomia adquirida.

Vencida a guerra de independência, o período que se estende até 1870 foi o de maior atividade da Marinha, que, por isso, ampliou-se enormemente, chegando a dispor de mais de 150 unidades, e entrou na era da propulsão a vapor e dos canhões de alma raiada, tornando-se exclusivamente nacional. Dispondo de mobilidade e artilharia capaz de apoiar ações terrestres e transportando, com relativa rapidez, as tropas do Exército para locais onde eram elas necessárias, coube-lhe enfrentar os numerosos movimentos rebeldes que ameaçavam fragmentar a unidade da herança recebida de Portugal e as ambições platinas de estender seus domínios pelo sul do país.

A Armada brasileira desempenhou importante papel no bloqueio do Rio da Prata, durante a Campanha da Cisplatina (1825-28), travada contra as Províncias Unidas do Rio da Prata (Confederação Argentina), tornando-se independente a República Oriental do Uruguai. Em consequência desta conflagração numa região de grande importância para o comércio marítimo internacional, o governo britânico forçou a cessão das hostilidades, mediando o conflito entre brasileiros e argentinos pela posse da Cisplatina.

Por ocasião das insurreições e levantes ocorridos em vários pontos do território brasileiro durante a Regência (1831-40), teve a Marinha participação destacada em apoio à autoridade do poder central, como aconteceu na Cabanagem, na província do Grão-Pará

(1835-40); na Revolução Farroupilha, a mais longa, grave e dramática das rebeliões ocorridas no país, nas províncias de São Pedro do Rio Grande e de Santa Catarina (1835-45); e na Sabinada, na Bahia (1837-38). No reinado de D. Pedro II, participou a Marinha da repressão à Rebelião Praieira, ocorrida na província de Pernambuco (1848-52).

Em 1851, o Império brasileiro preocupou-se com as pretensões expansionistas do ditador argentino Juan Manuel Rosas, que tencionava reunir o que um dia foi o Vice-Reino do Prata sob a Coroa Espanhola, ameaçando a autonomia do Uruguai e tornando ainda mais instável a fronteira sul do Brasil. Em relação a Rosas, dividiram-se as inclinações uruguaias a seu favor (caso de Manuel Oribe, do partido Blanco) e contra ele, aliando-se ao governo brasileiro (caso do Partido Colorado). O Império brasileiro, reunindo forças do Partido Colorado uruguaio e tropas leais ao governador da província Argentina de Entre-Rios, José Urquiza, adversário de Rosas, derruba Oribe, no Uruguai, e Rosas, na Argentina, estabelecendo uma hegemonia política brasileira na região do Prata, que só seria desafiada com a Guerra do Paraguai. Foi neste conflito que a Esquadra brasileira, sob o comando do Vice-Almirante Grenfell, cruzou o Paço de Tonelero (17 de dezembro de 1851), em uma ousada ação, onde subiram o Rio Paraná as tropas aliadas que engajariam e derrotariam os exércitos de Rosas.

Em 1864, o Império brasileiro, recém-saído de guerras externas e de revoltas a que fora impelido a sustentar e combater, esquecia-se, imprevidentemente, das contendas bélicas, resumindo suas preocupações a outros setores da nação. Para surpresa de muitos, porém, novamente eram as forças de terra e mar convocadas para luta. Em novembro daquele ano, motivado por uma disputa, não mais pela posse, mas pela influência na soberania uruguaia, o governo do Paraguai rompia relações com o Brasil e apresava o Vapor Marquês de Olinda. As ações militares que se seguiram foram rápidas e fulminantes. Em dezembro, ocorria a tomada do Forte Coimbra. Dias depois, as tropas invasoras chegaram a Corumbá, ocupando a província do Mato Grosso. Em abril de 1865,

o avanço inimigo chegava a Corrientes, na Argentina e, em junho, caía São Borja, no Rio Grande do Sul.

Carente de navios apropriados para atuarem num teatro de operações fluvial como o do Médio-Paraná e Paraguai e encontrando dificuldades em adquirir no exterior as unidades de que necessitava, a Marinha construiu, nos seus arsenais, segundo projetos e sob a direção de engenheiros navais brasileiros, numerosos navios de guerra, utilizando-se de couraças e propulsão mista e adequados às características do conflito.

Em abril, duas divisões navais já subiam o Rio Paraná com a tarefa de efetuar um bloqueio, próximo da confluência dos Rios Paraná e Paraguai, para cortar o eixo de ligação logística e deter o avanço das forças do ditador paraguaio Solano López.

O confronto entre as forças navais nas proximidades de Riachuelo evoca uma das mais heróicas heranças da memória militar brasileira. Em uma grande vitória de largo valor estratégico, a Marinha fechou as vias fluviais para transporte de tropas e abastecimento logístico do Paraguai em guerra. Possibilitando a utilização dessas vias no gradual avanço e cerco dos exércitos da Tríplice Aliança (Império Brasileiro, Confederação Argentina e República Oriental do Uruguai) sobre o inimigo.

Além da Marinha atuar na defesa externa e na manutenção da integridade nacional, a sua presença fez-se sentir também, durante a segunda metade do século XIX, nas atividades subsidiárias exercidas pelas Capitanias de Porto (criadas em 1845), na Marinha Mercante, nas repartições hidrográficas e de faróis (constituídas em 1876) e repartição central de meteorologia (criada em 1888), na área de segurança da navegação, com o mapeamento das águas litorâneas, sinalização da costa, barras e canais navegáveis e previsão do tempo para fins de navegação. Essas atividades se foram melhor definindo e ampliando com o correr dos anos.

A proclamação da República no Brasil foi pacífica. Entretanto, revoluções pacíficas costumam trazer em seu bojo a fermentação de problemas futuros. As antigas províncias,

tornadas estados federados, viram-se abaladas por lutas internas, muitas culminando em encontros armados.

Tal ambiente acabou envolvendo a Marinha, que se mantivera, até certo ponto, limitada a sua esfera profissional, fazendo-a ressentir-se do que considerava posição secundária. O sentimento de inferioridade deu lugar a sensível hipertrofia de espírito de classe e a reação contra a dominação militar e política do Exército, levando elementos mais radicais a se levantarem em armas contra o governo de Floriano Peixoto, na chamada Revolta da Armada.

Com a incorporação pelas Marinhas de Guerra dos avanços tecnológicos do fim do Século XIX, as belonaves tornaram-se metalizadas, mecanizadas e com instalações cada vez mais complexas. O país não acompanhava a Revolução Industrial, a qual, como em tudo mais, influíra na evolução do equipamento bélico marítimo, sendo assim forçado a adquirir material para armada no estrangeiro. E as compras sofriam com a transição por que passava a construção naval, o armamento, os meios de comunicação, pelo que recebíamos uma heterogeneidade de tipos e classes de navios que nos impedia de obedecer a qualquer política naval efetiva.

Isto até 1904, quando por iniciativa do Ministro da Marinha Júlio de Noronha e pelo esforço no Congresso do Deputado Laurindo Pitta, foi elaborado e aprovado o programa naval homogêneo, com encouraçados, cruzadores e contratorpedeiros, modificado em 1906 pelo novo Ministro, Alexandrino de Alencar. Motivaram-no os ensinamentos da Guerra Russo-Japonesa de 1905 e a concepção, por um engenheiro naval italiano, de navio capital fortemente blindado, veloz, com artilharia de grosso calibre, cujo protótipo, construído na Inglaterra com o nome de *Dreadnought*, juntamente com o desenvolvimento dos torpedos automóveis e das embarcações que o operariam, serviram de padrão para as linhas de batalha e as forças ligeiras que as acompanhavam, conceito de tática naval que persistiu até a Segunda Guerra Mundial. Cumprindo este programa, em

1910 dispusemos de uma esquadra de pequenas proporções, mas, obedecendo a princípios atualizados da guerra naval. Esta força, sediada no Rio de Janeiro, apesar de um certo obsoletismo causado pelos avanços verificados com a Primeira Guerra Mundial, iria ser o nosso sustentáculo no mar por muitos anos.

Mas a não sintonia entre as exigências técnicas dos navios incorporados e as qualidades morais e culturais do pessoal subalterno recrutado provocou a insurgência dos marinheiros de vários dos principais navios em 1910, no que ficou conhecida como a Revolta dos Marinheiros. Como consequência deste fato, procurou-se uma revisão completa dos métodos de recrutamento e preparo do pessoal subalterno.

No ano de 1914, foi criada a Flotilha de Submersíveis, cujos submarinos eram os de indicativos F1, F3, F5, todos da classe Foca, construídos na Itália e recebidos pela Marinha dentro do programa naval aprovado dez anos antes. Ao tempo que começava, na Europa, a Primeira Guerra Mundial, a Marinha brasileira introduzia na sua Esquadra uma arma que, antes subvalorizada, seria reconhecida como essencial para as operações de guerra no mar ao termino deste conflito.

Em 1916, foi criada a Escola de Aviação Naval, oficializando a atividade aérea naval, consolidação de um movimento que vinha se avolumando desde 1908, quando já a Revista da Liga Naval preconizava a organização de um serviço aeronáutico na Marinha do Brasil. Em seus primeiros anos de existência, nenhuma estrutura bélica foi dada à incipiente aeronáutica naval, embora nova arma já tivesse aplicação prática comprovada nas frentes de batalha da Grande Guerra. A Marinha, entretanto, contribuiu para o esforço aliado em 1917, enviando nove oficiais aviadores navais, que integrariam-se na nascente Royal Air Force (Real Força Aérea Britânica) nas operações de guerra.

Em 1917, reagindo a um decreto do Império alemão ativando a campanha submarina irrestrita, no bloqueio da Europa, o que nos custou a perda de sete navios mercantes afundados, decidimos colocar-nos ao lado dos aliados na Primeira Guerra

Mundial. Uma Divisão incorporando cruzadores, contratorpedeiros e navios auxiliares seguiu para a costa da África, a fim de juntar-se à frota inglesa que lá operava. O maior inimigo encontrado em seu caminho foi a gripe espanhola, uma praga mundial que atingiu a divisão brasileira em Dakar, resultando em tragédia de grandes proporções, com navios imobilizados, sem água, sem luz, sem cozinha, por estar toda a guarnição doente e incapaz de se por em pé. Assim, os navios foram tripulados por convalescentes. A epidemia deixou 176 mortos, mas não impediu que, dominada, continuasse a Divisão Naval de Operações de Guerra a atuar no pouco tempo que a guerra ainda durou.

Na Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o envolvimento direto do Brasil deu-se entre 31 de agosto de 1939 e 8 de maio de 1945, dele tendo participado nossas três Forças Armadas. A Marinha e a Força Aérea (que, com sua criação extinguiu a Aviação Naval e a Aviação Militar do Exército) asseguraram o tráfego marítimo ao longo do litoral brasileiro contra a ação de submarinos inimigos, sendo que a Força Aérea enviou, ainda, ao teatro de operações da Itália um contingente aerotático. Já o Exército participou com o envio de uma Força Expedicionária.

O trabalho realizado pelas Marinhas de Guerra e Mercante brasileiras durante o conflito mundial foi silencioso, constante, pouco conhecido e bravo. Resultante desse esforço conjunto, da presença permanente no mar e da vigilância alerta, foi a manutenção da livre circulação marítima que assegurou a sobrevivência do país.

Nossa tarefa principal foi a de garantir a proteção dos comboios que trafegavam entre Trinidad, no Caribe, e Florianópolis. Foram eles 574, formados por 3.164 mercantes, dos quais apenas três foram afundados, apesar do avultado número de submarinos inimigos que operavam no Atlântico Sul. Documentos alemães confirmam que realizamos 66 ataques contra seus submarinos.

Coube, ainda, à Marinha, a escolta do transporte da Força Expedicionária Brasileira (FEB) até Gibraltar e o patrulhamento oceânico contra os furadores de bloqueio, navios que traziam suprimentos do Oriente para a Alemanha.

A Marinha envolveu-se nesse conflito por mais tempo que o próprio País, uma vez que sua participação iniciou-se em outubro de 1941, com o posicionamento da Corveta Camaquã, em patrulha, no litoral Nordeste, e só terminou alguns meses após o fim da guerra, depois de assegurado que o Atlântico Sul estava efetivamente livre de submarinos desinformados sobre o término do conflito.

Isto posto, evidencia-se a honrosa e dignificante participação da Marinha do Brasil na defesa do país e de seus interesses marítimos, bem como efetiva participação no desenvolvimento social e econômico da Nação. Assim, a Marinha continuará a honrar seu passado, ampliando sua herança de tradições e de trabalhos fecundos, deixando a certeza que não faltará ao chamamento da Pátria, quando e onde for necessário, à semelhança do que já ocorreu em tempos passados, confirmando o legado de sua história.

Portanto, queremos ressaltar que somente respaldados no conhecimento histórico poderemos construir um país cada vez melhor, muito embora vejamos que há uma verdadeira obsessão pelo moderno e tudo aquilo que é passado é visto como ultrapassado. Mas se não nos interessarmos pela memória nacional, conhecendo e cuidando de nosso acervo histórico, não poderemos acelerar o processo de desenvolvimento da nação, desejando cada vez mais um Brasil diferente deste que foi edificado ao longo de sua existência e isto só será viável reavaliando e reinterpretando o que fomos e o que pretendemos ser.

Criação do corpo de saúde da armada: quando da transferência da Corte portuguesa para o Brasil (1808), havia um só cargo de cirurgião-mor do Exército e Armada. Decreto de 31.05.1808 nomeia cirurgiões de Número da Armada todos os que haviam vindo de Portugal com o Príncipe Regente (dez ao todo), portadores do título de Primeiros-

Cirurgiões Honorários. Decisão de 21.08.1824 eleva o número de cirurgiões da Armada, fixa os seus vencimentos e nomeia vários deles. Provisão do Conselho Superior Militar de 28.07.1826 aumenta o número de Segundos-Cirurgiões da Armada e fixa os vencimentos destes e dos cirurgiões extranumerários. Decisão de 11.01.1827 determina que, ao serem admitidos ao serviço da Armada Nacional e Imperial, os cirurgiões fossem submetidos a “exame de capacidade”.

Em 1834, quando entra a funcionar na Ilha das Cobras o Hospital da Marinha da Corte, é nomeado para dirigi-lo o Cirurgião-mor da Armada. Os cirurgiões de que a Marinha dispunha eram, então, civis contratados, com graduação militar honorária.

Lei 514 de 28.10.1848 (orçamentária) autoriza o governo a reorganizar o Corpo de Saúde da Marinha. Decreto 607 de 23.04.1849 organiza o Corpo de Saúde da Armada Nacional e Imperial da seguinte maneira: um cirurgião-mor da Armada (graduado capitão-de-mar-e-guerra); um cirurgião-mor da esquadra (graduado capitão-de-fragata); três cirurgiões-mores de divisão naval (graduados capitães-tenentes); doze primeiros-cirurgiões (dos quais seis poderiam ser graduados primeiros-tenentes e os demais teriam graduação de guardas-marinha); dois farmacêuticos de primeira classe (graduados guardas-marinha); quatro farmacêuticos de segunda classe (graduados guardas-marinha).

Decreto 739 de 25.11.1850 manda observar o plano para reorganização do Corpo de Saúde da Armada, alterando o aprovado pelo decreto 607/1849. Decreto 1104 de 03.05.1853, que dá novo regulamento aos hospitais de Marinha, regula as atribuições dos enfermeiros que, sendo civis, não tinham nenhuma garantia nem honraria militar. Decreto 1981 de 30.09.1857 altera o plano para organização do Corpo de Saúde da Armada, aprovado pelo decreto 739/1850; então se cria uma Companhia de Enfermeiros, a ser constituída de elementos das graduações de sargento para baixo, todos do Corpo de Infantaria de Marinha, dispositivo esse que não chegou, contudo, a ser cumprido.

Decisão 232 de 27.07.1858 manda observar regulamento provisório para o Corpo de Saúde da Armada, na forma do plano que baixou com o decreto 1981/1857. Decisão 179 de 26.05.1874 dá providências sobre o embarque de enfermeiros nos navios da Armada.

Corpo de Oficiais – Marinheiros: Ordem 19 de 10.01.1848 do Quartel General da Marinha, que fixa de forma genérica o “número” (lotação) das embarcações de guerra brasileiras, estabelece que seu estado menor fosse constituído de escreventes (os antigos escrivães), fiéis, oficiais de apito, carpinteiros, calafates, serralheiros e tanoeiros. Em 1852, outra ordem do mesmo quartel general agrupa esse pessoal nas seguintes categorias: I – Detalhe: escrevente; II – Apito: mestre, contramestre e guardião; III – Artífice: carpinteiro, calafate, serralheiro e tanoeiro. Essas categorias foram subsequenteiramente acrescidas dos enfermeiros e dos fiéis auxiliares respectivamente dos cirurgiões e dos comissários. O decreto 1829 de 01.10.1826, que adota novo plano de uniformes para os oficiais das demais classes da Armada, indica as seguintes categorias de oficiais-menores, efetivos ou equiparados, então existentes na Marinha de Guerra: oficiais de apito (mestre de número de nau, mestre de número de fragata, contramestre e guardião), artífices 1º. e 2º. carpinteiro, 1º. e 2º. calafate, serralheiro, e tanoeiro), escreventes, despenseiros e fiéis de despenseiro, e enfermeiros. (CAMINHA, 1986)

II.2 - Hospital Naval Marcílio Dias

O embrião do Hospital Naval Marcílio Dias remonta à “Casa de Marcílio Dias”, instituição filantrópica criada em 1926 por esposas de oficiais da Marinha e destinada a prestar assistência social e educacional a filhos de praças da Marinha.

Em 1934, a Associação Mantenedora da “Casa de Marcílio Dias” doou a casa e o terreno que a circundava, à Marinha, sendo aí instalado o Instituto Naval de Biologia

(INB), destinado á pesquisas experimentais, preparo de produtos biológicos, ensino técnico e tendo, como anexo, um Hospital para o tratamento do pessoal acometido de moléstias infecciosas e parasitárias.

Em decorrência do aumento da clientela naval, a Marinha adquiriu um terreno contíguo ao Instituto aonde foi erguido um Pavilhão com 120 leitos, destinado ao atendimento dos pacientes acometidos de tuberculose em estágio avançado. A nova unidade inaugurada em julho de 1940 recebeu o nome de Pavilhão Carlos Frederico, em homenagem ao último chefe do Corpo de Saúde da Armada Imperial.

Em 17 de dezembro de 1946, foi inaugurado um Pavilhão destinado a pacientes que necessitavam permanecer em isolamento, dotado de 42 leitos, que recebeu o nome de Pavilhão Heraldo Maciel, em homenagem ao primeiro diretor do INB.

Em agosto de 1949, o Instituto Naval de Biologia passou a denominar-se Hospital Naval de Doenças Infecto-Contagiosas. Posteriormente, em 1951, Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

Em 1972, passa a ser denominado Centro Médico Naval Marcílio Dias (CMNMD) com a atribuição de coordenar, controlar e prestar assistência médica na área do 1º. Distrito Naval, responsabilizando-se também pelas funções de ensino e pesquisa. No mesmo ano foi concluído o Pavilhão Meirelles, com 188 leitos, assim denominado em homenagem ao Patrono do Corpo de Saúde da Marinha, Cirurgião-Mor da Esquadra Joaquim Cândido Soares Meirelles (5-11-1797 a 13-7-1868). O Complexo passa então a exercer as atividades de um hospital geral.

O advento do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) em 1972, somado aos anseios da clientela sempre crescente, tornou imperiosa a necessidade de construção de um hospital de base. A pedra fundamental do novo hospital foi, então, lançada em 16 de julho de 1975.

Em 1979, o CMNMD passou a denominar-se Centro Médico Naval do Rio de Janeiro (CMNRJ), ficando restabelecido, pelo mesmo decreto, o HNMD, este voltado para a atividade assistencial.

Em 8 de fevereiro de 1980 foi inaugurado o novo HNMD, que desenvolveu a atividade assistencial até 1988, ano da extinção do CMNRJ, quando passou a acumular a responsabilidade da formação técnica de pessoal e a pesquisa médica, atribuições do então CMNRJ.

O HNMD, nau capitânea do Sistema de Saúde da Marinha, constitui hoje um dos mais avançados Complexos Hospitalares do Brasil. Situado à Rua César Zama, número 185, no Lins de Vasconcelos, na cidade do Rio de Janeiro, tem o propósito de contribuir para a eficácia do Sistema de Saúde da Marinha, apresentando como tarefa o atendimento médico-hospitalar em nível terciário aos usuários do Sistema de Saúde. Além disto, em caso de conflito, constitui o último elo da Cadeia de Evacuação.

Subordinado à Diretoria de Saúde da Marinha do Brasil, o Hospital é dirigido por um Contra-Almirante médico auxiliado por três Vice-Diretorias: Saúde, Ensino e Administração. O HNMD é composto por uma Unidade de Internação com 532 leitos, 82 Consultórios e 41 Clínicas/Serviços, possuindo equipamentos médicos de última geração. Conta também com uma Escola de Saúde e um Instituto de pesquisas Biomédicas, ambos voltados para atividades de ensino, pesquisa e extensão. (MARINHA DO BRASIL, 2004,p.9)

II.3 – Escola de Saúde

Trata-se de uma escola de enfermagem militar na qual todo o processo educativo é desenvolvido pelo sistema de ensino naval sob supervisão da Diretoria de Ensino da

Marinha, numa organização bem estruturada e consciente da responsabilidade de garantir a qualidade da formação pessoal da Marinha do Brasil.

A Marinha mantém desde 1947 os cursos de enfermagem, na qual foi reconhecida através do Decreto Federal nº 50387/61 para ministrar o ensino de enfermagem e a Escola de Saúde foi criada através do Decreto Federal nº 83161/79. Cumpre ressaltar que os Cursos de Enfermagem desta Escola receberam credenciamento pelo Parecer 290/85 da CEDERJ, bem como autorização de funcionamento pela Portaria nº 6113/DAT/85 em julho de 1985. Hoje está cadastrada junto ao Ministério da Educação com o NIC 23.004415/2004-98 de 30/07/2004.

Com toda uma estrutura desenvolvida dentro dos padrões ético-legais, a Escola de Saúde forma cabos e sargentos para a especialidade de enfermagem os quais são equiparados, em âmbito civil, a qualificação de auxiliar de enfermagem e complementação para técnico de enfermagem, respectivamente. Tais cursos são peculiaridades do ambiente militar diferindo em alguns aspectos daqueles ministrados no meio civil, em especial, no que tange às atividades as quais requerem alto preparo técnico profissional, bem como contínua atualização. Para que todo este processo funcione articuladamente/harmoniosamente há um corpo qualificado e conceituado de militares distribuídos nas diversas cadeiras do Sistema de Ensino Naval, Diretoria de Ensino da Marinha e Escola de Saúde da Marinha A Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias tem como missão investir na qualificação do homem, visando a formação técnica de profissionais voltada para a prevenção, manutenção e recuperação do bem-estar físico e psíquico do militar e sua família.

HISTÓRICO: A primeira Escola de Enfermagem, criada em 1916 e funcionando nas dependências do Hospital Central da Marinha, destinava-se exclusivamente a militares e tinha como objetivo a preparação do pessoal embarcado em navios e unidades de terra. A Escola de Auxiliares de Enfermagem para civis do sexo feminino foi criada em 1949, na

antiga Associação Médica de Saúde da Armada (AMSA). Em 1975, ambos os cursos passaram à subordinação do CMNRJ. A Escola de Saúde só veio a ser criada em 1979, através do Decreto número 8316 de 12/02/1979 e integrada ao Sistema de ensino Naval pela Lei número 5450/79.

A Escola de Saúde tem hoje 26 anos de existência e é constituída pelas Divisões: Ensino Superior, Ensino Médio, Orientação Pedagógica e Educacional, Ensino Complementar e Apoio ao Ensino, Ensino à Distância e Legislação. Possui atualmente um corpo discente de aproximadamente 400 alunos, distribuídos nos seguintes cursos e estágios: Aperfeiçoamento para Oficiais Médicos, Dentistas, Farmacêuticos e Enfermeiros; Residência Médica e em Enfermagem; Pós-Graduação *strictu e latu-sensu* no país e no exterior; Medicina de Aviação; Medicina de Mergulho; Aperfeiçoamento e Especialização para Praças na área de Enfermagem; Patologia Clínica; Banco de Sangue, Gasoterapia; Radiodiagnóstico; Medicina Nuclear; Medicina Hiperbárica; Prótese Odontológica; Radioterapia; entre outros. (MARINHA DO BRASIL,2004,p.10)

II.4 – Enfermagem Militar

A essência da profissão de enfermagem é o cuidado que a distingue das demais profissões: ele é o nosso rastro principal, a nossa raiz.

Hoje ninguém tem dúvida de que a história do cuidado começou com as mulheres e que ao longo do tempo muitas mulheres independentes de sua situação sócio-econômica passaram por ambientes onde o cotidiano do cuidar acontecia.

Conforme Collière (1999, p.40) ressalta que “ainda é em Fabíola, mulher da alta sociedade romana convertida ao cristianismo, que terão que se reconhecer inúmeras gerações de mulheres que exercem uma prática de cuidados: e eis que se põe em marcha o exército velado que através dos séculos vai prosseguir a sua interminável peregrinação à

cabeceira dos que sofrem. As primeiras enfermeiras datam desta época longínqua. Imaginamos a pôr-se em marcha o cortejo das Hildegarde, das Pernelle, das Santas Joana de Chantal, a que se irá juntar mais tarde, aquela que virá a ser a “Dama da Candeia”, Florence Nightingale.

Portanto, foi no século XIX que a função de cuidar tomou outra natureza e identidade quando Florence Nightingale (1989, p.14) foi convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para cuidar dos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia (1854-1856). Isso ocorreu devido ao fato do grande número de soldados terem morrido nos hospitais militares por falta de cuidados, o que chamou a atenção das autoridades inglesas.

A Inglaterra era a principal nação capitalista daquela época e foi o berço da Revolução Industrial. Tentou através da Guerra da Criméia conter a expansão da Rússia que ameaçava sua integridade imperialista. Mas apesar de seu forte poder econômico havia um triste quadro nosológico, pois elevava-se cada vez mais, o índice de mortalidade infantil e as doenças infecto-contagiosas, apareciam como indicadores das precárias condições econômicas e de saúde em que vivia a população.

Florence fazia parte da elite econômica e social e era amparada pelo poder político. Possuidora de conhecimentos de enfermagem e portadora de aptidão vocacional para tratar de doentes, foi a precursora dessa nova enfermagem que se encontrava vinculada à política e à ideologia da sociedade capitalista.

Segundo Meleis (1997, p.133) a perspectiva ocidental da enfermagem como uma profissão data do final do século XIX e início do século XX, como um produto da guerra da Criméia, onde Florence organizou grupos de mulheres para cuidar dos soldados sob sua supervisão. A seguir dividiu as categorias profissionais da enfermagem em *lady nurses* e *nurses*. Às primeiras couberam as tarefas gerenciais de planejamento, controle, comando, supervisão e avaliação. As *nurses* eram enfermeiras de cabeceira, executavam os cuidados

diretamente aos pacientes, estando sob as ordens gerenciais das *lady nurses* (MELO, 1995, p.334).

A partir de sua atuação como enfermeira, passou a utilizar métodos e técnicas da ciência, sendo a principal a observação, que foi lhe dando meios para elaborar os princípios que norteiam a nossa profissão.

Nightingale procedeu então à sistematização de suas observações, como preconizado nos cânones científicos modernos, elaborando seus registros. Esses manuscritos de suas observações e anotações originaram o livro *Notes on Nursing*. Além de observar os doentes, também procurou observar o ensino de enfermagem ministrado nos hospitais da época, cujos cursos eram dirigidos por médicos. Percebendo neles fragilidades, especialmente no que se referia à articulação teoria/prática, concluiu que os conteúdos eram eminentemente práticos.

A partir da fundação da Escola Nightingale, e da matrícula das primeiras quinze candidatas em 09 de julho de 1860, nasce a moderna enfermagem, onde Florence ficou conhecida como sua precursora, instituindo as bases norteadoras da assistência, do ensino e da pesquisa (SEYMER, S/ano, p.93).

Na assistência, elaborou princípios teóricos relacionados ao ambiente de cuidar, originando a teoria ambientalista nightingaleana, além de elaborar o primeiro conceito de enfermagem: “devemos promover todas as condições necessárias e deixar que a natureza se encarregue do resto” (NOTAS SOBRE ENFERMAGEM, 1989, p.14).

No ensino, elaborou alguns princípios quanto à fundamentação da enfermagem moderna, dentre os quais destacamos:

1. “As escolas de enfermagem devem ser dirigidas por enfermeiras”;
2. “A teoria e a prática devem ser sistematizadas”; e
3. “Deve-se proceder à seleção das candidatas levando-se em conta os seus valores morais e aptidão”. (SEYMER, S/ano, p.91-107).

Sabemos que Florence enfrentou problemas de todas as ordens, mas foi uma líder para a enfermagem, aceitando os desafios e vencendo as dificuldades mediante sua postura e vontade inabalável de vencer, lutando pela sistematização da profissão. Com toda a transformação mundial que vivemos, seus preceitos e ensinamentos continuam atuais, inclusive no processo de liderança e gerência. Suas afirmações são fundamentadas cientificamente e validadas até a presente época, além do fato que, para nós enfermeiras militares, ela também foi a precursora da enfermagem militar, que era com certeza, “o seu principal interesse” (Op. Cit, p.100).

Desde 1861, Florence acompanhou com grande interesse a carreira de cada enfermeira militar, sendo constantemente consultada acerca do desenvolvimento do serviço. A preocupação de Florence pela enfermagem militar não se confinou, ao menos em certa época, apenas à Inglaterra. Durante a guerra Franco-Prussiana de 1870, passou pela curiosa experiência, tamanha era a sua reputação, de receber pedidos, de conselho de ambos os lados da frente de combate. As autoridades francesas recorreram ao seu parecer no tocante aos planos de um hospital de campanha... Nos cursos do mesmo ano, em 1870, fundou-se a Sociedade Nacional de Ajuda aos Doentes e Feridos, mais tarde a Sociedade da Cruz Vermelha Britânica. Na sessão inaugural, leram uma carta de Florence, onde, depois de encorajar muito dos fundadores, sublinhava as dificuldades do trabalho nos hospitais militares, declarando que os desejosos de servir nos mesmos, não deviam ser “entusiastas, sentimentais, mas positivos amantes do árduo labor”.... O suíço Henry Dumont, criador da Cruz Vermelha, sempre sustentou que o maravilhoso exemplo da atuação de Florence na Criméia inspirara-lhe todo o movimento de sua fundação. Concluída a paz, Florence teve talvez, a exclusiva distinção de receber condecorações de ambos os beligerantes. A “Société de Secours aux Blessés Militaires” conferiu a sua Cruz de Bronze, e o Imperador alemão, a Cruz do Mérito Prussiana” (Op. Cit., S/ano, p. 100-101).

Quanto a perspectiva oriental da enfermagem, Meleis (1997, p.134) comenta que é representada em Rofaida Bent Saad Al-Islamiah, que acompanhou o profeta Mohammed na guerra islâmica deles. Ela, também, organizou grupos de mulheres, focalizando a higiene ambiental para cuidar dos feridos armou barracas, móveis especiais para assistir os feridos, modelou os primeiros socorros, o cuidado de emergência em enfermagem, a internação e a comunicação do ambiente de trabalho, gerenciando com eficiência os serviços de enfermagem.

Também no século XIX, a história se repete e surge no Brasil Anna Justina Ferreira Nery, brava mulher que foi para Guerra do Paraguai (1865-1870), semelhante a Florence, rompendo com os paradigmas daquela época que faziam da mulher uma prisioneira do lugar. O contexto de sua ida se reporta ao fato de seus filhos terem sido convocados para servir a Pátria. Anna Nery não resiste a separação de sua família e escreve ao Presidente da Província, colocando-se a disposição de nosso país. Aceito o oferecimento embarcou no dia 13 de maio de 1865 para os campos de batalha.

Onde não havia hospitais ela os improvisava e não se poupava na dedicação aos feridos, a qualquer hora do dia ou da noite. Recebeu o título de “Mãe dos Brasileiros”. Não só aos nossos socorria, pois bastava um ser ferido, para merecer-lhe os mais desvelados cuidados. Só depois de cinco anos de trabalho, terminada a guerra, voltou para o seu lar.

O Imperador D. Pedro II condecorou-a com as medalhas humanitárias de Segunda Classe e de Campanha. Seu retrato, pintado a óleo, por Victor Meirelles, foi colocado no Paço Municipal de Salvador. Muitos anos depois, em 1926, seu nome foi dado à primeira Escola de Enfermagem do sistema nightingaleano, instalada no Rio de Janeiro. Simbolicamente, essa homenagem foi indicativa de que a profissão deveria ser exercida por pessoas dotadas do mesmo sentimento de Anna Nery. (LIMA, 1994, p. 25).

No século XX não é diferente. Outras mulheres, agora militares, também foram em 1943, atuar na Segunda Guerra Mundial. (1943-1945) e não vacilaram “em trocar o

conforto de seus lares por um futuro desconhecido e perigoso de uma batalha, sem outro interesse que o servir aos seus semelhantes, aliviando-lhes as dores e consolando-os com palavras de carinho nas horas mais difíceis”, para atuar neste cenário de combate (LEITE, 2000, p.54).

Foram momentos difíceis, de opção, onde, para cada uma das 67 mulheres voluntárias, seus ideais foram sobrepujados pelo amor a Pátria e pelo sentimento humanitário (MEDEIROS, 1987, p.69).

É neste cenário que a enfermagem militar foi inserida nas Forças Armadas Brasileiras, em 13 de dezembro de 1943, pelo Decreto-Lei número 6097/43, que criou o Quadro de Enfermeiras da Reserva do Exército, quando seguiram para o Teatro de Operações da Itália com o Destacamento Precursor de Saúde, todas integrantes da Força Expedicionária Brasileira.

Mas desde então até os dias de hoje, o mundo muito evoluiu, principalmente o Brasil, que após a sua participação na II Guerra Mundial vem se modernizando a cada dia.

Em 07 de julho de 1980, em conformidade com a Lei número 6807, foi criado o Corpo Auxiliar Feminino da Reserva da Marinha (CAFRM) com a admissão, por concurso nacional, de 60 enfermeiras pertencentes ao Quadro Auxiliar Feminino de Oficiais (QAFO), para trabalharem nas diversas unidades de saúde da Marinha Brasileira (MB).

Fruto de uma iniciativa pioneira e arrojada para o ano de 1980, a admissão de mulheres na MB revelou-se um êxito. Com perfil de carreira militar próprio à época, com características muito semelhantes à vigente até então, as militares do CAFRM convocadas para o serviço ativo supriram necessidades da MB, com oficiais e praças da reserva no exercício de funções administrativas e técnicas em suas organizações militares.

As oficiais selecionadas em nível superior eram promovidas à segundos-tenentes após curso de formação militar e podiam, atingir o posto de capitão-de-fragata. As praças selecionadas em nível médio (antigo 2º. Grau), podiam atingir a graduação de suboficial.

A partir de 26 de novembro de 1997, pela Lei número 9419, foram reestruturados os corpos e quadros da MB, integrando definitivamente a mulher militar, que passou a concorrer a cargos, promoções, cursos e progressão hierárquica em igualdade de condições – direitos e deveres – com os homens militares.

As atividades da mulher militar na Marinha abrangem, simultaneamente, áreas técnicas e operativas, incluindo embarques em navios, entre outros serviços.

O Quadro Auxiliar Feminino de Oficiais, hoje denominado, no caso das enfermeiras, Quadro de Apoio à Saúde, do Corpo de Saúde da Marinha, nos brindou com a ascensão até o posto de capitão-de-mar-e-guerra, marcando uma nova experiência, uma vez que nele incluía-se a primeira turma de mulheres/enfermeiras militares brasileiras, após a 2ª. Guerra Mundial e a enfermagem que até então não tinha sido contemplada nessa composição foi inserida no contexto militar em um quadro inovador.

E hoje, em pleno século XXI, as mulheres perfazem 5% do efetivo dos militares da MB, constituindo dessa forma uma parcela relevante de sua força de trabalho. Também no início desse novo século já possuímos em nossas fileiras de oficiais cinco enfermeiros, o que demonstra amplitude de perspectiva para as novas gerações de enfermagem militar.

Cabe ressaltar que hoje todas as Forças Armadas e Auxiliares (Marinha, Exército, Aeronáutica, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros) já possuem oficiais enfermeiras em plena atividade profissional, o que demonstra conquista e evolução tanto da mulher como da enfermeira.

Sabemos que nos momentos de cuidar das pessoas, principalmente em ambientes de guerra, precisamos da humanização do cuidado e embora nesses cenários altamente estressantes, com um efetivo maior de homens em relação ao de mulheres, em espaços nem sempre adequados, com enfermarias e centros cirúrgicos muitas vezes improvisados, sempre sob a mira de ataques, necessitamos cada vez mais de equipes de enfermagem bem

preparadas para atuar de imediato nos cenários operativos, que são reais e de vital importância o seu bom gerenciamento.

II.5 – Cenários operativos

Cenário é o local onde ocorre a cena, ou seja, o lugar onde ocorre algum acontecimento. No nosso estudo, cenário é o espaço de batalha onde atuam os combatentes. Operativo significa de pronta ação, de preparo imediato. Assim, cenário operativo é a força tarefa (grupo de militares escalonados para determinada missão) imediatamente pronta e preparada, atuando no espaço de batalha.

Esse espaço de batalha pode ser em ambiente marítimo, terrestre ou aéreo. O termo cenário operativo ou campo de batalha ou espaço de batalha, expressa para nós a idéia de que o ambiente de combate abrange mais do que áreas contíguas. Isto porque com o advento da era da informação e os avanços tecnológicos, percebemos mudanças fundamentais que passamos a considerar. A primeira envolve a noção de que o campo de batalha não está limitado a um espaço físico contíguo, mas pode envolver áreas geograficamente distantes. A segunda diz respeito à natureza dos combatentes, e a terceira versa sobre a perda de isolamento e redução das distâncias.

A teoria da guerra centrada em rede permite o estabelecimento de objetivos diferentes daqueles a que estamos acostumados. Por exemplo, o ataque cibernético a instalações de tecnologia da informação do inimigo por meio de um vírus, de forma a degradar o seu sistema de comando e controle ou o bombardeio de instalações de comando e controle conforme aconteceu na última guerra do Iraque.

O uso de sofisticados sistemas de armas combinadas com sensores e um centro de análise de inteligência vai gerar o estabelecimento de objetivos compensadores. Com o uso de satélites e da Internet, o processamento das informações e o controle das operações de

apoio logístico pode estar fora do campo de batalha. Como é mais barato o fluxo de informações do que o movimento de tropas, haverá uma tendência à utilização maior do princípio da concentração de massas seguindo os resultados fornecidos pelo centro de análise e inteligência.

A natureza dos combatentes em um determinado espaço de batalha, sofreu alterações consideráveis. Em operações de busca de informações os combatentes podem ser todos civis. Operações de manutenção da paz envolvem civis e militares. O terrorismo é um tipo de ameaça que pode atacar, quase em qualquer lugar, civis e militares. Assim, civis e militares estarão atuando em conjunto.

Alem disto, o poder de combate de um pelotão, atualmente, é muito maior do que o de 50 anos atrás. E mais: o poder de combate de um combatente individual ampliou-se muito em relação ao da Segunda Guerra Mundial, por exemplo.

A terceira característica do espaço de batalha ou cenário operativo reside no fato de que a transmissão de informações em tempo real deixou de ser prerrogativa do governo. A CNN, por exemplo, utilizando-se da Internet transmite para o mundo ao vivo o que ocorre. Mesmo as nações mais pobres ou atores não estatais têm acesso aos acontecimentos. O campo de batalha deixou de ser isolado ou remoto (BOTELHO, 2004, p. 86-87).

Dessa forma, embora o cenário ser o mais complexo possível, é necessário que o “enfermeiro militar” esteja preparado para atuar naquele teatro de operações. Assim, ele precisa aprender a analisar a cena onde ocorreu o acidente, seja em que nível for, pois somente sabendo proceder à análise circunstancial ele poderá manter em segurança sua equipe.

Então ao chegar ao local, ele analisa a área como um todo, afastando qualquer perigo como: armadilhas, posições fortificadas, emboscadas, vendaval, inundação, desabamento, material radioativo, ataque de animais ferozes ou peçonhentos, águas

revoltas, cabos elétricos energizados, incêndio, gases ou substâncias tóxicas, curto circuito, vazamento de combustível, entre outros.

Ao ser identificada uma situação de risco pelo enfermeiro militar ele deverá imediatamente procurar neutralizá-la ou removê-la, não permitindo jamais que a próxima vítima seja ele mesmo. Sua vida ali naquele cenário é de um valor incomensurável. Todos, inclusive ele, dependem dele.

CAPÍTULO III: Contextualizando a temática do estudo

III.1 – Cuidado /Assistência/ Gerência

Cuidado, segundo Abbagnano (2000, p.224), é a totalidade das estruturas ontológicas (caracteres fundamentais do ser: os que todo ser tem e não pode deixar de ter) do ser-aí enquanto ser-no-mundo, ou seja, compreende todas as possibilidades da existência que estejam vinculadas às coisas e aos outros homens e dominadas pela situação.

O grande desafio para a enfermagem na atual conjuntura é reconstruir seu saber-fazer a partir de novas formas de interpretação do que é cuidado, cuidar e ser cuidado. Assim, é salutar reconstruirmos nossos conhecimentos, práticas e reflexões, incorporando estes novos significados de modo a produzir diferentes maneiras de identificar o que se chama de cuidar e de cuidado, no cenário da construção ontológica e epistemológica do processo de viver no mundo, e não apenas de viver num cenário de saúde e de doença (CIANCIARULLO,2002,p. 23)

Desta forma, a enfermagem carece de pesquisas que fundamentem seu saber-fazer e que apontem novas perspectivas do agir primando por mais autonomia em consonância aos preceitos ético-legais da profissão. O enriquecimento de seu corpus teórico se dará a partir de um olhar crítico de seu ambiente de trabalho, subsidiado pelos preceitos do método científico, onde independente de seu local de atuação, propõe novas técnicas e tecnologias do cuidar, visando uma maior e melhor assistência àquele carente de cuidado. Este estudo traz reflexões para a enfermagem, num âmbito até então pouco explorado, que é o cenário militar brasileiro.

No que tange aos aspectos históricos do cuidar, este começou como ato atribuído á mulher, expresso através do seu cuidado à casa, ao marido e/ou aos filhos (COLLIÈRE, 1999, p.17). A prática de enfermagem encontra-se atrelada à difusão do cristianismo em Roma, levando muitas damas distintas a se dedicarem aos pobres e enfermos e a transformarem seus palácios em hospitais (PAIXÃO, 1979, p.31). Neste momento histórico, a enfermagem passou a ser realizada exclusivamente pela Igreja e a falta de fervor religioso, que ocorreu em meados da Revolução Protestante, levou-a a uma parcial decadência, sendo desenvolvida por pessoas tidas como baixo escalão pela sociedade da época.

A história da evolução do ser humano desde a sua origem, suas civilizações, modos de viver, possibilita reconhecer que o cuidar sempre esteve presente no processo de vida humana, no seu viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões (ARENDETT, 1997, p.44; WALDOW, 1998, p.13). Assim sendo, o cuidado ao ser humano encontra raízes anteriores ao surgimento da enfermagem enquanto profissão sendo realizado tanto por pessoas de boa como de má índoles.

Em nossa pesquisa, buscamos um entendimento profundo e sensível desse cuidado, ou seja, o que significa em essência cuidar de alguém que não fala a língua dos homens, ou que não se comunica conosco com palavras inteligíveis à nossa compreensão? Isso muito nos intrigava e foi em Figueiredo (1999, prefácio) que encontramos eco, essa ligação primordial ao que buscávamos conhecer. Se conseguíssemos cuidar de algum ser, nessa relação cuidador-cuidado, em sua totalidade, com certeza seria possível vislumbrar o significado real do cuidado sendo atingido.

Quando a autora nos relata que cuidou de um companheiro nosso que estava tetraplégico, em decorrência de uma violência cerebral ficando sem falar durante 14 dias, ela revela que o corpo da enfermeira é um instrumento desse cuidado, pois pôde perceber que o seu corpo ativo, diante daquele corpo inativo era o seu instrumento de cuidar,

quando tentava interagir diante do imenso silêncio que os envolvia e ao mesmo tempo os separava.

E foi aí, nesse momento de interação cuidador e ser cuidado, que vimos a magia do verdadeiro cuidar, nessa troca de informações que só ocorre para aqueles que podem perceber na sutileza das sensações mais finas, como tocar e estar constantemente presente.

Figueiredo (p.43) nos fala ainda que “no geral as enfermeiras não se apercebem do cuidado de enfermagem com sua significação mais plena, a maioria delas trata o cuidado de enfermagem como peça de rotina. Para a enfermagem, o termo circunscreve principalmente na esfera do atendimento mais direto ou menos direto ao cliente”.

Assim, podemos perceber que cuidar vai além de assistir, no sentido axiológico do termo. Prestar assistência de enfermagem é exercer a enfermagem conforme o apreendido na academia, executando as tarefas que são peculiares ao profissional de enfermagem com dedicação e competência. Já o cuidar de alguém vai bem mais além, transcendendo o assistir, ou seja, é a própria metacompetência do ser humano aliada ao ser profissional, que ultrapassa os limites do determinismo de suas ações, que vai além de suas responsabilidades quando salva a vida de seus companheiros de jornada na escola da vida, que nos ensina a verdadeira doação, através de sua incansável luta de saber-fazer e de evidenciar sua prática sendo enfermeiro em todos os sentidos que o seu significado tem a nos revelar.

No tocante à conduta gerencial do enfermeiro, na atualidade, percebemos que tem cada vez mais se distanciado de sua função essencial que é o gerenciamento do cuidado a ser prestado ao cliente.

Corroboramos com o pensamento de Fernandes; Spagnol; Trevizan e Hayashida (2003, p.161;167) quanto à necessidade cada vez maior de modificação dessa conduta consoante as demandas estabelecidas nas instituições de saúde para que o foco principal de sua função não seja desviado. Sabemos que a busca hoje em dia é de modelos tanto

assistenciais como gerenciais que alcancem resultados capazes de garantir a qualidade dos serviços prestados, humanizando a assistência e melhorando o bem-estar dos indivíduos e da comunidade.

Portanto, cabe ao enfermeiro que é o profissional responsável pela gerência do cuidado, buscar inovações na esfera gerencial, “integrando novos conhecimentos e habilidades, sintonizados a uma prática administrativa mais aberta, mais flexível e participativa, fundamentada não só na razão, mas também na sensibilidade e na intuição”.

Integralizando uma conversa com Mendes; Trevizan e Lourenço (2002, p. 704), ressaltamos o parecer de que a “gerência esclarecida pressupõe que todo indivíduo priorize uma conduta desbravadora e determinada, em detrimento de uma conduta passiva. Pressupõe também profunda preocupação com as questões da espécie humana, os problemas éticos, o relacionamento com a natureza, enfim com o futuro do homem”.

Assim, como gerente do cuidado o enfermeiro em ambiente militar também necessita desse remodelamento de sua conduta gerencial, inserindo-se no contexto global da assistência de enfermagem a ser prestada, seja em época de paz, seja em época de guerra.

Dessa forma, mesmo que o espaço a ser prestado o cuidado, seja em campo de guerra, num cenário operativo, o enfermeiro continua com sua característica primordial de atuação, ou seja, conforme salienta Filho (1998, p. 9), como o “administrador da assistência global de saúde, no âmbito de sua área de influência, no micro-espaço onde exerce sua prática e desenvolve suas atividades”.

Portanto, ser gerente do cuidado é promover condições para que toda a equipe de enfermagem busque na essência de seu ser os recursos que lhe viabilize maior criatividade, completude e solidariedade. Com esse suporte os integrantes de sua equipe terão mais capacidade de servir à humanidade com mais qualidade de vida, prestando um cuidado de enfermagem mais amoroso, competente e digno.

Isso posto, queremos enfatizar a necessidade de um aprimoramento nas questões mais sutis da vida pois a enfermagem militar operativa é envolvida pelos horrores da guerra e esse fato por si só é de difícil gerenciamento. Naqueles cenários muitas vezes o anormal passa a ser o normal e a lei dos contrários está presente quase em todos os momentos, uma vez que o objetivo da guerra é a paz. A estrutura psicológica do profissional que atua em ambiente de guerra precisa ser fortalecida e trabalhada com mais rigor. O fator tempo é outro detalhe que deve ser salientado, pois não existe lazer ou possibilidade de se refazer, seja física, emocional ou espiritualmente e é nesse meandro que a equipe necessita de especial treinamento, espírito de corpo, união e principalmente doação e capacidade de servir.

Quando Prochnow (2004, p. 44) nos diz que “percebemos que as inter-relações, no trabalho, estão permeadas de subjetividade, vale entender, o que não está expresso verbalmente, não aparece de maneira explícita, perpassa de forma subliminar nas entrelinhas através das expressões como: silêncio, olhar, choro, movimentação do corpo, agitação de braços e mãos, sorriso, ou seja, o que não é nem mensurável, nem essencialmente abstrato”, precisamos ressaltar que esses fatores em ambientes hostis e inóspitos como o de guerra, demarcam para nós enfermeiros que esse território ainda precisa ser explorado pois os profissionais que já participaram dessas situações de guerra voltaram para suas atividades rotineiras e muito embora sejam fatores quase inexplorados sabemos que existem e percebemos mudanças na forma de agir e pensar, na maneira de ver o mundo e as pessoas, de sentir a vida e tudo que a rodeia.

Esses profissionais com certeza são capazes de “desenvolver habilidades sutis em suas vidas, a fim de navegarem nela”, e isso “é uma maneira de desenvolver um sentido de existência mais amplo na consideração do homem enquanto ser, o que nos faz aprender a compreender as diferenças” (Op.cit, p. 135).

Assim, a razão e a sensibilidade andam de mãos dadas com a gerência e a formação de liderança é um exercício que dura a vida toda. Precisamos cada vez mais aprender a ouvir com os olhos do coração e a ver ouvindo além das aparências. Nada pode ser isolado nas questões concernentes ao gerenciamento, que por ser um processo está constantemente em transformação, assim como a vida e a própria natureza...

III.2 – Guerra/Conflito → Civil x Militar

Segundo Hausen (1975, p.23;25) a Competição, o Conflito, a Acomodação e a Assimilação, são processos básicos da dinâmica social, a Interação. Guardam correspondência, respectivamente, com as Ordens: Econômica, Política, Social e Moral. Tais processos apresentam características, propriedades, peculiaridades e singularidades.

A Competição é considerada como o processo mais constante, é a própria luta pela sobrevivência travada no campo econômico, onde adquire consciência e, geralmente, provoca o Conflito; é impessoal; é uma luta pela aquisição de coisas concretas, bens, jóias, alimentos, empregos etc.; é permanente, contínuo; obriga à divisão do trabalho e resulta na distribuição do espaço; é, em essência, a interação sem comunicação; seu corolário, é portanto, a mudança da Ordem Econômica.

Já o Conflito tem características bem diferentes; é, por assim dizer, a competição consciente, racional, altamente pessoal e afetiva; o prolongamento da luta pelo sustento no campo econômico vai gerando pressões e causas que eclodem cedo ou tarde, em conflito; este é intermitente, descontínuo, emocional, pessoal, consciente e intenso; é a luta pela posição, pelo prestígio, pelo status; pode ser individual ou coletivo, físico ou espiritual, moral ou psicológico; vai desde a difamação, ameaça, etc., até o duelo, revolução e guerra; envolve comunicação em alto grau e o seu corolário é a mudança da Ordem Política; tende para a Acomodação, que é a fase intermediária entre o conflito e a assimilação.

A Acomodação é um ajustamento, formal, exterior, aparente; é um “modus vivendi” necessário à absorção das novas realidades geradas pelo conflito; é consciente e implica reformulação de atitudes; apresenta vários graus de intensidade: submissão, tolerância, acordo, conciliação, etc.; funciona como simples “mistura”; altera as estruturas sociais; diminui o conflito e tende para a assimilação; o seu corolário é a mudança da Ordem Social.

A Assimilação é um processo de interação, durável, profundo, inconsciente e interior. Os valores e atitudes, nascidos na fase de acomodação, vão sendo incorporados definitivamente à personalidade, alterando, em consequência, a conduta do indivíduo e/ou do grupo; na assimilação verifica-se o completo ajustamento do indivíduo ao meio, de modo natural, involuntário, desapercibido, não-violento, não intencional, neutro; implica no aumento da cultura; é processo de fusão, de “combinação”; é, normalmente, vagaroso; é o oposto do conflito no plano da consciência. Quando a assimilação se completa, a personalidade inconscientemente se altera e tendo já incorporado aqueles novos e recentes valores assimilados inicia fase nova de conduta, diferenciada na medida do que foi incorporado; faz então cessar, desaparecer completamente o conflito. A partir daí recomeça a luta pela vida, já agora com aparelhagem melhor, mais rica, atuando nos campos ecológico/econômico, político, social e moral, num contínuo e progressivo vir-a-ser...

Gaston Bouthoul e René Carrère em “O desafio da Guerra” (1979,p 138;140) nos orientam que na finitude de nosso mundo e numa época marcada pela globalização de todos os problemas, não há mais espaços reservados ao abrigo de invasões e perigos. Os países estão embarcados no mesmo e único navio – a Terra, submetidos às tempestades e riscos de naufrágios, tal como as embarcações em tempo de paz.

E é nesse nosso mundo finito e independente, com recursos limitados, que toda decisão egocêntrica tomada sem considerar as estratégias dos outros, pode dar origem a um conflito e vir a ser considerada uma agressão.

As hipóteses oriundas de cada decisão hoje em dia são as mais diversas e podem ir da guerra mais destrutiva à paz relativa menos conturbada.

O mundo tem múltiplos futuros. Muitas coisas são possíveis, mas nenhuma é certa ou fatal, pois tanto um desequilíbrio e uma diferença podem ser fonte de revolta, já que a dinâmica conflitual está marcada por desequilíbrios instáveis.

Em todas as circunstâncias os prazos permanecem indeterminados, e isto por duas razões:

1ª) de um lado, o homem e a política têm sempre, dentro de certa medida, o poder de retardar ou de acelerar os acontecimentos;

2ª) por outro lado e sobretudo, mesmo quando as condições se conjugam para que um acontecimento surja como provável, uma incógnita aparece acerca do tempo de maturação e do momento de seu deflagrar, os quais podem ser acelerados ou retardados ou provisoriamente adiados ou mesmo abortados por um único fator, uma só circunstância ou um conjunto de fatores e de circunstâncias. Isso já se constata em fatos tão simples como o desabrochar de uma flor, o amadurecimento de um fruto ou o nascimento de um ser vivo. Com mais forte razão nos acontecimentos sociológicos que, por sua característica coletiva, é muito mais complexo e mais aleatório.

É que o futuro, a vida das sociedades e a história têm um poder de criação que ultrapassa de longe o que o homem pode imaginar, o que pode conceber um homem ou um grupo de homens, o que é capaz de surpreender ou frustrar suas previsões e seus cálculos. Mas é a grandeza do pensamento humano que o faz tentar desvendar os futuros possíveis, mesmo estando consciente dos limites e dos ocasos de sua busca. Por outro lado, não seria bom sem dúvida para o homem conhecer, por antecipação seu porvir, pois, assim o

limitando, ele mesmo estaria se limitando e subtraindo à sua vida a capacidade de criação e de ação sobre os acontecimentos que fazem parte do seu destino, de seu drama e também de sua dignidade.

Não seria bom para o homem e para a humanidade que tudo lhes fosse desconhecido, pois seria o mesmo que resvalar para a fila dos animais irracionais. Mas sem dúvida também não é bom para ele que tudo lhe seja conhecido, pois assim tudo lhe seria determinado como fatalidade ou providência, enquanto que ele se situa, por destino, entre uma e outra causa.

Ele pode, em compensação, fazer hipóteses e descobrir um campo de possibilidades. Alguns fatores merecem destaque:

- em quase todos os casos, são os desequilíbrios das estruturas demo-econômicas que são ao mesmo tempo uma das profundas causas das guerras e um dos melhores indicadores, das ameaças sobre a paz.

O atual sistema de referências aponta mudanças concernentes ao valor, às necessidades e à informação e assim cada grupo se tornou mais consciente da diferença que existe de uma parte entre suas possibilidades e suas esperanças e de outra parte entre sua situação e a dos outros. Toda diferença excessiva é bem menos suportável, é sentida como injusta e torna-se conflitual. Toda privação relativa desencadeia o processo frustração-agressão e é inspiradora da violência.

- os microconflitos são os sintomas, e muitas vezes as síndromes, os sinais precursores de perigos mais graves, as guerras.

As guerras têm as características de cada época. As ferramentas e táticas sempre evoluíram em consonância com o conhecimento e a tecnologia disponíveis. Esta evolução, algumas vezes, ocorre de forma violenta.

A humanidade moveu-se da era agrária para a industrial e, finalmente, para a era da informação, que é caracterizada por mudanças constantes e complexidade. Iniciada no

final do último milênio, foi assim classificada devido à proliferação de tecnologias da informação e da comunicação que permitem superar as barreiras de tempo e espaço como eram anteriormente percebidas.

Corroboramos com Botelho (2004, p.84-85), no que concerne ao fato de que cada uma das duas primeiras eras teve sua forma peculiar de guerra. Em uma era onde a economia e o comportamento social são centrados na aquisição, manipulação e comunicação de informação, inevitavelmente, as operações militares também serão.

A guerra da era da informação chegou em 1991 nos céus noturnos e nas areias do deserto do Oriente Médio, quando foi travada a chamada Guerra do Golfo. Desde o início dos combates, ficou evidenciada a importância da informação e das armas inteligentes. Essa guerra foi classificada como a primeira guerra da era da informação. Foi o primeiro conflito em que forças de combate foram posicionadas, mantidas, comandadas e controladas, em grande parte, por meio das comunicações, via satélite.

Os Estados Unidos da América (EUA) enviaram para o Golfo 365 mil soldados, mas a guerra foi ganha com 2 mil deles, sendo que o apoio logístico chegou a incluir programadores de computador situados no interior de seu território,, alguns dos quais trabalhando em suas próprias casas.

Isto foi possível graças a criação da “estrada eletrônica”, uma infra-estrutura essencial para as guerras nos dias atuais. Este fato demonstra que o soldado e o civil estão, cada vez mais, “informacionalmente” interligados. A forma como o mundo civil adquire, processa, distribui e protege seus ativos de conhecimento, agora passa a afetar a forma com que as forças armadas cumprem as suas tarefas.

Nessa guerra, o conhecimento teve sua importância ampliada em relação às armas e à tática, mostrando que o inimigo tinha um “calcanhar de Aquiles” nos meios de comando e controle, onde grandes quantidades de dados devem ser transmitidos e recebidos de muitas formas distintas. Armas como os mísseis balísticos são muito mais baseadas em

informação do que em volume de fogo, afinando muito mais a precisão e a seletividade. O conhecimento é agora o recurso essencial de destrutibilidade nos conflitos armados.

Assim, da mesma forma que Carl Von Clausewitz pensou a Guerra da Segunda Onda (era industrial), há que se pensar, de agora em diante, na Guerra da Terceira Onda (era da informação), onde as “estratégias do conhecimento” irão dominar o raciocínio militar.

As forças militares precisam de soldados bem treinados que usem o raciocínio e possam lidar com a diversidade de situações que se apresentam durante o combate, tolerar ambigüidades e bem usar a tecnologia a seu dispor, afinal, os sistemas de armas foram criados para emprego por indivíduos com inteligência compatível ao seu uso. Precisam, também de um exército de intelectuais, com e sem uniforme, dedicado ao estudo do emprego das inovações tecnológicas e do desenvolvimento de uma doutrina para a informação, objetivando vencer ou evitar guerras. A definição dos componentes, a identificação das complexas inter-relações e os modelos de conhecimento a serem criados juntamente com o resultado daquele estudo irão gerar as “estratégias do conhecimento”.

O arcabouço para a “estratégia do conhecimento” está baseado em quatro funções realizadas sobre as informações: aquisição, processamento, distribuição seletiva e proteção.

Como características do conhecimento cita-se que é inesgotável, pode ser utilizado por ambos os lados de um conflito armado e, ao mesmo tempo, é não-linear, ou seja, um fragmento de informação correta pode proporcionar imensa vantagem tática ou estratégica. Isto permite inferir que a qualidade do conhecimento disponível em dado momento pode representar um ponto de inflexão na guerra.

É errôneo pensar que a forma de guerra dominante será aquela definida por satélites, robôs ou armas inteligentes. O elemento comum que une todas estas tecnologias não é material, é intangível e chama-se conhecimento. A maturidade da guerra da era da

informação acontecerá quando estiverem maduras as “estratégias de conhecimento” e estas tornarem-se competitivas, incluindo a infra-estrutura de suporte necessária a sua oportuna disseminação, ampliando uma consciência compartilhada do espaço de batalha.

CAPÍTULO IV: Elucidando o referencial teórico-metodológico

Os objetivos de nosso estudo demonstram uma preocupação em discutir questões concernentes a atuação do enfermeiro militar em cenário de guerra, vivenciado pela ótica de atores sociais da área da saúde. Assim, este cenário, conforme ressaltado anteriormente, é foco de extrema atenção, em especial, no que concerne às relações sociais estabelecidas de modo a configurar o significado do cuidado desenvolvido por profissionais de enfermagem militares em áreas de conflito.

Assim, para a realização desta pesquisa, tornou-se necessário a opção por referenciais que atendessem aos anseios do objeto de estudo. Cabe ressaltar que os referenciais teóricos na enfermagem são essenciais não apenas para subsidiar e nortear nossa prática, mas também para fundamentar a construção, o aprimoramento e a consolidação do seu *corpus* teórico, vislumbrando-a, futuramente, como ciência. Tal posicionamento é compartilhado por Carvalho (2003, p.428) que afirma:

Precisamos de ousadia para assumir a coragem não apenas de buscar respostas para tentar compreender e expor o visível e o invisível, na realidade objetiva da enfermagem. De fato, precisamos de coragem para decidir entre limitações e impeditivos da investigação, se é que apostamos nas possibilidades da enfermagem-ciência.

Nosso propósito, portanto, é que o produto deste estudo seja uma teoria substantiva concernente ao cuidado prestado em campos de guerra por enfermeiros militares de nível médio, fundamentada a partir da vivência/experiência de profissionais de saúde que presenciaram esses atores sociais desenvolvendo assistência aos feridos destes locais, corroborando, desta forma, com o enriquecimento do *corpus* teórico da Enfermagem, nesta área até então pouco explorada: a guerra.

De modo a escolher um referencial que pudesse atender aos anseios da pesquisa possibilitando a compreensão do significado do cuidado prestado pelo enfermeiro de nível médio em guerra, como também, aos nossos anseios, optamos pelo Interacionismo

Simbólico e pela Teoria Fundamentada nos Dados. Tais referenciais tornaram-se apropriados uma vez que ambos são utilizados para desvelar significados incutidos em ações geradas a partir de situações/realidades vivenciadas pelo ser humano.

Com vistas a detalhar e a ratificar a pertinência dos mesmos, encontram-se, a seguir, as discussões acerca de tais referenciais os quais subsidiaram a construção da teoria substantiva desta tese de doutoramento.

IV.1 – Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico é um referencial teórico que possibilita a compreensão do significado que os seres humanos constroem a partir das interações que os mesmos estabelecem dentro de uma sociedade. Yoshioka (1996, p. 7) complementa, afirmando que o Interacionismo Simbólico:

(...) estuda os aspectos comportamentais e os interacionais. O centro da observação está na interação, uma vez que está presente tanto no comportamento verbal como no não-verbal de um evento ou situação. A análise da interação inclui as auto-definições dos participantes e os significados que compartilham, ou seja, o significado através da ação.

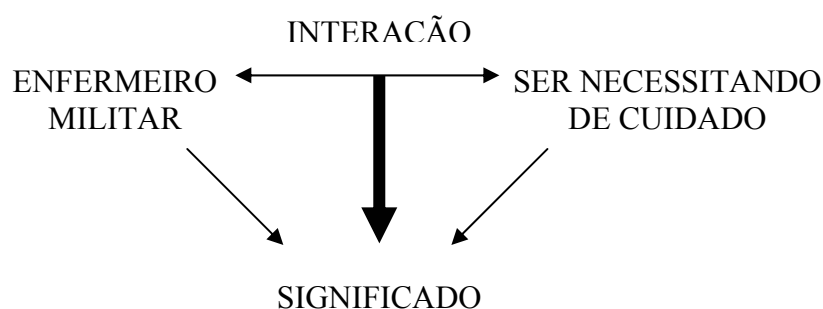
Neste sentido foi a partir da compreensão do significado que o enfermeiro militar e demais membros da equipe de saúde atribuíram ao cuidado de enfermagem em cenário de guerra que delineamos a teoria substantiva deste estudo, a partir da análise de relatos inerentes à vivência e experiências desses profissionais em cenários de conflito.

Para adentrar ao tema interação simbólica, procuramos os dois vocábulos: interação e simbólica. A título de embasamento do trabalho, Abbagnano (2000, p.578) define interação como “ação recíproca, transação, que se exerce mutuamente, entre duas ou mais coisas, ou entre duas ou mais pessoas”, o que significa efetuar uma condição de agente em conjunto. Assim, buscamos a compreensão da ação do cuidar em situação de guerra por enfermeiro militar.

A palavra simbólica vem de símbolo, originado do grego *symbolan*, com a significação de “aproximação, ajustamento, encaixamento”. Etimologicamente, é formada pelo prefixo *syn* (com) e *bole* (bola, roda, círculo). Sua história vem da Grécia antiga, onde os gregos partiam uma moeda em dois pedaços, cabendo a cada um de dois amigos uma parte como sinal de amizade, de relação social (SANTOS, 1964, p.13). Assim, procuramos na interação: enfermeiro militar \leftrightarrow indivíduo (alguém necessitando de cuidado) a simbologia contida no ato de cuidar.

Descrevendo a concepção interacionista das relações sociais, Minayo (1994, p.45), assinala que esta se fundamenta no princípio de que o comportamento humano é observável sob dois prismas: o simbólico e o interacionista e que, a partir desse princípio, o homem planeja e dirige suas ações em relação às outras pessoas, conferindo significados às coisas e aos objetos que usa na planificação da sua vida social.

DIAGRAMA 1: Representação interacionista enfermeiro militar - cliente



Neste contexto, de acordo com o diagrama acima, buscamos a compreensão do significado do cuidado desenvolvido pelo enfermeiro, o que fica caracterizado pela seta em destaque. A partir da interação entre dois ou mais indivíduos, nascem os símbolos, símbolos estes que permitem um compreender o outro, um saber agir no lugar do outro, no sentido de ter ciência da situação, seja qual for a situação, a medida que se conhece os símbolos, temos a possibilidade de agir no lugar do outro. Ao passo que, conhecendo a

simbologia inculcada no cuidar do enfermeiro em situação crítica, poder-se-á aprimorar cada vez mais este enfermeiro e permitir aos outros que futuramente estiverem em tais situações, agirem de forma mais otimizada.

Entre os pensadores que contribuíram para a construção/delineamento do Interacionismo Simbólico encontram-se: Charles Peirce (1839-1914), William James (1842- 1910), William Thomas (1863-1947), John Dewey (1859-1952), Florian Znaniecki, Charles Cooley e George Mead (1863-1931). Destes, aquele mais influente e que mais contribuiu para a construção da interação simbólica foi George Mead (HAGUETTE, 1999, p.23). Coulon (1995, p.18) esclarece que este referencial teórico teve suas raízes no pragmatismo de John Dewey que o defendia como uma filosofia da ação, sendo também chamado de filosofia da intervenção social.

A abordagem teórica de Mead foi denominada a princípio de ‘behaviorismo social’, entendendo-se por isto a descrição do comportamento do nível humano cujo dado principal é o ato social concebido tanto como um comportamento observável, externo, quanto como uma atividade encoberta, não observável. Embora as raízes não tenham nascido com Mead, este foi considerado o principal fundador do Interacionismo Simbólico (IS), tendo em vista os trabalhos desenvolvidos para a construção deste referencial. Cumpre ressaltar que as idéias de George H. Mead foram organizadas, editadas e publicadas, após a sua morte, ocorrida em 1931. Uma de suas obras mais importantes, *Mind, Self and Society* publicada em 1934, é considerada a bíblia do IS, na qual concebeu as idéias de sociedade, *self* e mente, que formam a base do pensamento interacionista (HAGUETTE, 1999, p.27).

Um dos pensamentos mais marcantes deixados por Mead, no que concerne à construção de uma sociedade universal baseada numa democracia construída com educação e competência está no fato de que somente quando um homem está em condições de realizar a si mesmo, reconhecendo os outros e a ele mesmo como

pertencentes a uma organização comum, e quando a vontade de um corresponde à vontade de todos, é obtida a condição em que todos possam ser soberanos e súditos ao mesmo tempo: “soberanos na medida em que defendem seus próprios direitos e os reconhecem nos outros, e súditos na medida em que obedecem as leis que eles mesmos fazem” (BAZILLI, 1998, p.101).

O Interacionismo Simbólico emergiu na Escola de Chicago que, no período de 1915 a 1940, foi reconhecida como um conjunto de trabalhos de pesquisa sociológica, caracterizado pela pesquisa empírica. Assim, é a partir da Escola de Chicago que as pesquisas de caráter qualitativo passam a adotar caráter objetivo e empírico ao investigar a realidade social (COULON, 1995, p.14).

Herbert Blumer aperfeiçoou e ampliou a perspectiva interacionista proposta por Mead. Publicou, ao longo de sua vida, diversos artigos acerca do tema. No entanto, foi em 1969, com a publicação de *Symbolic Interactionism: perspective and method*, que suas idéias se consolidaram. Embora fiel e inteiramente coerente com o pensamento de Mead, as idéias desenvolvidas por Blumer tiveram uma versão própria sobre o assunto a partir de sua visão.

George Mead e Herbert Blumer, criadores do IS, relatam que o conhecimento se processa através da interação entre os sujeitos e o ambiente. Assim, o papel social apresenta-se como fundamental para o processo de construção do conhecimento.

Considerado uma orientação teórico-metodológica, o interacionismo simbólico, termo imprimido por Herbert Blumer, em 1937, descreve o desempenho da sociedade como um processo subjetivo e interagente do comportamento humano (HAGUETTE, 1999, p.17). Crítico e aperfeiçoador das obras de George Mead, Herbert Blumer descreveu a natureza da sociedade humana não só como uma posição de vital importância a uma pessoa, como defendia Mead, mas também como uma sociedade que se constrói pelas interpretações que os indivíduos têm do processo de conviver com as pessoas e com as

coisas para dar-lhes significados. Como interacionista simbólico, recebeu forte influência de John Dewey, tendo sido defensor da idéia deweyana de que os seres humanos eram mais bem compreendidos em relação ao ambiente que os circundava, em uma ideiação de que o organismo biológico e o mundo natural se ajustavam. O pensamento de John Dewey levou Blumer a construir o interacionismo simbólico, para estudar o comportamento do homem e a vida de grupos humanos em sociedade.

Conforme informa Blumer (1969, p.11), o termo interação simbólica refere-se ao caráter peculiar e distintivo da interação como ela acontece entre os seres humanos. Esta peculiaridade da interação humana consiste no fato de que os seres humanos interpretam (definem) as ações uns dos outros ao invés de apenas reagir a essas ações. A resposta de um indivíduo a uma ação do outro é baseada no significado que o primeiro atribui a esta ação. A vida social é vista no interacionismo simbólico como um processo de desdobramento no qual o indivíduo interpreta seu ambiente e atua com base nessa interpretação.

Segundo Coulon (1995, p.21-22), o Interacionismo Simbólico possui cinco hipóteses, a saber:

- ✎ Primeira hipótese: vivemos num mundo simbólico e físico, o qual construímos cotidianamente através de significados atribuídos às nossas ações mediante símbolos.
- ✎ Segunda hipótese: pela existência e conhecimento dos símbolos utilizados em dado local, situação, podemos assumir o lugar do outro.
- ✎ Terceira hipótese: diz-se que pelo conhecimento da cultura de dada sociedade, pode-se prever o comportamento dos outros indivíduos.
- ✎ Quarta hipótese: os símbolos não são isolados e, por isso, fazem parte de um conjunto complexo de ações, diante do qual o indivíduo define seu papel.
- ✎ Quinta hipótese: o pensamento consiste num processo pelo qual soluções potenciais são examinadas pelo ponto de vista das vantagens e desvantagens do indivíduo tendo em vista seus valores.

Tais concepções ratificam, complementam e corroboram as três principais premissas expostas por Blumer (1969, p.22), através de seus escritos, publicados em 1969, sob o título de “Interacionismo simbólico: perspectivas e métodos”, abordando a natureza da interação simbólica que envolve a sociedade e a vida grupal, os objetos e as coisas da ação humana.

A noção de interacionismo simbólico, na perspectiva blumeriana, está fundamentada em três premissas básicas. Ele é taxativo, ao dizer que a compreensão da natureza do interacionismo simbólico se dá pela análise das três premissas como um corpo único de pensamento.

A primeira dessas premissas – o ser humano orienta seus atos para as coisas, em função do que estas significam para ele – refere-se a coisas, como um termômetro, uma cadeira de rodas; a outras pessoas, como um parceiro de trabalho, um professor; a categoria de seres humanos, como oficiais e praças, componentes da equipe de enfermagem militar; a idéias importantes, como a qualificação profissional em busca da enfermagem operativa e outras situações que as pessoas vivenciam no cotidiano.

Sob o ponto de vista do interacionismo simbólico, reforça a primeira premissa, discordando do pensamento restrito das ciências psicológica e social contemporâneas, que ignoram o significado que as coisas encerram para o ser humano. Blumer enfatiza, ainda, que ignorar o significado das coisas, conforme a atuação das pessoas, é falsear o comportamento submetido a estudo, é negligenciar o papel que o significado desempenha na formação do comportamento.

A segunda premissa – o significado das coisas se deriva de, ou surge como consequência da interação social que cada pessoa mantém com o próximo – indica o processo social na sua essência, concebendo o sentido da interpretação das coisas, pelo significado abstraído da interação humana.

Em relação à segunda premissa, Blumer é claro e objetivo ao evidenciar que ela faz referência à fonte do significado na sua macrointerpretação, e estabelece maiores diferenças entre as diversas formas tradicionais de explicar o significado e a forma proposta pelo interacionismo simbólico.

Para esse interacionista, a interpretação do significado das coisas vai bem além da sua consideração como elemento natural de estrutura intrínseca das coisas. Na visão do autor, constrói-se o significado pelas distintas formas, segundo as quais as pessoas atuam em relação às coisas, resultando em significados provenientes de um produto comportamental humano.

Na terceira premissa, Blumer parte da orientação de que “os significados se manipulam e se modificam mediante um processo interpretativo” ,desenvolvido pelas pessoas quando enfrentam as coisas que vão descobrindo.

Como criador do interacionismo simbólico, em sua terceira premissa, ele adverte que os pesquisadores erram ao estudar o significado das coisas e das pessoas para as pessoas, sem considerá-lo um processo interpretativo.

Blumer dessa forma, sintetiza seus postulados, ao relatar que os três pontos de vista ou premissas coincidem em estimar que a utilização do significado pelo ser humano em seus atos não é mais que o afloramento e a aplicação de significados a serem estabelecidos.

A compreensão das premissas blumerianas nos induz a buscar o significado do comportamento humano a partir das significações das pessoas e das coisas. Essas significações foram chamadas por Blumer de “imagens radicais” ou “imagens raízes” (BLUMER, 1969, p.49) e são responsáveis pela descrição da sociedade ou de grupos humanos, o mesmo ocorrendo em relação às naturezas trabalhadas por ele: a interação social; os objetos; os seres humanos, na condição de agentes; os atos humanos e a

interconexão das linhas de ação, todas contempladoras do comportamento do homem no mundo.

De modo a otimizar a aplicação deste referencial, a seguir, encontram-se descritos os principais conceitos⁷ do Interacionismo Simbólico.

✈ Self

O ser humano interage socialmente em relação a ele mesmo, da mesma forma que ele age em relação a outras pessoas. O self é formado através das definições feitas por outros que servirão de referencial para que ele possa ver-se a si próprio e tornar-se objeto de suas próprias ações dentro da sociedade.

O *self* reflete esse tratamento dialético do caráter público e privado do símbolo no qual é um processo composto do “Eu” e do “Mim”. O “Eu” é a atitude impulsiva do ser, imprevisível. O “Mim” é regrado, é construído a partir da relação que estabelece numa sociedade, refletida na capacidade de alguém de julgar e interpretar símbolos. O “Mim” contém as visões que os seres humanos tem de si mesmos como os outros os vêem. Ao passo que o “Eu” encerra os desejos interiores do indivíduo, o “Mim” é a fonte de reflexão sobre como o indivíduo deveria atuar em uma situação particular a luz de como seus comportamentos serão vistos pelos outros. O ser humano vê a si mesmo como os outros o vêem e adotando esta estância, está refletindo a defensividade de uma linha particular de atuação, como vista pelos outros.

O *self* e o ato humano tem uma fundamentação social, apresentando um caráter dinâmico, evoluindo ou se modificando conforme as mudanças nos padrões e nos conteúdos das interações que o indivíduo experiencia consigo mesmo e com os outros.

✈ Sociedade

A sociedade é um processo dinâmico entre o ser humano e o grupo social. A associação humana surge somente quando cada agente social percebe a intenção dos atos

⁷ Conceitos baseados em Blumer (1969) e Haguette (1999).

do outro e, então, constrói sua própria resposta baseada naquela intenção. Estas intenções são transmitidas através de gestos que se tornam simbólicos, isto é, passíveis de serem interpretados.

Os interacionistas simbólicos vêem a sociedade como um processo de atividade em andamento, de variadas interações, não como um sistema, estrutura ou organização relativamente estática. A concepção de sociedade no interacionismo simbólico tende a focar a sua atenção em relações interpessoais mais do que em sociedades como um todo ou em grupos.

✎ Mente

Corresponde a um processo que se manifesta quando o indivíduo interage consigo próprio usando os símbolos, surgindo do processo social de comunicações. A mente implica processos de comportamento através dos quais a pessoa se porta em “transações” com o seu ambiente. Os processos consistem de designações de alguém, mesmo que por meio de símbolos, visando capacitar os indivíduos a construir suas atuações(ações) como ele as executa e a “esculpir” os objetos constituintes de seu ambiente.

O conceito de mente refere-se a um processo mental ou atividade, não a uma entidade física tal como o cérebro. O aparato fisiológico é indispensável para a formação da mente, mas é a sociedade e a interação social (processos sociais de experiência e comportamentos) que, utilizando o cérebro, a formam e desenvolvem.

✎ A natureza da vida nas sociedades e grupos humanos

A perspectiva interacionista considera que grupos humanos são formados por pessoas comprometidas na ação. Esta, por sua vez, compreende as atividades desenvolvidas pelas pessoas, tanto para fins de relacionamento com os seus semelhantes, quanto para enfrentamento aos muitos embates na vida. Cabe ressaltar que a atuação do homem no mundo pode acontecer de forma isolada, coletiva, ou através de organizações ou grupos humanos.

Focalizando o presente estudo, à luz dessa imagem, a organização aqui descrita é a de enfermeiros militares da Marinha do Brasil que cuidam em situações de conflito/guerra. A importância dessa imagem reside na descrição de que os grupos ou sociedades humanas permanecem fundamentalmente em ação e, nesse contexto, é assim que a questão deve ser considerada, haja vista a sociedade ser composta de pessoas envolvidas em ações sociais, no caso em pauta, relações sociais de trabalho em situações críticas.

✎ A natureza da interação social

Descrever a vida em grupo é pressupor que entre pessoas há um processo interativo, no qual é estabelecida uma interação entre umas com as outras, através de atividades decorrentes de respostas produzidas entre as partes que compõem o corpo social.

Nessa pesquisa, busco compreender as relações emergidas no cuidado de enfermagem em ambiente hostil, enfocando o preparo profissional como o elo de significância entre elas. Os fluxos de informações, *insights* e vivências terão seus significados considerados, igualmente, para que possamos entender o sentido da interação social no processo de cuidar dessa composição da enfermagem militar.

Consolidando a imagem da natureza social, Blumer (1969, p. 38) assim a descreve: “...simplificando, poderia dizer que um ser humano em interação com outras pessoas, tendo de ter em conta o que está fazendo ou a ponto de fazer, é dizer que está obrigado a orientar seu próprio comportamento ou a manejar suas situações em função daquilo que toma em consideração”.

Podemos dizer, a partir de sua consideração, que toda pessoa tem um motivo que a leva à ação subjacente, ou seja, à interagir, não importando onde esteja, sendo então inserida numa ação compartilhada.

✎ A natureza dos objetos

Na perspectiva do interacionismo simbólico, o “mundo” compõe-se de “objetos”, sendo estes produtos da ação interacionista humana. Como natureza simbólica, um objeto é tudo aquilo que pode ser referenciado: uma profissão, uma turma, um grupo, uma equipe, um enfermeiro, uma filosofia de serviço.

Os “objetos” foram agrupados em três categorias, que estão com os seus exemplos voltados para o objeto da pesquisa, que é o significado que profissionais militares da equipe de saúde atribuem ao cuidado desenvolvido por enfermeiros militares em situações de conflito: “objetos físicos” – estetoscópio, leitos; “objetos sociais” – enfermeiros militares; e “objetos abstratos” – dimensão cultural do trabalho da enfermagem, doutrina e hierarquia militar. Segundo os pressupostos, a verdadeira natureza de um objeto consiste no significado deste para a pessoa que o experiencia. Todavia, para o autor, um mesmo objeto pode ter diferentes significados para variadas pessoas, enquanto que os significados emanam da interação humana, na definição do objeto, isto é, um estetoscópio para um enfermeiro pode significar um exame físico com uma ausculta mais segura e com um diagnóstico mais preciso e, este mesmo objeto para um cliente pode não passar de um instrumento de trabalho de um profissional da saúde.

✎ A natureza do ser humano

O interacionismo simbólico reconhece que o ser humano deve ter uma estrutura em consonância com a natureza da interação social. Desse modo, essa corrente mostra a filosofia moderna que a ação humana, quando exteriorizada, se evidencia por valores que constituem o mundo relacional do homem com as coisas, para as quais “o homem significa, dá significado às coisas e, ao significá-las, se significa”, construindo significados para si mesmo (GELAIN, 1987, p.14).

Blumer defende o pensamento de Mead, para quem o ser humano possui um “si mesmo”. A expressão “meadiana” em referência admite que o ser humano pode ser objeto de seus próprios atos. Serve de exemplo para esse postulado o fato de um militar

pretender se tornar enfermeiro militar. Em todas essas circunstâncias, o ser humano é considerado como organismo agente de si mesmo, tanto nos atos para consigo quanto nos que pratica para com a sociedade, através dos seus papéis sociais.

Os papéis sociais que um ser humano pode assumir vão desde a sua compreensão de mundo, apenas como indivíduo, passando pela comunidade abstrata, chegando até à sua participação em grupos organizados. O homem percebe-se inserido no mundo real como parte integrante e com a capacidade de interpretar as pessoas e as coisas.

Ao tomar para si os papéis sociais, um ser humano encontra as condições adequadas para equilibrar sua vida e aproximar-se de si mesmo, formando os próprios objetos, abstraídos da cotidianidade.

✎ A natureza da ação humana

O ser humano tem a capacidade de pensar e agir. É nessa seqüência racional e intuitiva que ele se depara com o mundo para interpretá-lo, para depois atuar. Essa capacidade de auto-formulação lhe confere o discernimento necessário frente as situações em que se vê obrigado a agir, verificando o significado dos seus atos, dos atos alheios e, ainda, planejando sua linha de ação. Blumer garante que o ser humano tem que construir e orientar sua ação, em vez de se limitar a realizá-la em resposta aos fatores que influenciam a sua vida ou que se operam através da sua pessoa.

Em síntese, a ação comportamental humana consiste em uma consideração generalista das diversas coisas perceptíveis e na elaboração de uma conduta baseada no modo interpretativo das coisas, incluindo desejos, necessidades, objetivos, atos e imagens.

Tentando uma compreensão da enfermagem militar nessa linha interacionista, penso que a ação de seus profissionais, como coletividade, constitui um domínio de interesse tanto profissional como social, demonstrado pelo trabalho em equipe, com envolvimento de grupos civis e militares pertencentes às instituições de saúde. É esse sentido de coletividade que evidencia o comportamento social manifestado através da

ação/reação dos indivíduos, ou seja, interagindo de forma recíproca, inclusive com nossos órgãos de classe.

✎ A natureza da interconexão da ação

Para descrever a interconexão da ação humana no mundo, carece reportar-se à natureza da ação humana, haja vista, para ele, o fato de “a vida de todo grupo humano se basear e depender da adaptação recíproca das linhas de ação dos distintos membros do grupo”.

Mesmo considerando que a ação conjunta é decorrente dos atos individuais, a idéia central de Herbert Blumer a respeito dessa imagem é a de que esse tipo de ação reside na vinculação ou na articulação de idéias e atos. Exemplo claro dessa natureza é a própria equipe de enfermeiros militares, formada por pessoas que fazem parte de uma organização e que estão sujeitas a uma escala hierárquica, na qual os enfermeiros mais antigos se articulam com enfermeiros mais modernos em cada setor e estes com os demais membros da equipe. Infiro que essas pessoas são participantes de um processo de cuidar diferenciado, nesse caso particular, de natureza interna, seguindo uma linha de ação direcionada por seus próprios atos, ainda que mediada pela formação e utilização dos significados construídos.

Dessa forma, o interacionismo simbólico é um enfoque real do estudo científico do comportamento individual e grupal, remetendo seus problemas ao mundo das pessoas e abstraindo das suas mentes as suas interpretações de mundo.

A partir de tais considerações acerca de uma breve referência aos principais conceitos, pressupostos, definições de self, mente e sociedade que caracterizam o ato humano e mediante a aplicação de tais questões a cada profissional envolvido no cuidado em situações de guerra, possibilitou-nos a compreensão dos significados atribuídos a todas as fases de desenvolvimento do mesmo.

De acordo com Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p.76-77) o “Interacionismo Simbólico tem sido usado como uma abordagem relativamente distinta para o estudo da vida e da ação humana em grupo”. Contudo, as mesmas autoras afirmam que os autores interacionistas, ao descreverem o suporte metodológico deste referencial, fizeram-no de forma inconsistente, não atendendo aos anseios do mesmo.

Neste sentido, com vistas a fornecer suporte metodológico ao Interacionismo Simbólico, a Teoria Fundamentada nos Dados foi desenvolvida, tendo, desta forma, suas raízes vinculadas a este referencial teórico e vislumbrada como uma linha metodológica utilizada para atender aos fins das pesquisas interpretativas, tendo em vista suas raízes na perspectiva interacionista. Ratificando tais considerações, Santos; Nóbrega (2002, p.578) esclarecem que:

O interacionismo simbólico é o referencial teórico que dá sustentação ao método possibilitando ao pesquisador focalizar sua análise no significado simbólico, a fim de entender o comportamento dos sujeitos como se ele estivesse no lugar dele, ou seja, entender o mundo a partir da perspectiva do sujeito.

IV.1 – Teoria Fundamentada nos Dados

Como forma de alcançar os objetivos propostos, os quais pautaram-se na investigação de significados, optou-se por pesquisa com metodologia qualitativa. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1994, p.22), “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas”.

Na presente pesquisa investigamos os significados inculcados na ação do enfermeiro militar de nível médio no cuidado à clientes em situações adversas, identificando, compreendendo e discutindo cada ação/significado envolvidos neste processo (cuidando em guerra), o qual possibilitou o entendimento e apontamento de mudanças na realidade

estudada em diversos âmbitos da enfermagem (capítulo correspondente a análise de dados e considerações finais). Isto só foi possível mediante a apropriação dos preceitos da pesquisa qualitativa e do referencial adotado, que otimizou toda a construção desta tese de doutoramento, a Teoria Fundamentada nos Dados, a qual fornece ferramentas que permitem explorar a riqueza e a diversidade da experiência humana primando pela geração de novos conhecimentos. A seguir será apresentando uma súmula acerca do referencial metodológico utilizado.

A “Grounded Theory” ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), como foi traduzida para o português, visa compreender a realidade a partir da percepção ou “significado” que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação (STRAUS; CORBIN, 2002, p.14).

Insere-se, segundo Cassiani; Caliri e Pelá (1996, p.76), na classificação das pesquisas interpretativas, como uma variante do Interacionismo Simbólico ao lado dos estudos etnográficos. A TFD foi desenvolvida pelos sociólogos americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss, no início da década de 60. Tem sido utilizada para gerar teorias de pequeno e médio porte porque estão fundamentadas em observações do mundo real.

Cassiani, (1994, p.3), faz um comentário interessante sobre a TFD para nós enfermeiros, quando diz que “foi desenvolvida por dois sociólogos americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss, trabalhando em colaboração com um grupo de enfermeiras americanas, alunas do Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade da Califórnia, dando início a uma série de pesquisas relacionadas a contextos de assistência de enfermagem com o desenvolvimento de teorias relacionadas à prática da enfermagem assim como o desenvolvimento do próprio método”. Estas enfermeiras pesquisadoras, entre outras, divulgaram a TFD através de publicações de suas pesquisas, implementaram

mudanças e aperfeiçoaram o método, no sentido de facilitar a sua operacionalização e compreensão.

Desta forma, verificamos o engajamento e o despontar, desde o início da construção deste referencial de um amálgama de conhecimentos, tendo sido desde então utilizado por diversas áreas do saber, em especial pela enfermagem.

Complementando as palavras de Cassiani, (Op. Cit, p.4), Trezza (2002, p. 25) salienta que de acordo com a perspectiva interacionista a TFD volta-se para o conhecimento da “percepção ou do significado que determinada situação ou objeto tem para o outro”. Busca fazer emergir da realidade um conhecimento que nela existe, mas que ainda é desconhecido, ou como nos diz Cassiani (Op. Cit., p.55), constrói “indutivamente uma teoria assentada em dados, através da análise qualitativa destes e que, agregada ou relacionada a outras teorias, poderá acrescentar ou trazer novos conhecimentos à área do fenômeno”.

Tal afirmação esclarece também, que a TFD não se constrói a partir de teorias já existentes, mas sim a partir de dados da própria cena social. Não tem a pretensão de provar ou refutar o produto de seus achados(TREZZA, 2002 p.26). Strauss e Corbin (2002, p.15) informam que ela busca acrescentar outras perspectivas ou explicações para o objeto em estudo, com o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos, características essas próprias de toda teoria.

As teorias podem ser elaboradas a partir do raciocínio indutivo e dedutivo ou então pela combinação de ambos, conforme informa Cassiani (1994, p.54). Outras características deste referencial merecem destaque, as quais baseiam-se em Lacerda (2000), Chenitz; Swanson (1986), Strauss; Corbin (2002), Polit; Hungler (1995) Cassiani; Caliri; Pelá (1996), Santos; Nóbrega (1994), Trezza (2002), Jorge (1997), Cassiani (1994) e Vargens (1997):

✎ a geração de teorias ocorre a partir dos dados obtidos da cena social e/ou mediante depoimentos de sujeitos que vivenciaram determinada situação. No que tange a presente pesquisa refere-se ao cuidado desenvolvido por enfermeiros militares em situações limítrofes. O conhecimento é construído a partir da compreensão da interação social existente, é uma via de mão dupla:

enfermeiro militar ↔ cuidado ↔ situação de guerra ↔ cliente⁸,

concernente ao ambiente e às ações humanas realizadas;

✎ complementando o item anterior, as teorias geradas podem ser formais ou substantivas, sendo que estas são desenvolvidas em áreas de pesquisa empírica. No que se refere às formais, estas existem no nível conceitual, elucidando um processo que transcende e deriva de várias teorias substantivas;

✎ a revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa; ao contrário, é a teoria que emerge da coleta e análise dos dados que direciona o pesquisador a obter mais dados também na literatura;

✎ as hipóteses não são criadas antes do investigador iniciar a coleta de dados; dizem respeito a relações conceituais, relação entre categorias que vão sendo formuladas no processo de coleta e análise dos dados;

✎ ao invés de seguir passos lineares o pesquisador examina os dados assim que são obtidos e inicia a codificação, categorização, conceitualização e escreve suas primeiras reflexões, logo no início do estudo;

✎ o método é circular e por isso permite ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outra direção, revelada pelos novos dados que vão entrando em cena;

✎ memos ou memorandos consistem em formas de registros referentes à formulação da teoria e podem tomar conformação de notas teóricas⁹, notas

⁸ Grifo da autora.

metodológicas¹⁰, notas de observação¹¹ e subvariedade delas. Eles são construídos durante todo o processo de coleta e análise dos dados;

- ✎ Amostragem Teórica é um tipo de coleta de dados utilizado na TFD em que o pesquisador coleta, codifica e analisa seus dados e decide quais dados deverá coletar a seguir e onde encontrá-los, a fim de desenvolver a teoria que está emergindo. O objetivo desse tipo de amostragem é selecionar incidentes, eventos que venham a contribuir para desenvolver e relacionar as categorias que possam estar se manifestando através dos dados. O procedimento de amostragem teórica deve ser contínuo, até que os dados comecem a se repetir, ao que denominaram de “saturação teórica”.
- ✎ coleta e a análise dos dados ocorrerem simultaneamente. Tal procedimento é conhecido como comparação constante. Através desse movimento é possível elaborar e aperfeiçoar categorias relevantes, que, a todo momento, são comparadas aos achados obtidos desde o início da coleta, permitindo desse modo que elementos comuns e variações possam ser determinados;
- ✎ Sensibilidade Teórica é a qualidade que deverá ser desenvolvida pelo investigador, que envereda por esse tipo de metodologia, tendo como base sua experiência profissional e pessoal e o saber produzido na área em estudo. Permite-lhe ter “insights” acerca dos fenômenos que lhe aparecem e desenvolver a habilidade de entender, de reconhecer e dar significado aos dados.

⁹ “Quando o pesquisador chegando aos fatos, registra a interpretação e inferências, faz hipóteses, e desenvolve novos conceitos. Estabelece a ligação com outros conceitos já elaborados, fazendo interpretações, inferências e outras hipóteses.” (JORGE, 1997, p.38).

¹⁰ “São anotações que refletem um ato operacional completo ou planejado: uma instrução a si próprio, um lembrete, uma crítica a suas próprias estratégias. Referem-se aos procedimentos e estratégias metodológicos utilizados, às decisões sobre o delineamento do estudo, aos problemas encontrados na obtenção dos dados e a forma de resolvê-los”. (*Op. Cit*, p. 38-39).

¹¹ “São descrições sobre eventos experimentados principalmente através da observação e audição. Contem a menor interpretação possível” (*Op. Cit*, p. 38).

A partir desta breve explanação, serão apresentados, consecutivamente, o caminho percorrido para construção do modelo teórico desta pesquisa. Assim, serão apresentados o caminho metodológico concatenado com os preceitos da Grounded Theory.

Os sujeitos desta pesquisa são militares, integrantes da equipe de saúde que tenham participado de situações de conflito. Os critérios utilizados para seleção destes profissionais foram os seguintes:

- ✕ Ser militar;
- ✕ Ser integrante da equipe de saúde (enfermeiro (nível médio), médico, dentista, dentre outros);
- ✕ Ter participado de situações adversas (missões de paz, guerras, dentre outros);
- ✕ Ser enfermeiro militar de nível médio ou tê-lo presenciado prestando cuidado nestas situações;
- ✕ Aceite em participar do estudo.

O cenário para coleta dos dados consistiu nas instalações da Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias da Marinha do Brasil, localizado na cidade do Rio de Janeiro. O interesse em desenvolver a pesquisa nesta instituição refere-se ao fato de ser de fácil acesso para ambos: pesquisadora e sujeitos e, principalmente, por se tratar do ambiente/espço de trabalho onde emergiu o problema em investigação. A investigação, a priori, com militares da Marinha do Brasil, consiste no fato da pesquisadora em questão fazer parte desta instituição militar, concatenado com a preocupação de conhecer para, consecutivamente, melhor preparar os enfermeiros que são formados, anualmente, nesta conceituada escola. Assim, formalizamos o início da pesquisa em tela com a carta de apresentação (ANEXO B) e a resposta autorizando (ANEXO C). A seguir foi encaminhado à Comissão de Ética do Hospital um documento (APÊNDICE A) com o

projeto de tese de doutorado, com o intuito de obter a devida autorização, o que foi concedido no próprio expediente.

Mediante a referida aprovação e por tratarem-se de instituição e pesquisadora militares, encaminhamos uma comunicação interna ao Diretor do HNMD solicitando autorização para a realização desta pesquisa (APÊNDICE B), sendo o deferimento exarado no próprio expediente.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2004. Como estratégia para coleta de dados foram realizadas entrevistas abertas com roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE C). De acordo com Caliri, Cassiani e Pelá (1996, p.81) a coleta de dados na Teoria Fundamentada nos Dados, pode ser realizada através de entrevistas e observações. Em virtude da inviabilidade de realizar observações inerentes ao foco do objeto da presente pesquisa, realizaram-se entrevistas com profissionais militares da equipe de saúde, que vivenciaram situações de conflito. A entrevista, segundo Minayo (2000, p.57):

(...) é o procedimento mais usual do trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais (...), se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Como recurso de registro das informações, utilizamos a gravação em fitas magnéticas dos depoimentos dos participantes. Queiroz (1991, p.16), diz que a captação das idéias/falas por meio do gravador aumenta o poder de registro do pesquisador. Acrescenta, ainda, que o emprego dessa técnica na entrevista, com o uso de um roteiro orientador, fornece ao pesquisador a segurança e o domínio sobre os problemas investigados, dando, também um certo grau de liberdade aos sujeitos, que conduzem livremente as suas falas. Quanto a possibilidade de inibição dos participantes frente ao gravador, estes foram orientados para o fato de que as gravações apenas são objetos de coleta fidedigna dos dados, sendo resguardado o anonimato dos informantes, haja vista

que as fitas seriam, como foram, identificadas com letras alfa numéricas; além disso foi-lhes comunicado que em qualquer hipótese se eles não quisessem que fosse usado o gravador, eles poderiam dispor de outro meio que garantisse a sua participação na pesquisa, como a comunicação verbal através da escrita, embora nenhum dos participantes tenha optado por esta forma.

Neste sentido, “o investigador está interessado em compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte da vida cotidiana” (MAZZOTTI, 1998, 168). Neste contexto, Chizzotti (2000, 93) esclarece que “o entrevistador deve permanecer atento às comunicações verbais e atitudinais (gesto, olhar, etc.) sem qualificar os atos do informante, exortá-lo, aconselhá-lo ou discordar das suas interpretações, nem ferir questões íntimas, sem um preparo prévio”.

No que tange ao quantitativo de participantes trabalhamos de acordo com o princípio do ponto de saturação teórica, ou seja, a partir da coleta de dados e concomitante análise, quando do surgimento de conteúdo e consistência dos dados referente a informações recorrentes, encerraram-se os depoimentos (STRAUSS; CORBIN, 2002, p. 231).

Como estratégias para realização das entrevistas, procedemos da seguinte forma: inicialmente contatamos os oficiais que foram para situações de conflito, agendando com eles encontros de modo a apresentar os objetivos da pesquisa com vistas a obter informações acerca dos enfermeiros militares de nível médio que estiveram sob seu comando. A partir das informações sobre tais sujeitos, referente a ocupação atual (uma vez que alguns encontram-se em outros estados ou afastados do serviço (férias, na reserva (aposentados), destacados, dentre outros), procedemos ao convite para cada sujeito, agendando dia, horário e local para a entrevista. No dia agendado, apresentamos-nos, expondo os objetivos de nossa pesquisa, e após elucidados os aspectos da mesma e eventuais questionamentos, procedemos ao início da gravação. Com o gravador ligado, solicitávamos a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D), como forma de atender aos preceitos ético-legais regidos pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Esclarecemos que, este termo, assinado antes da entrevista, garantia o anonimato e que em nenhum momento o nome do profissional seria exposto. Informamos ainda que poderiam desligar-

se da pesquisa, mediante condição de sujeitos investigados, sem nenhum ônus, uma vez que era livre a sua participação.

Após realizarmos as entrevistas estas foram transcritas. Ao término da transcrição, a mesma foi entregue ao sujeito para que fizesse uma leitura e caso concordasse com a transcrição, rubricasse no verso da mesma como forma de, mais uma vez, autorizar seu depoimento. Todos concordaram com a transcrição mas, caso isso não ocorresse, seriam realizadas as correções de acordo com orientações dos sujeitos, onde novamente seriam redigitadas, entregues ao sujeitos, até que estes concordassem com o transcrito mediante rubrica no verso de cada lauda. À medida que coletávamos os dados estes eram submetidos à análise concomitante com vistas a identificar a saturação teórica. Uma vez identificada a saturação, foram submetidos à análise dando continuidade aos preceitos da TFD.

A codificação ou análise é um procedimento através do qual os dados coletados são reorganizados, relacionados e conceitualizados. Segundo Strauss e Corbin (2002, p. 267):

Todo processo analítico que neste momento se inicia tem por objetivos: construir a teoria, dar ao processo científico o rigor metodológico necessário, auxiliar o pesquisador a detectar os vieses, desenvolver o fundamento, a densidade, a sensibilidade e a integração necessária para gerar uma teoria.

Este processo analítico especificado pelos autores em questão, processa-se em três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Os códigos gerados destes três processos, de acordo com Cassiani; Caliri; Pelá (1996, p.80) podem ser de dois tipos: códigos substantivos e códigos teóricos. Enquanto estes se aplicam a esquemas analíticos com intuito de aumentar a abstração, oriundos da codificação aberta e seletiva; aqueles conceitualizam a substância empírica, emergidos da codificação axial. Para otimização deste processo, cabe ressaltar as principais etapas de cada um que foram aplicadas aos dados coletados.

→ **Codificação Aberta:**

Nesta etapa inicial de análise dos dados, o pesquisador procura analisar os dados transcritos linha a linha, estabelecendo códigos que resumam o sentido do que foi

transcrito, usando as próprias palavras dos entrevistados. Todos os dados nesse momento são passíveis de codificação. Os códigos ou unidades de análise são nomeados com uma palavra ou sentença, exprimindo o significado. O pesquisador, neste momento, codifica os incidentes em tantas categorias quanto possíveis. Todos os dados são passíveis de codificação: os dados são codificados, comparados com outros dados e designados em categorias (CASSIANI, CALIRI e PELÁ, 1996, p. 80).

→ **Codificação Axial:**

Esta etapa visa a formação e desenvolvimento de conceitos a partir das conexões traçadas no tocante a emersão dos códigos/categorias da etapa inicial. A codificação axial é o conjunto de procedimentos e atividades nos quais os dados são agrupados de maneiras novas, sendo feitas as conexões entre as categorias. (STRAUSS; CORBIN, 2002, p.96-97). Para tal, aplica-se o modelo paradigmático proposto por tais autores (Op. Cit., p.99-107). A respeito de tal modelo, Santos; Nóbrega (2002, p.557) elucidam que “tais procedimentos capacitam-nos a pensar sobre os dados e relacioná-los de modo mais complexo de forma que a resposta de cada um de seus elementos possa garantir a saturação teórica”.

Explicam ainda que os procedimentos a que se referem são os seguintes: condições causais, fenômeno, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e consequência (CASSIANI, 1994, p.63). Tais procedimentos podem ser elucidados da seguinte forma:

- ✎ o fenômeno é a idéia/evento/acontecimento central ao qual as ações e interações estão relacionadas, ou seja, consiste na idéia central ou acontecimento sobre o qual o conjunto de ações/interações são dirigidas;
- ✎ as condições causais são os elementos/ situações que possibilitam o surgimento do fenômeno;

- ✕ o contexto é a especificidade que envolve o fenômeno e o que condiciona a ação/ interação, ou seja, conjunto específico de propriedades que dizem respeito a um fenômeno dentro das quais as estratégias de ação/interação são tomadas;
- ✕ as condições intervenientes são constituídas pelo tempo, espaço, cultura, situação econômica e tecnológica, história, biografia pessoal, dentre outros, ou seja, facilitam ou constroem as estratégias dentro de um contexto específico;
- ✕ as estratégias de ação/ interação são identificadas com o caráter processual (seqüências, movimento, mudanças, dentre outros), com um propósito, uma finalidade, sendo importante também as não-ações, ou seja, são planejadas para realizar ou responder a um fenômeno;
- ✕ as conseqüências devem ser consideradas como o resultado/ resposta, positiva ou negativa, ou seja, são os resultados atuais ou potenciais da ação/interação, podendo acontecer no presente ou futuro.

→ **Codificação seletiva**

A codificação seletiva consiste no desenvolvimento da categoria central em relacioná-la com as outras categorias, pela análise sistemática. É o processo de selecionar o tema central do estudo, a partir das categorias. Refere-se, portanto, a última etapa do processo de codificação ou análise dos dados, também considerada como a etapa de modificação e integração dos conceitos. Glaser e Strauss (1967, p.109) descrevem-na como sendo a etapa da delimitação da teoria. Essa delimitação começa a ocorrer no momento da redução das categorias e quando elas se tornam teoricamente saturadas, isto é, quando nenhum dado novo ou relevante emerge. O pesquisador descobre o que há de

comum no grupo original de categorias e pode assim formular a teoria, com um grupo pequeno de conceitos de alta abstração.

Cumpramos ressaltar que Lacerda (2000, p.44) refere-se à codificação seletiva esclarecendo que:

(...) o momento de definição da categoria central é de integração das categorias. A categoria central surge no processo de análise, no qual delinea-se a centralidade da categorização, o principal tema ao redor do qual giram todas as categorias.

Assim, a partir da identificação das categorias, buscamos a integração e conexão entre elas, com o intuito de construir o fenômeno central, o qual consistiu na teoria substantiva ou modelo teórico explicativo desta tese de doutoramento.

Cabe ainda salientarmos que para melhor compreensão e visualização dos dados, estes, mediante processo de codificação, foram apresentados por diagramas, possibilitando as conexões que são estabelecidas entre as categorias, pois são representações gráficas ou mensagens visuais das relações entre os conceitos, que facilitam e põem em evidência os escritos.

CAPÍTULO V: Apresentando os dados

V.1 – Caracterização da amostra

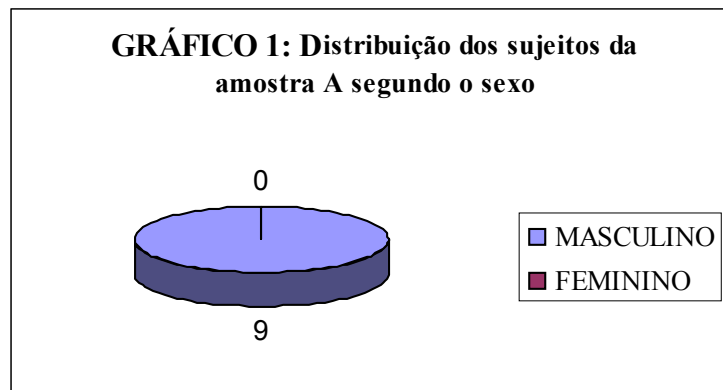
Para a realização desta tese de doutoramento foram necessários três grupos amostrais, os quais contaram com os seguintes quantitativos de sujeitos:

- Grupo Amostral A → 9 sujeitos
- Grupo Amostral B → 6 sujeitos
- Grupo Amostral C → 27 sujeitos

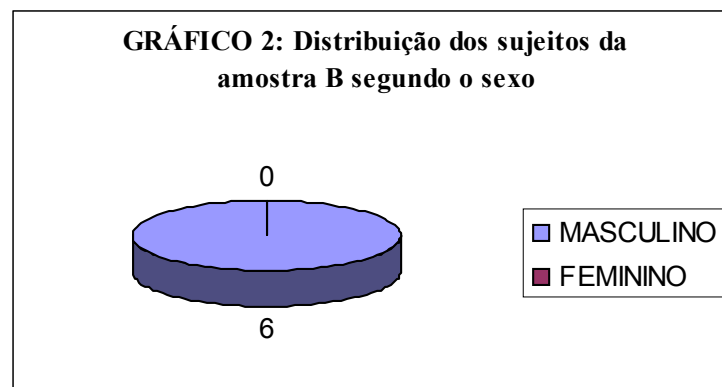
Cabe ressaltar que este último grupo amostral, o qual constou de 27 militares, será caracterizado e discutido no penúltimo capítulo, uma vez que este tem como característica peculiar o fato de ter sido o grupo utilizado para validação da teoria substantiva. Assim, serão caracterizados os dois primeiros grupos, apresentados, analisados e discutidos os códigos emergidos de seus discursos para a codificação da teoria e esse mesmo processo será desenvolvido no sentido de validar a teoria com base nas experiências e vivências dos demais 27 sujeitos.

De modo a otimizar a compreensão das características dos grupos amostrais, estas serão apresentadas por meio de gráficos em pizza e em barras, assim especificados: para cada amostra, em caráter individual, os dados serão dispostos em gráficos no formato de pizza. E para a visualização do todo, grupos amostrais A e B, os dados serão apresentados em um mesmo gráfico, no formato de barras.

A primeira característica a ser apresentada, inerente aos sujeitos deste estudo, será quanto ao sexo. De acordo com os gráficos que se seguem, verifica-se que todos os sujeitos das amostras A e B pertencem ao sexo masculino, enaltecendo a predominância do sexo masculino nas Forças Armadas.

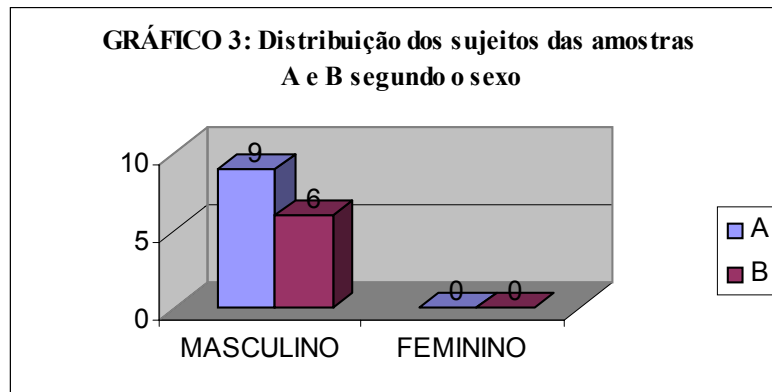


Evidencia-se, no gráfico acima, que dos nove (09) sujeitos entrevistados do grupo amostral A, todos pertencem ao sexo masculino.

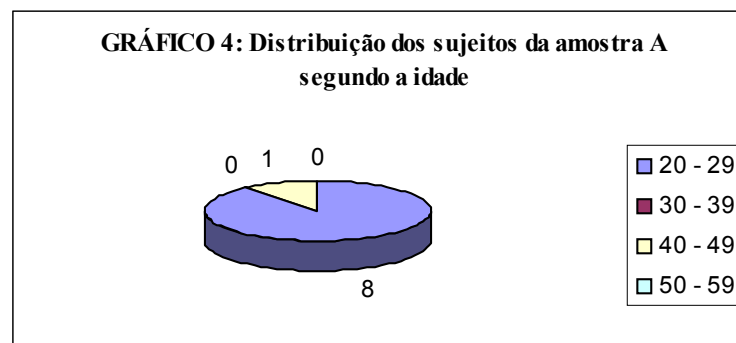


Em relação ao grupo amostral B, verifica-se também que, de acordo com o exposto no gráfico acima, todos os entrevistados pertencem ao sexo masculino, num total de seis (06) sujeitos.

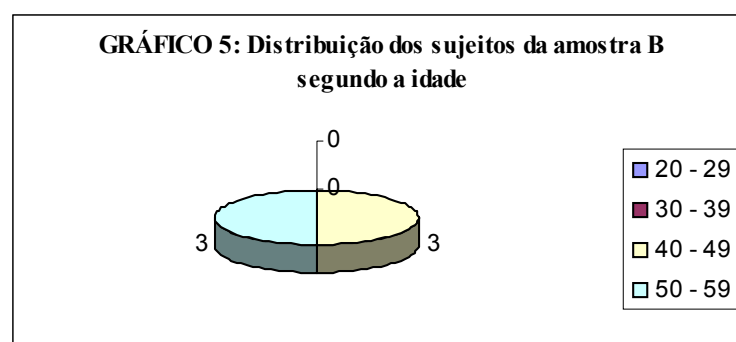
O gráfico a seguir mostra os 15 entrevistados, dispostos por sexo.



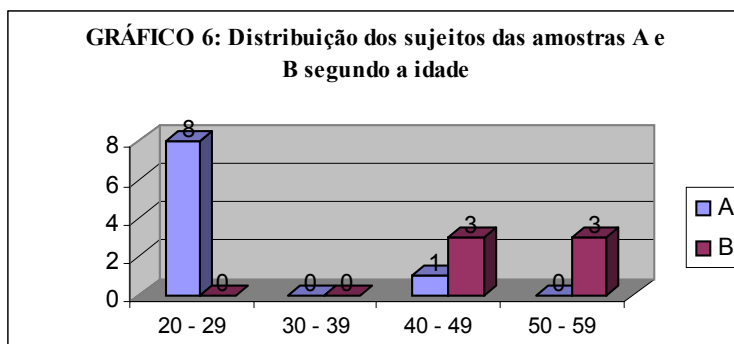
De acordo com a faixa etária, observa-se que no gráfico a seguir, o grupo amostral A contou com um maior quantitativo de sujeitos com faixa etária entre 20 e 29 anos (total de 8) e apenas um (01) sujeito, com faixa etária compreendida entre 40 e 49 anos.



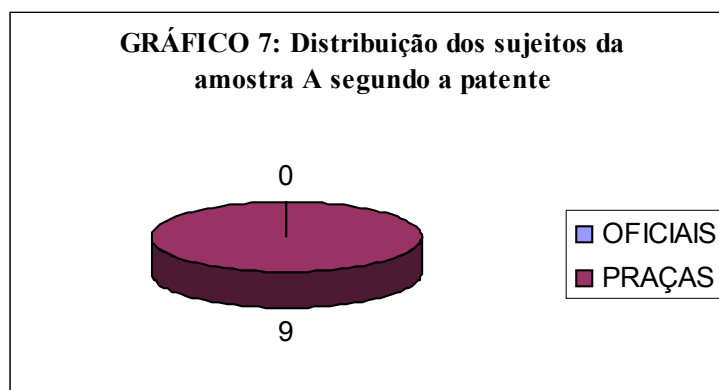
No tocante ao grupo amostral B, o gráfico a seguir apresenta um total de três (03) sujeitos com faixa etária entre 40 e 49, seguido de outros três (03), com faixa etária de 50 a 59 anos.



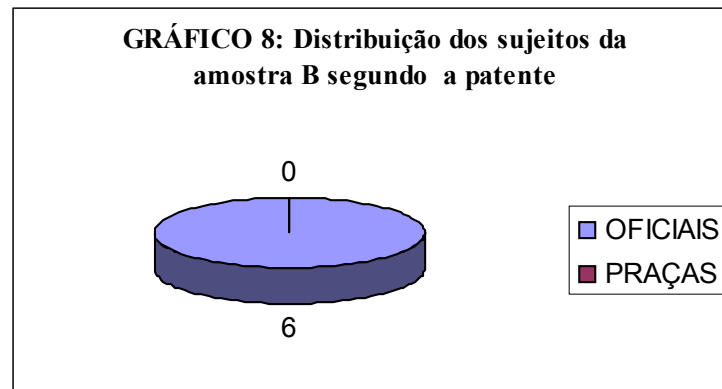
No que concerne a distribuição dos dois grupos amostrais, A e B, verifica-se no gráfico abaixo que dos 15 militares entrevistados oito possuem idade entre 20 e 29 anos, seguido de quatro com idade entre 30 e 39 anos e três com idade correspondente ao intervalo de 50 a 59 anos.



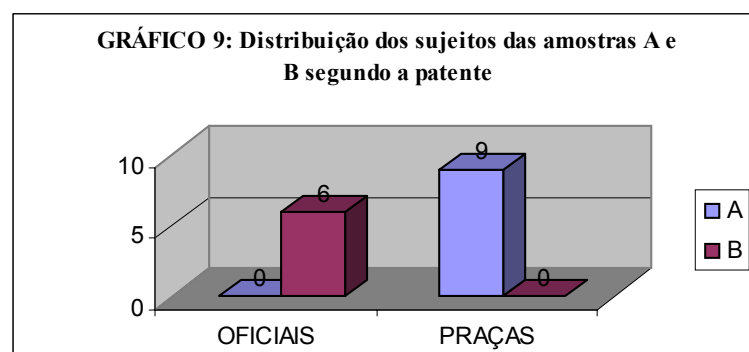
O gráfico a seguir trata da distribuição dos sujeitos de acordo com a patente a qual pertencem, ou seja, se são oficiais(nível superior) ou praças(nível médio). No grupo amostral A, observa-se que todos os sujeitos entrevistados são praças da MB.



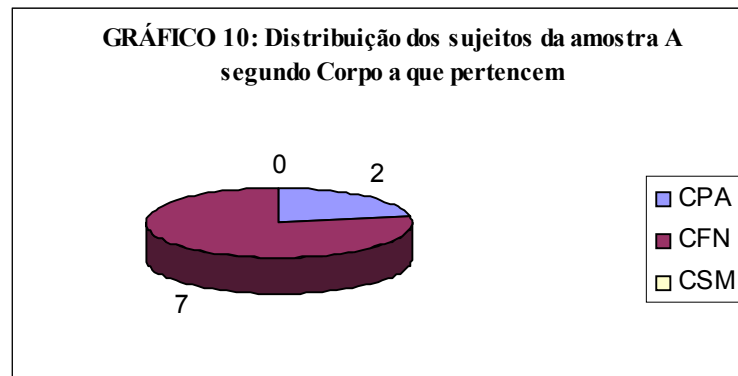
No grupo amostral B, o gráfico abaixo denota que todos os sujeitos pertencentes a este grupo são oficiais da MB.



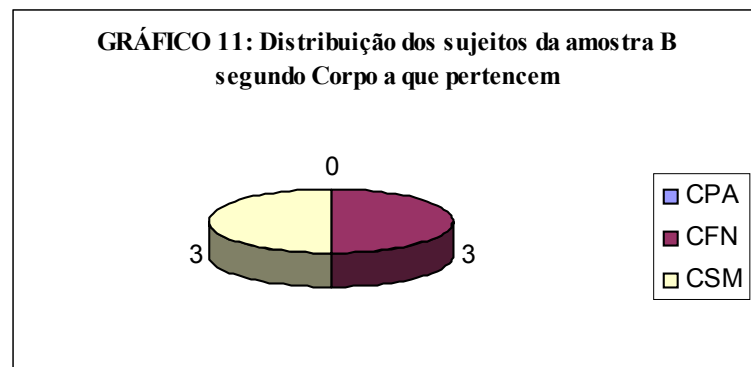
O gráfico a seguir apresenta todos os sujeitos dos grupos amostrais A e B, distribuídos conforme a patente a qual pertencem, dos quais nove são praças e seis, oficiais.



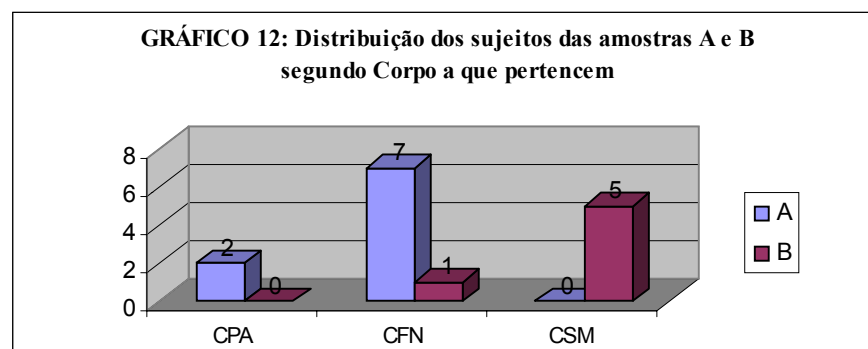
Em relação a distribuição dos sujeitos de acordo com o quadro a que pertencem, evidencia-se a partir do gráfico que, no grupo amostral A, sete (07) são do Corpo de Fuzileiros Navais (CFN) e dois (02) são do Corpo de Praças da Armada (CPA)



Em relação ao grupo amostral B, conforme gráfico a seguir, dos seis sujeitos entrevistados, três (03) pertencem ao Corpo de Saúde da Marinha (CSM) e outros três (03), ao CFN.

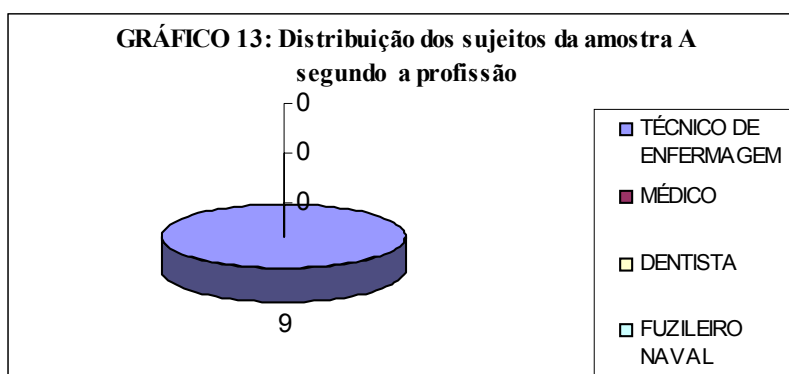


No tocante à distribuição de todos os sujeitos dos grupos amostrais A e B, a disposição dos mesmos, em termos do Corpo ao qual pertencem, podem ser assim verificados, conforme o gráfico a seguir.

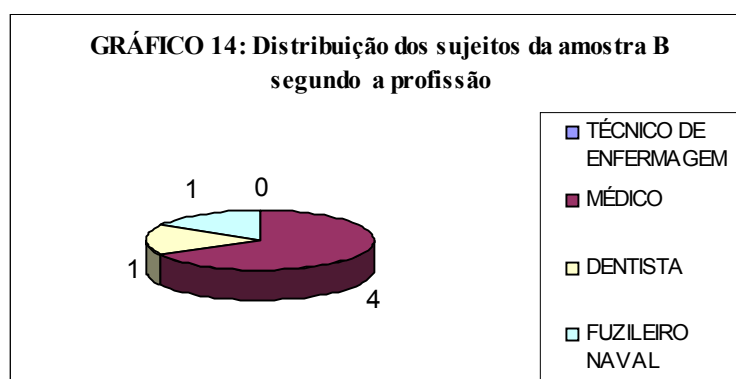


Observa-se no gráfico acima que do total de 15 sujeitos das amostras A e B, dois são do CPA, seis são do CSM e 11 são do CFN.

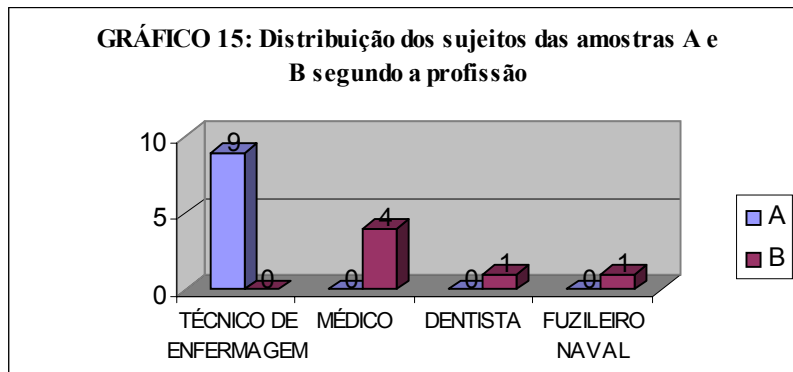
Em relação à distribuição dos sujeitos segundo a profissão que exercem, verifica-se no gráfico a seguir que na amostra A todos os sujeitos entrevistados (nove, 09) são técnicos de enfermagem, onde em âmbito militar são provenientes do Curso de Aperfeiçoamento de Praças Enfermeiros (C-AP-EF).



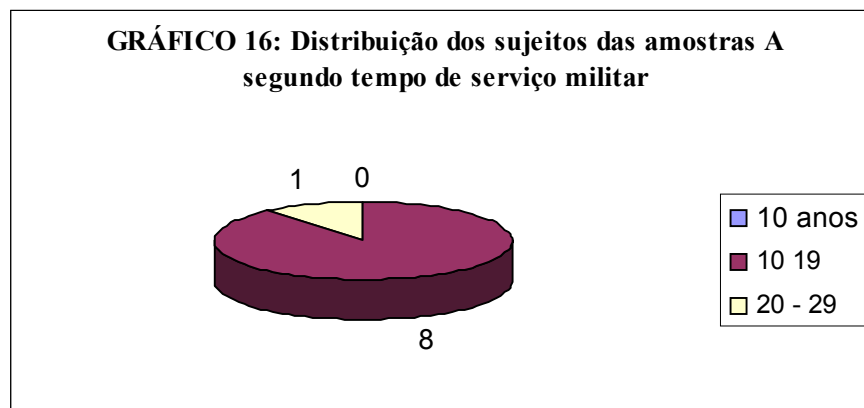
Em relação ao Grupo amostral B, entrevistou-se quatro médicos (04), um (01) dentista e um (01) oficial fuzileiro naval, conforme gráfico abaixo.



No tocante a distribuição dos grupos amostrais A e B concatenados, evidencia-se que o delineamento da teoria substantiva pautou-se na vivência e experiência de nove técnicos de enfermagem, quatro médicos, um dentista e um fuzileiro naval.

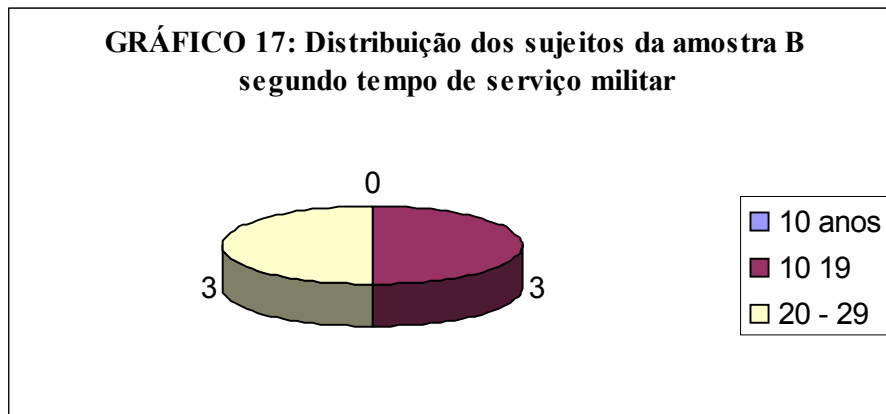


Em relação ao tempo de serviço militar, a distribuição dos militares entrevistados do primeiro grupo amostral, observa-se que a maioria possui de 10 a 19 anos de serviço militar ativo (total de oito), seguidos de um militar com tempo de serviço compreendido entre 20 a 29 anos.



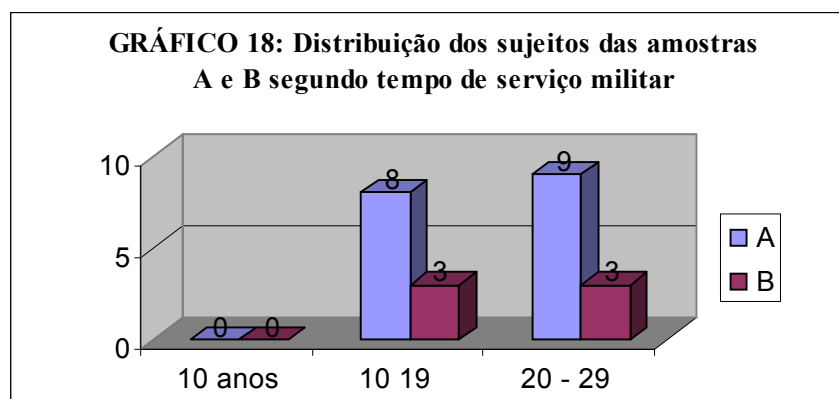
No que tange ao grupo amostral B, observa-se no gráfico a seguir que dos seis sujeitos entrevistados, três possuem tempo de serviço compreendido entre 10 e 19 anos e outros três com período compreendido entre 20 e 29 anos.

GRÁFICO 17: Distribuição dos sujeitos da amostra B segundo tempo de serviço militar



Ao concatenar os sujeitos dos grupos amostrais A e B, conforme gráfico a seguir, evidencia-se que de acordo com o tempo de serviço militar, 12 possuem o correspondente ao período de 20 a 29, enquanto um menor quantitativo, correspondente a três, possuem tempo de serviço entre 10 e 19 anos.

GRÁFICO 18: Distribuição dos sujeitos das amostras A e B segundo tempo de serviço militar



V.2 – Delineamento da Teoria Substantiva

O tema central desta tese, A ENFERMAGEM MILITAR GERENCIANDO O CUIDADO EM SITUAÇÕES DE GUERRA, foi consubstanciado em quatro categorias, a saber:

1. INDO EM BUSCA DOS MEIOS DE PRESTAR O CUIDADO;
2. ESTABELECENDO CRITÉRIOS PARA CUIDAR EM SITUAÇÃO ADVERSA;
3. SUGERINDO ESTRATÉGIAS PARA O ENFERMEIRO MILITAR ATUAR EM SITUAÇÕES ADVERSAS; e
4. CONSTRUINDO UM MODELO DE PERFIL DO ENFERMEIRO OPERATIVO.

O delineamento de tais categorias, concomitantemente com seus respectivos códigos preliminares, serão apresentados e discutidos a seguir.

1 – INDO EM BUSCA DOS MEIOS DE PRESTAR O CUIDADO

Esta categoria é composta pelas seguintes subcategorias: **idealizando o ambiente do cuidado em situação adversa; tentando prestar o cuidado, tendo dificuldades de conseguir meios de agir e tendo que agir sozinho**; a seguir conceituadas.

1.1 – Idealizando o ambiente do cuidado em situação adversa.

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro1**.

QUADRO 1 – SUBCATEGORIA 1.1: IDEALIZANDO O AMBIENTE DO CUIDADO EM SITUAÇÃO ADVERSA			
COM PO NEN TES	1.1a CONSIDERANDO O LOCAL DO CUIDADO	1.1b CARACTERIZANDO OS RECURSOS OPERACIONAIS QUE POSSIBILITARÃO O CUIDADO	1.1c RECORDANDO GRANDES PERSONAGENS QUE CUIDARAM EM EVENTOS DE GUERRA
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo imagens permanentes do cenário • Comparando com outras situações adversas (furacão, enchente, acidente nuclear, etc) • Providenciando outras informações úteis 	<ul style="list-style-type: none"> • Falando do transporte de doentes para outro local • Tendo dificuldades de restaurar as redes (elétrica, hidráulica, de esgoto, etc) • Idealizando uma infra-estrutura física e do cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando personagens de nossa história • Reportando-se a Anna Nery como exemplo de cuidado • Explicando o cuidado em cenários de guerra

1.1 a – Considerando o local do cuidado (Quadro 2)

QUADRO 2 - COMPONENTE 1.1a: CONSIDERANDO O LOCAL DO CUIDADO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo imagens permanentes do cenário • Comparando com outras situações adversas (furacão, enchente, acidente nuclear, etc) • Providenciando outras informações úteis

No desenvolvimento da prática do cuidado, a enfermagem tem se deparado em seu cotidiano com todas as possibilidades de localização geográfica para atuar, seja em campos de natureza estável como é o caso dos hospitais, que são fixos e estruturados dentro de um padrão mínimo já esperado; em centros ou postos, situados nas diversas comunidades; em domicílios dos mais diversos tipos; e em regiões inóspitas e adversas. Um desses locais que não tem sido descritos nem estudados, mas que fazem parte do cotidiano da prática de muitos é o cuidado de enfermagem prestado nas regiões em conflito.

Quando esses fatos são narrados causam impacto devido ao desconhecimento de muitos em desencadear um assunto não vivenciado. Mas para melhor elaborarmos uma conduta de ação e entendimento, buscamos compartilhar dessa experiência com atores reais que atuaram nesses locais e que manifestaram suas idealizações antes, durante e depois de suas participações no ambiente de guerra.

“ ... a guerra começou ali no porto: onde é que estamos? Que mundo é esse? Que terra é essa?” (2.R12)

“ ... a primeira guerra foi a despedida do navio, onde vimos aquela porção de Brasil indo embora” (2.R8)

“ ... olhando para um lado, olhando para o outro e pensando para onde nós vamos daqui do porto?” (2.R6)

“ ... visualizando fotos das bases e das unidades médicas” (2.Z2)

“ ... lendo relatos de atendimentos” (2.Z3)

“ ... dizendo que sem o capacete hoje não teríamos um jovem soldado já plenamente recuperado mas sim uma baixa fatal regressando para o Brasil em uma urna lacrada” (2.Z5)

1.1 b – Caracterizando os recursos operacionais que possibilitarão o cuidado

(Quadro 3)

QUADRO 3 - COMPONENTE 1.1 b: CARACTERIZANDO OS RECURSOS OPERACIONAIS QUE POSSIBILITARÃO O CUIDADO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Falando do transporte de doentes para outro local • Tendo dificuldades de restaurar as redes (elétrica, hidráulica, de esgoto, etc) • Idealizando uma infra-estrutura física e do cuidado

Para o gerenciamento do cuidado algumas características são básicas para sua execução: onde; quando; como; quem; o que e porquê cuidar.

Para estruturar o cuidado é necessário saber onde será prestado. Existem meios para fazê-lo? É possível desenvolvê-lo completamente? São questões iniciais para quem cuida, principalmente em situações diferenciadas como na guerra.

Os meios significam toda a infra-estrutura física, material e humana.

Em que ocasião será prestado? É necessário, em muitos casos, ser imediatamente, no próprio local que o combatente sofreu o agravo, do jeito que for possível socorrer; a emergência principal, pois caso contrário haverá baixa (perda) parcial ou total da vítima.

Para que o enfermeiro militar atue como gerente e ator do cuidado em situações adversas ele é quem seleciona que recursos reais existem e quais ele possui em seus pertences (mochila / bornal).

Além disso precisa prever o deslocamento dos feridos e para onde encaminhá-los ou levá-los.

Na região em que chegar traça um diagnóstico inicial da situação encontrada bem como, planeja estratégias de ação.

“ ... no hospital local não tinha luz e o ferido agonizava na maca até morrer” (1.R10).

“ ... estando num ambiente sem controle de infecção” (3.F7).

“ ... cuidando num local contaminado” (3. F8).

“ ... tentando restabelecer o paciente que tentaram matar, sem saber se fazia o bem ou o mal” (3.D6).

“ ... na passagem da tormenta “Jeanne” com inundação da cidade de Gonaives com mais de 2000 mortos, foi prestado apoio à população local, com transporte de alimentos e medicamentos, oriundos do Brasil e outras nações” (3.S1).

1.1 c – Recordando grandes personagens que cuidaram em eventos de guerra (Quadro 4).

QUADRO 4 - COMPONENTE 1.1c: RECORDANDO GRANDES PERSONAGENS QUE CUIDARAM EM EVENTOS DE GUERRA	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando personagens de nossa história • Reportando-se a Anna Nery como exemplo de cuidado • Explicando o cuidado em cenários de guerra

A referência feita à atuação de Anna Nery por ocasião da Guerra do Paraguai enaltece mais uma vez que o cotidiano da prática do cuidado em cenários de guerra é bastante antigo. Apenas não foram descritos com narrativas pontuais que pudessem esclarecer em forma de protocolos para os diversos tipos de atendimentos necessários aos possíveis acidentes / agravos que possam atingir os combatentes no *front* ou em áreas de risco.

Cabe ressaltar que personagens como Anna Nery cuidaram em cenários de guerra tendo que entender o que acometia cada ferido independente do idioma que ele falasse, o que demonstra que o cuidado vai além da comunicação verbal.

“Não esquecendo que aprendemos que é para o ser humano e que o enfermeiro cuida mesmo que do inimigo” (9.C13).

“Incorporando aquele espírito de trabalho construtivo” (9.C16).

“Enfermeiro! Sendo chamado em todos os idiomas, era um desespero total: paciente com malária, desmaiando, todo mundo gritando; a gente mesmo até sente o baque, sensação de que todos estavam morrendo sem entender o que eles falavam” (7.H1).

1.2 – Tentando prestar o cuidado

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 5**.

QUADRO 5 - SUBCATEGORIA 1.2: TENTANDO PRESTAR O CUIDADO			
COM PO NEN TES	1.2a CONHECENDO PESSOAS DE DIFERENTES LOCALIDADES GEOGRÁFICAS	1.2b ALMEJANDO APRENDER A CUIDAR NO CENÁRIO DE GUERRA	1.3c ABRAÇANDO O CUIDADO COM CARINHO E AMOR
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhando com o pessoal da ONU • Trabalhando com militares de outras forças armadas • Atendendo tanto a população local como militares de outros países 	<ul style="list-style-type: none"> • Querendo prestar o cuidado certo • Fazendo tudo que estiver ao alcance • Tendo que prestar o cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupando-se com o resultado • Tratando e socorrendo • Sabendo que é difícil identificar se fazia o bem ou o mal • Zelando pela vida alheia • Fazendo o trabalho com amor e dedicação • Trazendo conforto para o paciente • Sabendo conquistar a confiança do outro

1.2a – Conhecendo pessoas de diferentes localidades geográficas (Quadro 6)

QUADRO 6 - COMPONENTE 1.2a: CONHECENDO PESSOAS DE DIFERENTES LOCALIDADES GEOGRÁFICAS	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhando com o pessoal da ONU • Trabalhando com militares de outras forças armadas • Atendendo tanto a população local como militares de outros países

É necessário que os profissionais de enfermagem mantenham-se cada vez mais atualizados sobre as notícias diárias que circulam no mundo em relação a todas as áreas, principalmente as internacionais. É desagradável para o paciente / cliente não poder ser acompanhado em seu raciocínio quando fala de seu país ou de sua cidade. Cada vez mais urge que o enfermeiro seja também detentor de um conhecimento global para cuidar. Os jornais facilitam o acesso às informações e hoje o profissional desatualizado em qualquer nível não consegue prestar o cuidado mais simples e na interação com o outro que é cuidado ocorrerão barreiras imediatas se o detentor do cuidado não for também o detentor das informações.

“ ... fazendo integração cultural” (10.C18).

“ ... necessidade do doente de conversar” (10.H10).

“ ... cuidando de desconhecidos, de qualquer nacionalidade, de qualquer país” (9.C6).

1.2 b – Almejando aprender a cuidar no cenário de guerra (Quadro 7).

QUADRO 7 - COMPONENTE 1.2 b ALMEJANDO APRENDER A CUIDAR NO CENÁRIO DE GUERRA	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Querendo prestar o cuidado certo • Fazendo tudo que estiver ao alcance • Tendo que prestar o cuidado

O cenário de guerra em que serão prestados os cuidados aos combatentes feridos é estudado com rigor aqui no Brasil antes da partida do militar.

É realizado estágio de capacitação pré-comissão conforme os assuntos discriminados:

- Convenções de Genebra e Direito Internacional Humanitário
- Informações de interesse geo-político e operacional sobre o país em conflito
- Minas e armadilhas
- Armamento e tiro
- Montagem e desmontagem de instalações de saúde em campanha
- Utilização do Equipamento de Visão Noturna (EVN)¹
- Composição do Equipamento Individual Básico para o Combate (EIVC)² e material de estacionamento
- Operação de equipamentos de comunicações
- Utilização e orientação terrestre com *Global Position System* (GPS) – Sistema de Posicionamento Global.

¹ Constituem equipamentos de visão noturna (EVN): PVS4 que é uma luneta de acoplagem em fuzil; o TVS5 que é uma luneta nos mesmos moldes da PVS4, um pouco maior, um designador laser e óculos de visão noturna (OVN).

² Constituem Equipamento Individual Básico para o Combate (EIBC): Capacete, suspensório, cinto simples, cantil, capa para cantil, caneco para cantil, colete, mochila, edredom, poncho, marmita e talher articulável.

Esse é o programa básico do referido estágio, mas devem também ser considerados os aspectos sanitários do país onde será realizada a missão, presença de endemias e riscos principais, entre tantos que se façam necessários e previstos para aquele cenário específico.

Como não existem protocolos formais do cuidado em situações de guerra, cada profissional de saúde que é designado para este tipo de comissão sabe que terá que dar conta e gerenciar a execução desse cuidado diferenciado em todos os aspectos.

O profissional sabe que estará sob tensão permanente e que o diferencial de sua profissão é que na guerra além de salvar vidas ele precisa como condição primordial salvar a sua vida em primeiro lugar pois ele é o único com aptidão e responsabilidade para cuidar dos outros. Dito isso cabe enfatizar que a morte é sua companheira mais próxima e o cuidado com ela faz parte de seu aprendizado. Ela é parte integrante desse cuidado nesse cenário.

“ ... O profissional que está na linha de frente é o que vai prestar aquele primeiro socorro ali não muito especializado” (3. M2).

“ ... demonstrando como confortar enquanto cuida, estando presente na hora certa, cuidando e sabendo conquistar a confiança do outro” (3.R1).

1.2c – Abraçando o cuidado com carinho e amor (Quadro 8)

QUADRO 8 - COMPONENTE 1.2c: ABRAÇANDO O CUIDADO COM CARINHO E AMOR	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupando-se com o resultado • Tratando e socorrendo • Sabendo que é difícil identificar se fazia o bem ou o mal • Zelando pela vida alheia • Fazendo o trabalho com amor e dedicação • Trazendo conforto para o paciente • Sabendo conquistar a confiança do outro

Quando o ser humano cuida de outros em momentos adversos além do preparo profissional percebe-se nitidamente que fatores emocionais são acionados indo além das expectativas normais. Poderíamos comparar ao cuidado que uma mãe tem pelo seu filho recém-nascido. Está ligado ao amor-doação. Esse cuidado é portanto uma especificidade do amor e para isso o enfermeiro se supera e seu humanismo é colocado à prova a todo instante. Ele precisa vencer barreiras, muitas vezes fica noites sem dormir só para ficar ao lado dos que sofrem, esquecendo de si até a solução do problema.

Ao mesmo tempo não pode escolher de quem cuidar.

O soldado que ele cuida hoje, amanhã poderá estar na linha inimiga atirando nele e em seus companheiros. O bem e o mal caminham juntos e na guerra quando o enfermeiro cuida ele não pode selecionar. Ele cuida de todos com e por amor à vida humana. É a ética do humano e de seu humanismo, ou seja, alguns pesquisadores já comprovaram embasados por exames de ressonância magnética que o ser humano é do bem. É preciso antes de tudo ter auto-estima e conseqüentemente veremos presentes atitudes solidárias e altruístas¹².

Em relação ao mal não pode ser separado da virtude. Sabemos que o mal está ligado à entropia, à preguiça, ao pecado entre outros elementos dissonantes.

Então o bem ou virtude levanta a questão do divino e da criação e o mal ao não divino e à ausência de criação e mesmo da anulação. E o cuidado conecta-se aos dois, um ao medo e o outro ao amor.

“ ... Estando ao lado do paciente, tranquilizando e orientando, trazendo conforto para ele” (3.C13).

“ ... Comparando o enfermeiro com uma mãe” (3.C7).

¹² Revista O Globo de 16/01/2005 – Reportagem: Ser humano é altruísta – Tatiana Clébicar.

1.3 – Tendo dificuldades de conseguir meios de agir.

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 9**.

QUADRO 9 - SUBCATEGORIA 1.3: TENDO DIFICULDADES DE CONSEGUIR MEIOS DE AGIR.			
COM PO NEN TES	1.3a REFERINDO-SE A RECURSOS HUMANOS PARA CUIDAR	1.3b REFERINDO-SE A RECURSOS MATERIAIS PARA CUIDAR	1.3c REFERINDO-SE A DIFICULDADES DE TEMPO E ESPAÇO PARA CUIDAR
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo pouquíssimos profissionais para prestar apoio • Sabendo que a equipe é reduzida • Explicando que a equipe da medicina operativa é menor 	<ul style="list-style-type: none"> • Morrendo por falta de recurso material • Faltando meios de cuidar • Tendo falta de equipamentos complexos • Tendo falta de meios assépticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Vendo um homem morrer de dor • Tendo pouco tempo • Tendo falta de espaço seguro • Precisando funcionar e não possuindo espaço para comportar

1.3 a – Referindo-se a recursos humanos para cuidar (Quadro 10).

QUADRO 10 - COMPONENTE 1.3 a: REFERINDO-SE A RECURSOS HUMANOS PARA CUIDAR	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo pouquíssimos profissionais para prestar apoio • Sabendo que a equipe é reduzida • Explicando que a equipe da medicina operativa é menor

Na guerra ou em situações adversas o enfermeiro militar, seja auxiliar ou técnico de enfermagem será na maioria das vezes o detentor do cuidado. Ele será o gerente e o

cuidador, será um misto de padre, de psicólogo, de administrador, de nutricionista, enfim de toda uma equipe em que ele será o canal executor do cuidado. E o mais interessante é que mesmo sozinho ele precisa ter a solução de tudo num mesmo recorte espaço-temporal. Nesse momento ele precisa saber priorizar o essencial do desnecessário e saber decidir entre o certo e o errado. Não pode compartilhar e para isso precisa ter conhecimento e preparo.

“ ... tentando restabelecer o paciente que tentaram matar, sem auxílio” (3.D6).

“ ... atendendo simultaneamente a 6 / 7 militares” (3.H5).

“ ... um número maior de enfermeiros é destacado em relação ao de médicos porque o nosso número de médicos é bem reduzido” (4.V6).

1.3b – Referindo-se a recursos materiais para cuidar (Quadro 11)

QUADRO 11 - COMPONENTE 1.3b: REFERINDO-SE A RECURSOS MATERIAIS PARA CUIDAR	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Morrendo por falta de recurso material • Faltando meios de cuidar • Tendo falta de equipamentos complexos • Tendo falta de meios assépticos

Os recursos humanos são fundamentais como agentes operacionais do cuidado de enfermagem. Na adversidade eles são insubstituíveis, mas para a ação de cuidar ser executada principalmente em grandes emergências são indispensáveis os meios operacionais, ou seja, os recursos materiais.

O enfermeiro militar usa em sua andaina (uniforme) um bernal (mochila) que corresponde no meio civil a uma maleta de primeiros socorros. É ele quem gerencia a

seleção, a reposição e a manutenção do material e equipamentos para cuidar na urgência. Assim, é ele o responsável por providenciar tais recursos esteja onde estiver. Quando houver falha ou falta de material, com certeza vidas estarão em risco e na guerra esse tipo de ocorrência é muito grave. É como se pudéssemos comparar aquele bernal à uma mini-emergência ambulante; é necessário ter um pouco de tudo.

“ ... vendo um homem morrer de dor” (4.F1).

“ ... morrendo por falta de recurso material” (4.F3).

1.3c – Referindo-se a dificuldades de tempo e espaço para cuidar (Quadro 12)

QUADRO 12 - COMPONENTE 1.3 c: REFERINDO-SE A DIFICULDADES DE TEMPO E ESPAÇO PARA CUIDAR	
C O D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Vendo um homem morrer de dor • Tendo pouco tempo • Tendo falta de espaço seguro • Precisando funcionar e não possuindo espaço para comportar

Para o enfermeiro militar cuidar em situações críticas é necessário que transcenda os princípios de tempo e espaço, observando que a base filosófica do cuidado é o estudo da própria vida. Assim, não podemos desenvolver o cuidado a alguém se estivermos conectados as condições de tempo e espaço que provavelmente nos automatizaria ou escravizaria. É importante realizarmos o cuidado integralmente naquelas condições espaço-temporais que nos defrontamos sem vê-las como obstáculos ou dificuldades. O tempo, é o que o cuidado está sendo ministrado, e o espaço, é aquele possível e onde ocorre sua execução, sem subterfúgios ou ilusões, é o que é, em cada milímetro e em cada

microsegundo vivido. O momento seguinte é o que virá, ou até o que não virá, então o agora é o eterno e o máximo que podemos almejar para nós e para os outros, principalmente em situações de conflito.

“ ... o posto de saúde avançado da Marinha do Brasil em Angola precisava funcionar bem em pouco tempo e não tendo como comportar em seu pequeno espaço a todos que necessitavam de cuidados” (4.C4).

1.4 – Tendo que agir sozinho

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 13**.

QUADRO 13 - SUBCATEGORIA 1.4: TENDO QUE AGIR SOZINHO				
COM PO NEN TES	1.4a AGINDO NA AUSÊNCIA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	1.4b SENTINDO A IMPORTÂNCIA DO PREPARO PROFISSIONAL	1.4c SENTINDO MEDO TENDO QUE DECIDIR SOZINHO	1.4d TENDO QUE DECIDIR SOZINHO
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> Definindo o tipo de acidente, sua extensão e gravidade Lidando com a vida Demonstrando a capacidade Sendo único profissional de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Dando o primeiro socorro às vítimas Sabendo atender emergências reais Fazendo o resgate sozinho Prestando apoio em todos os aspectos 	<ul style="list-style-type: none"> Tendo dificuldades de atender no <i>front</i> Mostrando a realidade do afastamento da prática Mostrando a situação de impotência Sentindo insegurança Estando sozinho Prestando os primeiros socorros com medo 	<ul style="list-style-type: none"> Tendo que tomar a decisão do que e como cuidar Vivenciando a prática do dia-a-dia no <i>front</i> Fazendo o procedimento elaborado Indo sozinho para resgate

1.4a – Agindo na ausência de profissional de nível superior (Quadro 14).

QUADRO 14 - COMPONENTE 1.4a AGINDO NA AUSÊNCIA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Definindo o tipo de acidente, sua extensão e gravidade • Lidando com a vida • Demonstrando capacidade • Sendo único profissional de saúde

A autonomia segundo Abbagnano (2000, p. 97) é um termo que foi introduzido por Kant para designar a independência da vontade em relação a qualquer desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria que é a razão. Essa razão prática é a liberdade no sentido positivo. Então “todo ser racional deve considerar-se fundador de uma legislação universal”.

Isso posto, cabe salientar que o profissional de enfermagem na esfera militar, ou seja, no preparo para a guerra, que é seu dever, precisa que esse preparo seja tão rigoroso e abrangente que por si só gera autonomia em suas ações de cuidar naquele ambiente hostil (agressivo). E os que precisam de seus cuidados confiam solenemente em seu profissionalismo.

“... prestando o primeiro socorro sem profissional de nível superior” (6.F17).

1.4b – Sentindo a importância do preparo profissional (Quadro 15)

QUADRO 15 - COMPONENTE 1.4b SENTINDO A IMPORTÂNCIA DO PREPARO PROFISSIONAL	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Dando o primeiro socorro às vítimas • Sabendo atender emergências reais • Fazendo o resgate sozinho • Prestando apoio em todos os aspectos

Nesse componente podemos considerar que em qualquer situação o bom desempenho das ações de um profissional é a razão direta de sua competência. Ele precisa na enfermagem militar concatenar com mais rigor todos os conhecimentos adquiridos durante o curso, pois os fundamentos adquiridos é que serão seu alicerce para sempre e naquele meio hostil fatores como OBSERVAÇÃO RIGOROSA, CRIATIVIDADE e DECISÃO serão sua bússola para cuidar: terá que ser ágil na observação do todo e das partes e quando agir não poderá contar com instrumentos de uso diário e comuns na enfermagem hospitalar, como uma bandeja, uma cânula de traqueostomia, uma sonda com numeração específica para cada necessidade, entre tantos, terá que usar sua criatividade e interagir com ela o tempo todo e decidir imediatamente o que fazer sem poder compartilhar essa ação com mais ninguém, a não ser com o outro que tem a vida em suas mãos.

“ ... tendo que resolver de frente os problemas no *front*” (5.C7).

“ ... tendo que salvar vidas” (6.F5).

1.4 c – Sentindo medo (Quadro 16)

QUADRO 16 - COMPONENTE 1.4c SENTINDO MEDO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo dificuldades de atender no <i>front</i>¹³ • Mostrando a realidade do afastamento da prática • Mostrando a situação de impotência • Sentindo insegurança • Estando sozinho • Prestando os primeiros socorros com medo

O enfermeiro na guerra tem como missão salvar as vidas de seus companheiros que tombam em campo de batalha. Um dos testes emocionais mais fortes que ele enfrenta é o medo seja o de errar e seu companheiro perder a vida, seja o do desconhecido que é o próprio massacre, a frieza, o horror da guerra.

O medo chega a paralisar-nos integralmente e lá naquele cenário não pode existir cristalização, pois em questões de segundos as vidas se esvaem. Portanto não se pode parar para ter medo e nem sentir medo. O erro só não ocorre quando não fazemos, e quando fazemos algo temos a chance de acertar em 50% (cinquenta por cento) das vezes. Na guerra não existem espaços para o medo. Ele precisa ser substituído pelo amor.

O desconhecido passará a conhecido e é preciso prosseguir cuidando, socorrendo, confortando.

“ ... outro fato foi uma garotinha que pulou um muro tentando pegar sua boneca e caindo em cima de uma mina, perdendo as duas pernas e morrendo” (7.R14).

¹³ Termo utilizado para designar a ação de estar na frente de combate, ou seja, de estar participando ativamente no teatro de operações.

1.4 d – Tendo que decidir sozinho (Quadro 17)

QUADRO 17 - COMPONENTE 1.4d TENDO QUE DECIDIR SOZINHO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo que tomar a decisão do que e como cuidar • Vivenciando a prática do dia-a-dia no <i>front</i> • Fazendo procedimento elaborado • Indo sozinho para resgate

A decisão corresponde ao que Aristóteles e os escolásticos chamavam de escolha: o momento conclusivo da deliberação no qual se adere a uma das alternativas possíveis. Ele definiu a escolha como “uma apetição deliberada referente a coisas que dependem de nós” (Abbagnano, 2000, p. 232).

E é exatamente assim que o enfermeiro militar seja auxiliar ou técnico, precisa agir, ele terá que tomar uma a uma as decisões que forem necessárias para salvar na ausência de profissional de nível superior.

“... falando que num cenário de guerra você tem que ser “o cara”, se você deixar que o outro pense são minutos que se perdem, são vidas que se vão” (7.R1).

“... mostrando que é o enfermeiro militar que tem que começar aquele cuidado seja o que for, venha o doente como vier, é ele que precisa reverter aquele quadro” (7.R2).

De modo a otimizar a compreensão de todas as subcategorias anteriormente conceituadas, estas se encontram inter-relacionados, a seguir, no **Quadro 18**.

QUADRO 18 – Categoria: Indo em busca dos meios de prestar o cuidado

	QUADRO 18 - CATEGORIA: INDO EM BUSCA DOS MEIOS DE PRESTAR O CUIDADO
--	--

SUBCATEGORIAS	IDEALIZANDO O AMBIENTE DO CUIDADO EM SITUAÇÃO ADVERSA	<p style="text-align: center;">CONSIDERANDO O LOCAL DO CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendo imagens permanentes do cenário • Comparando com outras situações adversas (furacão, enchente, acidente nuclear, etc) • Providenciando outras informações úteis 	<p style="text-align: center;">CARACTERIZANDO OS RECURSOS OPERACIONAIS QUE POSSIBILITARÃO O CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falando do transporte de doentes para outro local • Tendo dificuldades de restaurar as redes (elétrica, hidráulica, de esgoto, etc) • Idealizando uma infraestrutura física e do cuidado 	<p style="text-align: center;">RECORDANDO GRANDES PERSONAGENS QUE CUIDARAM EM EVENTOS DE GUERRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificando personagens de nossa história • Reportando-se a Anna Nery como exemplo de cuidado • Explicando o cuidado em cenários de guerra
	TENTANDO PRESTAR O CUIDADO	<p style="text-align: center;">CONHECENDO PESSOAS DE DIFERENTES LOCALIDADES GEOGRÁFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhando com o pessoal da ONU • Trabalhando com militares de outras forças armadas • Atendendo tanto a população local como militares de outros países 	<p style="text-align: center;">ALMEJANDO APRENDER A CUIDAR NO CENÁRIO DE GUERRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Querendo prestar o cuidado certo • Fazendo tudo que estiver ao alcance • Tendo que prestar o cuidado 	<p style="text-align: center;">ABRAÇANDO O CUIDADO COM CARINHO E AMOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupando-se com o resultado • Tratando e socorrendo • Sabendo que é difícil identificar se fazia o bem ou o mal • Zelando pela vida alheia • Fazendo o trabalho com amor e dedicação • Trazendo conforto para o paciente • Sabendo conquistar a confiança do outro
SUBCATEGOR	TENDO DIFICULDADES DE CONSEGUIR MEIOS DE AGIR	<p style="text-align: center;">REFERINDO-SE A RECURSOS HUMANOS PARA CUIDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendo pouquíssimos profissionais para prestar apoio • Sabendo que a equipe é reduzida • Explicando que a equipe da medicina operativa é menor 	<p style="text-align: center;">REFERINDO-SE A RECURSOS MATERIAIS PARA CUIDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morrendo por falta de recurso material • Faltando meios de cuidar • Tendo falta de equipamentos complexos • Tendo falta de meios assépticos 	<p style="text-align: center;">REFERINDO-SE A DIFICULDADES DE TEMPO E ESPAÇO PARA CUIDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vendo um homem morrer de dor • Tendo pouco tempo • Tendo falta de espaço seguro • Precisando funcionar e não possuindo espaço para comportar

I AS	TENDO QUE AGIR SOZINHO	AGINDO NA AUSÊNCIA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	SENTINDO A IMPORTÂNCIA DO PREPARO PROFISSIONAL	SENTINDO MEDO TENDO QUE DECIDIR SOZINHO	TENDO QUE DECIDIR SOZINHO
		<ul style="list-style-type: none"> Definindo o tipo de acidente, sua extensão e gravidade Lidando com a vida Demonstrando a capacidade Sendo único profissional de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Dando o primeiro socorro às vítimas Sabendo atender emergências reais Fazendo o resgate sozinho Prestando apoio em todos os aspectos 	<ul style="list-style-type: none"> Tendo dificuldades de atender no <i>front</i> Mostrando a realidade do afastamento da prática Mostrando a situação de impotência Sentindo insegurança Estando sozinho Prestando os primeiros socorros com medo 	<ul style="list-style-type: none"> Tendo que tomar a decisão do que e como cuidar Vivenciando a prática do dia-a-dia no <i>front</i> Fazendo procedimento elaborado Indo sozinho para resgate

2 – ESTABELECENDO CRITÉRIOS PARA CUIDAR EM SITUAÇÕES ADVERSAS

Esta categoria é composta pelas seguintes subcategorias: **justificando o agir em situação adversa, necessitando de subsídios para cuidar e estabelecendo critérios para cuidar**; a seguir conceituadas.

2.1 – Justificando o agir em situação adversa.

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 19**.

QUADRO 19 - SUBCATEGORIA 2.1			
JUSTIFICANDO O AGIR EM SITUAÇÃO ADVERSA			
COMPO-NENTES	2.1a TRANSCENDENDO ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS	2.1b ESTANDO PREPARADO PARA CUIDAR	2.1c MOSTRANDO A NECESSIDADE DE REESTRUTURAR O ENSINO

C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Agindo em prol da vida • Não tendo médico • Tendo que salvar vidas • Fazendo entubação • Agindo para evitar a morte • Inexistindo suporte legal • Inexistindo protocolo para seguir • Tendo que saber fazer procedimentos complexos e corretos • Tendo amparo legal 	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmando que tem que estar muito bem preparado física e psicologicamente para atender as pessoas • Comendo e dormindo mal • Conseguindo colocar em prática numa missão real os vários anos de vida militar e de treinamento • Tendo preparo físico para suportar aquela correria 	<ul style="list-style-type: none"> • Apontando a necessidade de reestruturar o currículo atual • Falando dos paramédicos americanos • Levando à autonomia profissional • Explicando que na MB ainda não há a formação necessária a esse tipo de atendimento
---------------------------------	---	--	---

2.1 a – Transcendendo aspectos ético-legais (Quadro 20).

QUADRO 20 - COMPONENTE 2.1a TRANSCENDENDO ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Agindo em prol da vida • Não tendo médico • Tendo que salvar vidas • Fazendo entubação • Agindo para evitar a morte • Inexistindo suporte legal • Inexistindo protocolo para seguir • Tendo que saber fazer procedimentos complexos e corretos • Tendo amparo legal

Em todos os contextos de guerras, onde há mortes, destruição, perdas físicas e emocionais, é necessário um preparo de todos os homens de modo a enfrentar com mais rigor todas as etapas do combate.

Assim, conhecimentos bélicos e de cuidados preventivos e curativos de saúde são essenciais para todos os elementos de um comando. Acredita-se que todos, em especial os

“enfermeiros”, em campos de guerra devem ter conhecimento e capacidade legal para atuar na realização de procedimentos junto daqueles que precisam de cuidado imediato.

Em meio à guerra, quando é feita a convocação de pessoal para os campos de batalha, encontra-se uma quantidade, em escala crescente de profissionais, os de nível superior (entre eles médicos, dentistas e farmacêuticos) seguido dos de nível médio (entre eles técnicos e auxiliares de enfermagem e motoristas).

Dentro desta realidade é indiscutível a necessidade de um melhor treinamento dos combatentes de nível médio, para atuar e cuidar frente as situações críticas, uma vez que são eles que vão para a frente de batalha, não existindo na maioria das vezes, profissional de nível superior (médico e enfermeiro) para dar assistência nos momentos cruciais iminentes de morte ou perda física.

Consta na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) número 240/2000, que o enfermeiro pode e deve atuar em situações de emergência quando não existe médico.

“... diferenciando enfermagem de guerra e enfermagem hospitalar” (8.F1).

“... fazendo o que tiver ao alcance: procedimentos de outros profissionais; indo além de suas atribuições; transcendendo a competência legal” (8.F2).

“... agindo na ausência do enfermeiro de nível superior” (8.F1)

2.1 b – Estando preparado para cuidar (Quadro 21)

QUADRO 21 - COMPONENTE 2.1b	
ESTANDO PREPARADO PARA CUIDAR	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmando que tem que estar muito bem preparado física e psicologicamente para atender as pessoas • Comendo e dormindo mal • Conseguindo colocar em prática numa missão real os vários anos de vida militar e de treinamento • Tendo preparo físico para suportar aquela correria

É necessário englobar esse tipo de cuidado nos cursos de carreira para que os profissionais de enfermagem estejam aptos para atuar e salvar vidas em situações de emergência. Conforme a missão que é outorgada aos profissionais da equipe de enfermagem, levar a paz e a saúde aos enfermos, precisamos prepará-los ensinando-lhes as condutas de como atuar na ausência do enfermeiro de nível superior e do médico. Essa capacitação visa atuar em situações de guerra onde a rapidez na ação será o ténue umbral que decide entre o agir (vida ou diminuição de morbidade) e o não agir (morte da tropa).

“Investindo no companheiro com possibilidades de voltar ao combate, priorizando a vida e os mais graves” (9.F1).

2.1 c – Mostrando a necessidade de reestruturar o ensino (Quadro 22)

QUADRO 22 - COMPONENTE 2.1c MOSTRANDO A NECESSIDADE DE REESTRUTURAR O ENSINO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Apontando a necessidade de reestruturar o currículo atual • Falando dos paramédicos americanos • Levando à autonomia profissional • Explicando que na MB ainda não há a formação necessária a esse tipo de atendimento

Nesse componente é importante iniciar questionando que se é conferido aos profissionais de enfermagem o direito de oferecerem cuidados de saúde aos enfermos, por quê então não ensinar a esses enfermeiros militares (auxiliares e técnicos de enfermagem) as condutas de como atuar na ausência de enfermeiro (nível superior) e/ou médico?

É com esse propósito que surge a enfermagem militar operativa na busca da capacitação de seus integrantes, os “enfermeiros militares” (técnicos e auxiliares), via Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias, para atuar em situações de guerra, onde

a atitude e decisão imediatas são a linha sutil entre o agir e salvar e o não agir e deixar de salvar.

A justificativa dessa enfermagem diferenciada é devida a grande quantidade de combatentes de nível médio na arena de combate. Normalmente, são quantidades maiores de enfermeiros militares de nível médio em relação as de médicos. Desde a segunda guerra mundial até a presente data, não têm sido contemplados enfermeiros militares de nível superior.

Nossa preocupação está pautada na formação e qualificação profissional, primando pela vida dos brasileiros, em situações de conflito.

Reportando-nos a momentos históricos como a Guerra da Criméia, a Guerra do Paraguai e a 2ª Guerra Mundial, onde Florence Nightingale, Anna Nery e um bravo grupo de 67 (sessenta e sete) mulheres, respectivamente, pessoas essas com determinados conhecimentos para liderar e fazer valer os preceitos éticos, legais e científicos de um cuidado, foram constatados aspectos positivos revertidos em prol da saúde, contribuindo para uma tropa mais hígida e com melhores condições de combater. Assim, no caso de que para todos esses enfermeiros militares fossem repassados conhecimentos e os respectivos treinamentos, que possibilitassem a eles atuar em qualquer situação dentro do processo saúde-doença, pensamos que a qualidade de vida e sua consecutiva preservação, serão pontos a emergir, caso se invista nos referidos profissionais em centros de formação de ensino, antes da convocação e embarque para a guerra.

“ ... defendendo um preparo com ênfase no resgate” (11.F5).

“ ... pedindo que as autoridades vejam as necessidades da enfermagem operativa” (11.D1).

2.2 – Necessitando de subsídios para cuidar

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 23**.

QUADRO 23 - SUBCATEGORIA 2.2: NECESSITANDO DE SUBSÍDIOS PARA CUIDAR			
COM PO NEN TES	2.2a NECESSITANDO DE SUPORTE TEÓRICO- PRÁTICO PARA CUIDAR	2.2b BUSCANDO O CONHECIMENTO NOS MAIS EXPERIENTES EM CUIDAR	2.2c ACREDITANDO NO FATOR TEMPO COMO POSSIBILITADOR DE EXPERIÊNCIAS DO CUIDADO EM SITUAÇÃO DE GUERRA
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguindo o conhecimento técnico adequado • Sendo insuficientes os conhecimentos para dar auxílio • Sentindo angústia por não ter ajudado como gostaria • Vendo a necessidade de ter experiência no cuidado a feridos por minas • Buscando os meios de aprender • Vendo a necessidade de saber cuidar • Tendo que ter prática para ter segurança 	<ul style="list-style-type: none"> • Procurando um hospital mais próximo para aprender • Buscando o conhecimento em pessoas com mais tempo de guerra • Buscando pessoas com experiência em cuidado a feridos por minas • Recebendo experiência de profissionais • Auxiliando profissionais mais experientes • Almejando trocar experiências • Mostrando a necessidade de maior contato com os enfermeiros que atuaram no <i>front</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Percebendo o cotidiano da guerra como escola para o cuidar • Vendo no tempo possibilidades de aprender o cuidar • Enfatizando a necessidade do enfermeiro saber fazer • Mostrando o <i>déficit</i> do ensino ministrado na Escola de Saúde • Afirmando a prioridade de um aprimoramento mais direcionado a esse tipo de enfermagem

2.2 a – Necessitando de suporte teórico-prático para cuidar (Quadro 24).

QUADRO 24 - COMPONENTE 2.2a NECESSITANDO DE SUPORTE TEÓRICO-PRÁTICO PARA CUIDAR	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Consequindo o conhecimento técnico adequado • Sendo insuficientes os conhecimentos para dar auxílio • Sentindo angústia por não ter ajudado como gostaria • Vendo a necessidade de ter experiência no cuidado a feridos por minas • Buscando os meios de aprender • Vendo a necessidade de saber cuidar • Tendo que ter prática para ter segurança

É vital a inserção de uma nova modalidade de ensino para o bom desenvolvimento desse cuidado eminentemente operativo num cenário de guerra.

Na reestruturação curricular surge o módulo de Enfermagem Operativa onde serão ministrados os seguintes conteúdos disciplinares, entre outros que se façam necessários:

- tratamento para acidentes com animais peçonhentos; soros e vacinas;
- cuidados bélicos;
- suporte psicológico;
- resgate (suporte básico de vida);
- biossegurança;
- instrumentação cirúrgica;
- esterilização de material;
- tratamento de feridas e curativos;
- guerra nuclear, biológica e química;
- tratamento da dor aguda;
- preparo e administração de drogas e soluções (farmacologia / medicamentos);
- anatomia e fisiologia;
- amputações traumáticas;
- tratamento de queimados;

- esmagamentos;
- parada cardio-respiratória;
- entubação;
- primeiros socorros;
- doenças infecto-parasitárias;
- cuidados a cegos, surdos e mudos;
- distúrbios mentais;
- planejamento de ações a curto, médio e longo prazo;
- processo de tomada de decisão diante da imprevisibilidade; e
- observação (base sócio-antropológica).

“ ... trabalhando técnicas para quem vai atuar sozinho” (11.F6).

“ ... você tem que enxergar além pois só quem está lá sabe: não adianta ver o boneco na sala de técnica, ele não ajuda, ele não chora, ele não reclama” (11.H7).

2.2 b – Buscando o conhecimento nos mais experientes em cuidar (Quadro 25)

QUADRO 25 - COMPONENTE 2.2b BUSCANDO O CONHECIMENTO NOS MAIS EXPERIENTES EM CUIDAR	
C O D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Procurando um hospital mais próximo para aprender • Buscando o conhecimento em pessoas com mais tempo de guerra • Buscando pessoas com experiência em cuidado a feridos por minas • Recebendo experiência de profissionais • Auxiliando profissionais mais experientes • Almejando trocar experiências • Mostrando a necessidade de maior contato com os enfermeiros que atuaram no <i>front</i>.

A interação é muito importante principalmente na enfermagem. A preceptoria é necessária e aqueles que detém mais conhecimentos em determinado campo devem passá-los aos demais e assim o processo vai integralmente sendo construído.

“ ... dirigindo-se a um hospital mais próximo para aprender” (7.F4).

“ ... não sendo suficientes os conhecimentos para dar auxílio e sentindo-se angustiado por não ter cuidado como gostaria” (7.F1).

“ ... ficamos sendo orientados pelos médicos que tinham mais experiência que a gente” (8.V5).

2.2 c – Acreditando no fator tempo como possibilitador de experiências do cuidado em situações de guerra (Quadro 26).

QUADRO 26 - COMPONENTE 2.2c ACREDITANDO NO FATOR TEMPO COMO POSSIBILITADOR DE EXPERIÊNCIAS DO CUIDADO EM SITUAÇÃO DE GUERRA	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Percebendo o cotidiano da guerra como escola para o cuidar • Vendo no tempo possibilidades de aprender o cuidar • Enfatizando a necessidade do enfermeiro saber fazer • Mostrando o <i>déficit</i> do ensino ministrado na Escola de Saúde • Afirmado a prioridade de um aprimoramento mais direcionado a esse tipo de enfermagem

Esse componente interpreta o tempo como estrutura de possibilidades. Conforme enfatiza ABBAGNANO (2000, p. 948) a relação entre passado e futuro pode ser dissolvida com a produção da noção de possível. O passado pode ser entendido como ponto de partida ou fundamento das possibilidades porvindouras, e o futuro como possibilidade de conservação ou de mudança do passado, em limites (e aproximações) determináveis.

Assim, os enfermeiros militares que já atuaram em cenário de guerra vêem no tempo a possibilidade de cada vez mais serem adquiridas experiências sobre aquele cuidado diferenciado de enfermagem e por tratar-se de um processo está sempre em construção, mesmo com momentos de desconstrução, de reconstrução e de renovação.

“ ... se nós tivéssemos essa experiência seria o ideal pois nós que no dia-a-dia trabalhamos com armamentos e os acidentes ocorrem mesmo e precisamos evitar fatalidades” (2.V7).

“ ... estou torcendo, tenho 22 anos de Marinha e 19 como enfermeiro e ainda não vi essa modificação: acrescentando essa parte teórico e prática fundamental em nossa vida profissional” (2.V14).

2.3 – Estabelecendo critérios para cuidar

Os componentes desta categoria podem ser apreciados no **Quadro 27**

QUADRO 27 - SUBCATEGORIA 2.3 ESTABELECENDO CRITÉRIOS PARA CUIDAR			
COM PO NEN TES	2.3a CRIANDO PROTOCOLOS ATRAVÉS DA PRÁTICA DE CUIDAR	2.3b COMPARANDO A ENFERMAGEM HOSPITALAR COM A ENFERMAGEM OPERATIVA	2.3c ESTABELECENDO METAS A SEREM ALCANÇADAS
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo como primeiro cuidado a manutenção da vida • Sugerindo uma rotina pré-estabelecida para o <i>front</i> • Sugerindo currículo voltado para o <i>front</i> • Sabendo conduzir a tudo e a todos • Tendo que ter autonomia não só em matéria de guerra 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendendo como enfermeiro de cabeceira no hospital • Controlando tudo ao mesmo tempo • Comparando a uma enfermaria melhorada • Sendo completamente diferente na hora que está lá na frente • Falando da enfermagem aqui no hospital • Cuidando mesmo do inimigo • Falando da atuação na frente de combate • Falando das limitações do cuidado na enfermagem militar 	<ul style="list-style-type: none"> • Investindo nos que tenham possibilidades de voltar ao combate • Traçando metas para o cuidado • Tendo por objetivo primordial a vida • Priorizando os mais graves • Vendo a emergência principal • Aprendendo que é um cuidado para todo ser humano • Tendo que decidir na ausência do médico ou do enfermeiro • Tendo que saber diagnosticar e medicar

2.3 a – Criando protocolos através da prática de cuidar (Quadro 28)

QUADRO 28 - COMPONENTE 2.3a CRIANDO PROTOCOLOS ATRAVÉS DA PRÁTICA DE CUIDAR	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo como primeiro cuidado a manutenção da vida • Sugerindo uma rotina pré-estabelecida para o <i>front</i> • Sugerindo currículo voltado para o <i>front</i> • Sabendo conduzir a tudo e a todos • Tendo que ter autonomia não só em matéria de guerra

O termo protocolo foi introduzido pelo Círculo de Viena, para indicar o registro do dado imediato ou experiência direta (sensação, percepção, emoção, pensamento, etc). As “proposições protocolares” são as que contém unicamente protocolos e por isso fazem referência direta aos dados imediatos; por serem instrumento da verificação empírica, não precisam de verificação porque sua verdade é garantida pelo protocolo que contém, graças ao qual correspondem imediatamente ao lado empírico. A noção de protocolo está ligada à fase do neopositivismo que, para declarar significativa uma proposição, exigiu a verificação direta da proposição mediante protocolos e para serem significativos, os enunciados devem ser confiáveis. (Abbagnano, 2000, p. 804).

Sendo assim quando temos como realidade o cuidado na guerra precisamos saber que lá nada é previsível e tudo o que pudermos imaginar e até o que não pudermos poderá acontecer.

Para que o enfermeiro militar de nível médio possa agir com total segurança no terreno do cuidado, ele precisa ter conhecimento, treinamento e permissão legal para agir quando estiver sozinho.

Dessa forma os principais cuidados a serem prestados nas grandes emergências devem e precisam constar em algum documento que ofereça respaldo e segurança. A proposta protocolar é justamente isso, a criação de um tratado ou manual sobre cuidados

na guerra, onde todos os protocolos estarão escritos passo a passo para que aquele profissional quando estiver no *front* possa consultar e seguir em todos os momentos que o fator tempo lhe permitir. Para isso será necessária a escolha de uma comissão multi-profissional para decidir o que registrar, sendo todos os dados revalidados por instâncias superiores “*ad hoc*” e submetidas à aprovação pelo Ministério da Defesa, onde então o referido documento receberá a autorização legal para o uso em situações de guerra por profissional militar de enfermagem de nível médio.

“ ... certificando a impossibilidade de restabelecer situações mais graves dentro dos protocolos existentes” (8.D2).

“ ... sugerindo ter rotina pré-estabelecida para o *front*” (9.H3).

2.3 b – Comparando a enfermagem hospitalar com a enfermagem operativa (Quadro 29)

QUADRO 29 - COMPONENTE 2.3b: COMPARANDO A ENFERMAGEM HOSPITALAR COM A ENFERMAGEM OPERATIVA	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Atendendo como enfermeiro de cabeceira no hospital • Controlando tudo ao mesmo tempo • Comparando a uma enfermaria melhorada • Sendo completamente diferente na hora que está lá na frente • Falando da enfermagem aqui no hospital • Cuidando mesmo do inimigo • Falando da atuação na frente de combate • Falando das limitações do cuidado na enfermagem militar

A enfermagem é única, o que muda são os cenários de atuação e tratando-se da guerra, ela pode ser denominada de militar operativa para fim de melhor entendimento.

O sentido valorativo da vida humana permanece como guia desse cuidado diferenciado pelo cenário de atuação e possibilita ao enfermeiro militar combatente, atuar em benefício dos demais componentes da tropa e a busca de mais autonomia legitimada para a profissão de enfermagem, quando se necessita de rápida atenção, bem como, são mantidas as preocupações com os soldados feridos que não são atendidos por profissionais de nível superior que tem competência técnica e conhecimentos científicos mais adiantados.

“ ... mostrando que é o enfermeiro militar que tem que começar aquele cuidado seja o que for, venha o doente como vier, é ele que precisa reverter aquele quadro” (7.R2).

“ ... dizendo que não é a pessoa que vai fazer aquilo e sim os seus conhecimentos e o seu humanismo para reverter aquele quadro, sabendo que tem uma vida se indo e que você é o elemento que pode reverter aquilo” (7.R4).

2.3 c – Estabelecendo metas a serem alcançadas (Quadro 30)

QUADRO 30 - COMPONENTE 2.3c: ESTABELECENDO METAS A SEREM ALCANÇADAS	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Investindo nos que tenham possibilidades de voltar ao combate • Traçando metas para o cuidado • Tendo por objetivo primordial a vida • Priorizando os mais graves • Vendo a emergência principal • Aprendendo que é um cuidado para todo ser humano • Tendo que decidir na ausência do médico ou do enfermeiro • Tendo que saber diagnosticar e medicar

É importante ressaltar que mesmo não sendo legalizado já é feito esse tipo de atendimento e o enfermeiro militar por estar sozinho sente a necessidade de estabelecer

metas para cuidar em situações críticas e os relatos que foram coletados evidenciam que a própria situação obriga-o a elaborar um planejamento estratégico a curto, médio e longo prazo. E lá naquele cenário inóspito o enfermeiro percebe que tudo na vida é uma questão de sistema e ordem e ele precisa colocar isso em prática para que os que dele dependam venham a se restabelecer ou morrer com dignidade.

Mais uma vez o princípio científico da observação rigorosa é o primeiro a ser seguido, pois sem a definição do que, como, de quem e porque cuidar não haverá a seleção de prioridades para o estabelecimento das metas de socorrer e cuidar.

“... tendo como primeiro cuidado manter vivo o companheiro” (9.F2).

“... restabelecendo os que tem chance de sobreviver” (9.F7).

De modo a otimizar a compreensão de todas as subcategorias anteriormente conceituadas, estas se encontram inter-relacionadas, a seguir no **Quadro 31**.

QUADRO 31 – Categoria: Estabelecendo critérios para cuidar em situação adversa

QUADRO 31 - CATEGORIA: ESTABELECENDO CRITÉRIOS PARA CUIDAR EM SITUAÇÃO ADVERSA			
SUBCATEGORIAS	JUSTIFICANDO O AGIR EM SITUAÇÃO ADVERSA	<p>TRANSCENDENDO ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agindo em prol da vida • Não tendo médico • Tendo que salvar vidas • Fazendo entubação • Agindo para evitar a morte • Inexistindo suporte legal • Inexistindo protocolo para seguir • Tendo que saber fazer procedimentos complexos e corretos • Tendo amparo legal 	<p>ESTANDO PREPARADO PARA CUIDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afirmando que tem que estar muito bem preparado física e psicologicamente para atender as pessoas • Comendo e dormindo mal • Conseguindo colocar em prática numa missão real os vários anos de vida militar e de treinamento • Tendo preparo físico para suportar aquela correria
		<p>MOSTRANDO A NECESSIDADE DE REESTRUTURAR O ENSINO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apontando a necessidade de reestruturar o currículo atual • Falando dos paramédicos americanos • Levando à autonomia profissional • Explicando que na MB ainda não há a formação necessária a esse tipo de atendimento 	

	NECESSITANDO DE SUBSÍDIOS PARA CUIDAR	<p>NECESSITANDO DE SUPORTE TEÓRICO-PRÁTICO PARA CUIDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguindo o conhecimento técnico adequado • Sendo insuficientes os conhecimentos para dar auxílio • Sentindo angústia por não ter ajudado como gostaria • Vendo a necessidade de ter experiência no cuidado a feridos por minas • Buscando os meios de aprender • Vendo a necessidade de saber cuidar • Tendo que ter prática para ter segurança 	<p>BUSCANDO O CONHECIMENTO NOS MAIS EXPERIENTES EM CUIDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procurando um hospital mais próximo para aprender • Buscando conhecimento em pessoas com mais tempo de guerra • Buscando pessoas com experiência em cuidado a feridos por minas • Recebendo experiência auxiliando profissionais mais experientes. • Almejando trocar experiências • Mostrando necessidade de maior contato com os enfermeiros que atuaram no <i>front</i> 	<p>ACREDITANDO NO FATOR TEMPO COMO POSSIBILITADOR DE EXPERIÊNCIAS DO CUIDADO EM SITUAÇÃO DE GUERRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percebendo o cotidiano da guerra como escola para o cuidar • Vendo no tempo possibilidades de aprender o cuidar • Enfatizando a necessidade do enfermeiro saber fazer • Mostrando o <i>déficit</i> do ensino ministrado na Escola de Saúde • Afirmando a prioridade de um aprimoramento mais direcionado a esse tipo de enfermagem
	ESTABELECENDO CRITÉRIOS PARA CUIDAR	<p>CRIANDO PROTOCOLOS ATRAVÉS DA PRÁTICA DE CUIDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendo como primeiro cuidado a manutenção da vida • Sugerindo uma rotina pré-estabelecida para o <i>front</i> • Sugerindo currículo voltado para o <i>front</i> • Sabendo conduzir a tudo e a todos • Tendo que ter autonomia não só em matéria de guerra 	<p>COMPARANDO A ENFERMAGEM HOSPITALAR COM A ENFERMAGEM OPERATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendendo como enfermeiro de cabeceira no hospital • Controlando tudo ao mesmo tempo • Comparando a uma enfermaria melhorada • Sendo completamente diferente na hora que está lá na frente • Falando da enfermagem aqui no hospital • Cuidando mesmo do inimigo • Falando da atuação na frente de combate • Falando das limitações do cuidado na enfermagem militar 	<p>ESTABELECENDO METAS A SEREM ALCANÇADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investindo nos que tenham possibilidades de voltar ao combate • Traçando metas para o cuidado • Tendo por objetivo primordial a vida • Priorizando os mais graves • Vendo a emergência principal • Aprendendo que é um cuidado para todo ser humano • Tendo que decidir na ausência do médico ou do enfermeiro • Tendo que saber diagnosticar e medicar

3 - SUGERINDO ESTRATÉGIAS PARA O ENFERMEIRO MILITAR ATUAR EM SITUAÇÕES DE GUERRA

Esta categoria é composta pelas seguintes subcategorias: **descrevendo o cenário do cuidar em situação adversa, tendo ciência dos seus limites, enfatizando a necessidade de conhecimento e suporte psicológico, atuando em situação de guerra e reconhecendo o papel do enfermeiro militar;** a seguir conceituadas.

3.1 – Descrevendo o cenário do cuidado em situação adversa

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 32**.

QUADRO 32 - SUBCATEGORIA 3.1: DESCREVENDO O CENÁRIO DO CUIDADO EM SITUAÇÃO ADVERSA				
COM PO NEN TES	3.1a RECONHECEND O O AMBIENTE (TERRENO) DO CUIDADO	3.1b VIVENCIANDO O CENÁRIO DE GUERRA	3.1c MOSTRANDO A REALIDADE DO CUIDADO	3.1FAZENDO COMPARAÇÃO AO EXPLICAR O CENÁRIO
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Chegando e percebendo a realidade local: já tinha gente pedindo comida • Chegando ao cenário de guerra • Vendo a miséria • Faltando infraestrutura para qualquer tipo de atendimento • Encontrando minas espalhadas • Vendo pessoas flageladas • Vendo pessoas mutiladas 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivenciando um cenário de destruição • Faltando tudo: saneamento, redes, material • Relatando o silêncio, a destruição, o cheiro ruim • Vendo o massacre total • Faltando amor humano e material • Sentindo o caos • Podendo surgir uma situação de explosão de uma mina 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistindo saúde pública • Convivendo com dificuldade devido à inversão de valores • Desconfiando do ser humano • Acontecendo o contato com o inimigo • Sentindo a situação real no <i>front</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparando como depois que um furacão passa • Comparando local de guerra e local urbano normal • Sentindo o cheiro da guerra • Comparando as diferenças do virtual e do real • Comparando a convivência com os animais

3.1 a – Reconhecendo o ambiente (terreno) do cuidado (Quadro 33)

QUADRO 33 - COMPONENTE 3.1a RECONHECENDO O AMBIENTE (TERRENO) DO CUIDADO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Chegando e percebendo a realidade local: já tinha gente pedindo comida • Chegando ao cenário de guerra • Vendo a miséria • Faltando infra-estrutura para qualquer tipo de atendimento • Encontrando minas espalhadas • Vendo pessoas flageladas • Vendo pessoas mutiladas

Na guerra muitas vezes utiliza-se o termo terreno como substituto de ambiente, pois para o militar combatente a análise deve ser do terreno e para o enfermeiro em se tratando de cuidado deve ser do ambiente.

Na realidade terreno não é o mesmo que ambiente desde que um é a área física apenas e o outro compreende além desta a situação encontrada nessa área física.

O ambiente do cuidado na guerra é caótico, adverso, crítico e imprevisível. Sua cor é vermelha (sangue), seu cheiro é desagradável (morte), seu aspecto é anormal (corpos estourados pelo chão) e sujo (ausência de saúde).

A miséria, a mutilação, a falta de tudo o que é normal encontra-se nesse ambiente.

“ ... estando o cenário todo destruído: é um massacre total” (1.F12).

3.1 b – Vivenciando o cenário de guerra (Quadro 34)

QUADRO 34 - COMPONENTE 3.1b: VIVENCIANDO O CENÁRIO DE GUERRA	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Vivenciando um cenário de destruição • Faltando tudo: saneamento, redes, material • Relatando o silêncio, a destruição, o cheiro ruim • Vendo o massacre total • Faltando amor humano e material • Sentindo o caos • Podendo surgir uma situação de explosão de uma mina

Estar na guerra é diferente de imaginá-la. A realidade do cenário é em preto e branco, pois a única cor que aparece como destaque é a do sangue que invade a tela da memória dos que já estiveram lá. Não existe inocência, pois o que impera é a crueldade.

“ ... não tem como você transportar e passar para uma pessoa: é uma coisa de maluco, pessoas loucas, ambiente diferente do acostumado, está havendo uma guerra, o pessoal tá levando tiro, tudo é caos, o *front* é muito complicado ...” (1.H26).

3.1 c – Mostrando a realidade do cuidado (Quadro 35)

QUADRO 35 - COMPONENTE 3.1c MOSTRANDO A REALIDADE DO CUIDADO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistindo saúde pública • Convivendo com dificuldade devido à inversão de valores • Desconfiando do ser humano • Acontecendo o contato com o inimigo • Sentindo a situação real no <i>front</i>

Cuidar de alguém no caos é uma questão de altruísmo, de solidariedade. Ali, naquele cenário de destruição e de risco total da sua própria vida o enfermeiro militar doa o que há de melhor nele para o outro. Além do patriotismo existe o altruísmo. Neles vemos a empatia e o amor ao próximo. Todos possuem uma característica marcante, a auto-estima elevada, pois somente seres humanos solidários podem colaborar realmente e levar conforto e cuidado aos que padecem em regiões inóspitas e hostis.

“ ... não tendo infra-estrutura para qualquer tipo de atendimento; não tendo saneamento básico, rede de esgoto destruída, rede hidráulica destruída, faltando tudo” (1.F19)

3.1 d – Fazendo comparações ao explicar o cenário (Quadro 36)

QUADRO 36 - COMPONENTE 3.1d FAZENDO COMPARAÇÃO AO EXPLICAR O CENÁRIO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Comparando como depois que um furacão passa • Comparando local de guerra e local urbano normal • Sentindo o cheiro da guerra • Comparando as diferenças do virtual e do real • Comparando a convivência com os animais

Para que possa haver compreensão de um processo, faz-se necessário a comparação com outras situações, pois na realidade só quem vivencia é que conhece aquele contexto na íntegra.

Quando os enfermeiros integrantes de uma missão de paz compararam a guerra a uma selva, a convivência com os animais ferozes e carnívoros, o cheiro da guerra ao cheiro da vala da favela serviu para nos mostrar um pouco daquela realidade em nosso entendimento. Muitas vezes os guerrilheiros inimigos trocavam por um cigarro o direito do enfermeiro de continuar vivo ou passar daquele terreno para outro. É tudo muito diferente do que estamos acostumados. Não há escrúpulo. Há morte em todos os cantos. Não existe respeito nem dignidade no trato deles para com os outros. As armas estão sempre apontadas e prontas para disparar.

“ ... comparando a convivência com os animais, você é jogado numa selva e exemplificando: se o leão sai pela manhã para comer, você pode andar pela redondeza, quando ele pára para descansar você pode sair tranqüilo para comer, esse era o cenário lá” (1.R2).

3.2 – Tendo ciência dos seus limites

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 37**.

QUADRO 37 - SUBCATEGORIA 3.2 TENDO CIÊNCIA DOS SEUS LIMITES		
COM PO NEN TES	3.2a INDO ALÉM DE SUAS ATRIBUIÇÕES	3.2b CUMPRINDO O PROTOCOLO EXISTENTE
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Fazendo o que tiver ao alcance • Fazendo procedimentos de outros profissionais • Transcendendo a competência legal • Agindo na ausência do enfermeiro de nível superior • Sentindo na pele a necessidade de manter o colega vivo • Tendo que entender o diagnóstico e decidir qual a medicação a ser dada 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrevendo procedimentos que não sejam de sua competência • Respeitando as patentes e a hierarquia • Tendo ciência de suas atribuições • Certificando a impossibilidade de restabelecer situações mais graves dentro dos protocolos existentes • Falando das limitações do cuidado na enfermagem militar

3.2.a – Indo além de suas atribuições (Quadro 38)

QUADRO 38 - COMPONENTE 3.2a INDO ALÉM DE SUAS ATRIBUIÇÕES	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Fazendo o que tiver ao alcance • Fazendo procedimentos de outros profissionais • Transcendendo a competência legal • Agindo na ausência do enfermeiro de nível superior • Sentindo na pele a necessidade de manter o colega vivo • Tendo que entender o diagnóstico e decidir qual a medicação a ser dada

O mais importante é o fato de ir além de suas atribuições em si, ou seja, isolado. É saber onde é o limite, conhecê-lo e com segurança e resolução ultrapassá-lo sabendo quando, onde e porque ir. Isso é ação conjunta, é atitude de decisão. Ou se vai tendo confiança no resultado ou se cristaliza e se perde a certeza de um resultado promissor.

O desafio é salvar vidas. E tudo o mais é apenas consequência, pois a ação primordial foi cumprida. Há que se ter o respaldo pelo simples fato de que na adversidade também se morre, também se erra, também se esgota.

Determinadas medicações, por exemplo, acarretam danos e/ou reações que nunca foram narradas, mas mesmo assim foram administradas por fazerem parte de protocolos dessa ou daquela doença.

Assim a missão desses enfermeiros é salvar, cuidar, resgatar, mesmo que nos piores terrenos da prática.

“ ... tendo oportunidade de superação” (12.C30).

“ ... sendo o enfermeiro figura primordial no cuidado de guerra” (12.F4).

3.2.b – Cumprindo o protocolo existente (Quadro 39)

QUADRO 39 - COMPONENTE 3.2b: CUMPRINDO O PROTOCOLO EXISTENTE	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Descrevendo procedimentos que não sejam de sua competência • Respeitando as patentes e a hierarquia • Tendo ciência de suas atribuições • Certificando a impossibilidade de restabelecer situações mais graves dentro dos protocolos existentes • Falando das limitações do cuidado na enfermagem militar

Se cada profissional hoje em dia cumprir apenas o que lhe compete nenhum serviço terá bom êxito, pois até aquele que mais detém o conhecimento de determinada situação pode um dia sofrer um agravo e se outro não fizer, o prosseguimento da ação deixará de acontecer, ou seja, ela será interrompida. Quando se tratar de máquinas ou equipamentos materiais pode-se até pensar em esperar alguns dias, mas quando o assunto se tratar de outro ser humano a espera poderá acarretar a morte e isso a bioética do cuidado não permite.

Para minimizar o impacto e existir a possibilidade legalizada da ação é necessário formalizá-la e encaminhá-la às instâncias superiores para que a alta administração analise e conceda a necessária autorização para a realização dos referidos procedimentos em prol do socorro imediato. No âmbito militar isso seria justificado em todos os meios operativos onde naquele momento do risco iminente de vida a vítima não tivesse nenhum profissional de nível superior para atendê-la e nesse caso o enfermeiro militar presente teria autonomia para prestar o socorro até a vítima adquirir estabilidade e estar fora de risco.

“ ... a atuação da enfermagem militar é diferenciada” (12.C10).

“ ... o protocolo que existe não dá suporte ao que está acontecendo” (11.H4).

3.2 – Enfatizando a necessidade de conhecimento e suporte psicológico

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 40**.

QUADRO 40 - SUBCATEGORIA 3.3: ENFATIZANDO A NECESSIDADE DE CONHECIMENTO E SUPORTE PSICOLÓGICO		
COM PO NEN TES	3.3a PESANDO VALORES REAIS	3.3b CUIDANDO DE QUEM CUIDA
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo o tempo como remédio para os sentimentos • Falando sobre o isolamento do ser humano • Valorizando a vida • Precisando se apegar a vida • Fugindo da guerra estando nela • Necessitando conversar • Estudando a memória dos sentidos • Estudando as virtudes humanas (inocência, escrúpulo, respeito) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo auto-estima • Aprendendo a conviver na adversidade • Desabafando como suporte • Superando a si mesmo • Usando a musicoterapia • Implantando terapias alternativas • Aprendendo sobre sensibilidade

3.3.a – Pesando valores reais (Quadro 41)

QUADRO 41 – COMPONENTE 3.3a: PESANDO VALORES REAIS	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo o tempo como remédio para os sentimentos • Falando sobre o isolamento do ser humano • Valorizando a vida • Precisando se apegar a vida • Fugindo da guerra estando nela • Necessitando conversar • Estudando a memória dos sentidos • Estudando as virtudes humanas (inocência, escrúpulo, respeito)

A vida nos ensina a cada instante com uma diversidade de exemplos. Cada um de nós conforme as experiências vividas terá seus próprios valores baseados nelas.

Aquele que vai para a guerra transforma sua mente e seu coração em laboratórios de aprendizado e certamente modifica determinados valores que eram importantes em outras épocas.

Até um simples e trivial prato de comida terá outro valor.

Os sentimentos se modificam por completo e o comportamento também.

“ ... valorizando tudo no pós-guerra” (12.C3).

“ ... tentando mudar a mentalidade do militar” (12.C14).

3.3.b – Cuidando de quem cuida® (Quadro 42)

QUADRO 42 - COMPONENTE 3.3b: CUIDANDO DE QUEM CUIDA®	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo auto-estima • Aprendendo a conviver na adversidade • Desabafando como suporte • Superando a si mesmo • Usando a musicoterapia • Implantando terapias alternativas • Aprendendo sobre sensibilidade

Voltando no tempo, à época do mestrado em enfermagem, quando cursamos a disciplina “Cuidando de quem cuida®”, que inclusive com a permissão da Professora Doutora Maria Aparecida de Luca Nascimento consubstanciou o tema de nossa dissertação, podemos inferir que continua relevante uma vez que ressurge como ponto alto no cenário de guerra.

Assim, o profissional tem que se cuidar antes de cuidar do outro, principalmente em meio à adversidade.

“ ... vivendo com música, tocando samba, cantando, lembrando de coisas boas, esquecendo a tristeza” (10.C9).

3.4 – Atuando em situação de guerra

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 43**.

QUADRO 43 - SUBCATEGORIA 3.4 ATUANDO EM SITUAÇÃO DE GUERRA		
COM PO NEN TES	3.4a SINALIZANDO A NECESSIDADE DE UM APRENDIZADO ESPECÍFICO	3.4b INDO PARA SITUAÇÃO ADVERSA
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditando que o aprendizado deve abranger cuidados bélicos • Defendendo um preparo com ênfase no resgate • Trabalhando técnicas para quem vai atuar sozinho • Enfatizando que não adianta apenas treinar no boneco da sala de técnica: ele não agita, não chora, não reclama 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrando a realidade desse cuidado diferenciado para a enfermagem militar • Pedindo que as autoridades vejam as necessidades da enfermagem operativa • Expressando que só quem está lá é que sabe como esse cuidado é especial • Explicando que o treinamento militar, o confinamento, o porque de estar preso a algum lugar, das ordens, da disciplina é colocado em prática num cenário de guerra

3.4.a – Sinalizando a necessidade de um aprendizado específico (Quadro 44)

QUADRO 44 - COMPONENTE 3.4a SINALIZANDO A NECESSIDADE DE UM APRENDIZADO ESPECÍFICO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditando que o aprendizado deve abranger cuidados bélicos • Defendendo um preparo com ênfase no resgate • Trabalhando técnicas para quem vai atuar sozinho • Enfatizando que não adianta apenas treinar no boneco da sala de técnica: ele não agita, não chora, não reclama

Quando o enfermeiro militar compõe o contingente de uma operação real, ainda que de paz, traz para o campo prático a aplicação dos conceitos de emprego que se estudam nos cursos e se praticam nos exercícios de capacitação. Testa suas habilidades, impõe sacrifícios, revela carências e expõe o despreparado. As lições são diárias, o aprendizado é contínuo, os fatores adversos saem das páginas das análises para a zona de ação; lá, esperando-o, inevitavelmente.

O bom profissional percebe em campo real que sua preparação foi adequada, mas aponta também que sempre há muito a aprender.

“ ... tendo que ter um preparo profissional muito maior” (11.C16).

“ ... concluindo que num cenário de guerra a gente tem que ser um pouco de tudo, tem que estar ali sempre atento a tudo que está acontecendo” (11.R4).

3.4.b – Indo para situação adversa (Quadro 45)

QUADRO 45 - COMPONENTE 3.4.b	
INDO PARA SITUAÇÃO ADVERSA	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrando a realidade desse cuidado diferenciado para a enfermagem militar • Pedindo que as autoridades vejam as necessidades da enfermagem operativa • Expressando que só quem está lá é que sabe como esse cuidado é especial • Explicando que o treinamento militar, o confinamento, o porque de estar preso a algum lugar, das ordens, da disciplina é colocado em prática num cenário de guerra

Quando o enfermeiro militar vai para a guerra a sua primeira e grande lição é a da convivência com culturas, hábitos e idiomas distintos. E isso por si só faz com que o cuidado prestado seja diferenciado.

Esse fenômeno social denominado guerra existiu, existe e sempre existirá. Nela não há certezas; a sua névoa é tão densa que a verdade é a sua primeira vítima, portanto a diferença do cuidado e do cuidador está no preparo adequado para agir na adversidade.

Assim, o exercício da profissão militar encontra-se assentado em uma base axiológica histórica, peculiar e inconfundível, que atribui às Forças Armadas e aos seus integrantes uma condição singular de deveres e obrigações, totalmente diferente do que é exigido ou solicitado à categoria profissional dos “servidores públicos” ou na de outra classe ou categoria, condição essa que caracteriza, definitivamente, os militares como “servidores da Nação” e como “servidores da Pátria” COQUEIRO (2004, pág.96).

“ ... comparando o militar de hoje ao funcionário público” (11.C15).

“ ... exemplificando que a resposta do porque disso tudo, ou seja, do confinamento, do estar preso à algum lugar, das ordens, da disciplina, da hierarquia, é colocado em prática num cenário de guerra” (11.R3).

3.5 – Buscando valorização profissional

Os componentes desta subcategoria podem ser apreciados no **Quadro 46**.

QUADRO 46 - SUBCATEGORIA 3.5 BUSCANDO VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL		
COM PO NEN TES	3.5a RECONHECENDO O PAPEL DO ENFERMEIRO MILITAR	3.5b MOSTRANDO QUEM É O ENFERMEIRO MILITAR

C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Vendo no enfermeiro um profissional diferenciado • Valorizando o enfermeiro militar • Afirmando que dentro da vida militar o enfermeiro é o único profissional que não pode ser substituído • Dizendo que o enfermeiro militar serve à Pátria 	<ul style="list-style-type: none"> • Sendo do enfermeiro militar os primeiros cuidados prestados em guerra • Sendo o detentor de maior experiência do cuidado • Sendo a figura primordial no cuidado de guerra • Sendo formado pela Escola de Saúde • Mostrando a necessidade de entender outras línguas – a atuação é também internacional
---------------------------------	--	--

3.5.a – Reconhecendo o papel do enfermeiro militar (Quadro 47)

QUADRO 47 - COMPONENTE 3.5a RECONHECENDO O PAPEL DO ENFERMEIRO MILITAR	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Vendo no enfermeiro um profissional diferenciado • Valorizando o enfermeiro militar • Afirmando que dentro da vida militar o enfermeiro é o único profissional que não pode ser substituído • Dizendo que o enfermeiro militar serve à Pátria

Ele é um profissional diferenciado, pois na vida militar é o único que não pode ser substituído. É ao mesmo tempo combatente e enfermeiro e pode substituir a qualquer um, mas a recíproca não é verdadeira. A cruz vermelha em seu uniforme o diferencia dos demais. Além do relatado, ele serve à Pátria com o risco da própria vida em prol de todos que estão em guerra.

“ ... sugerindo que após o término da missão fossem chamados para narrar as experiências e que não fossem esquecidos e desvalorizados” (12.M1).

“ ... querendo ou não você passa a ser diferente pois a atuação da enfermagem militar é diferenciada e aí é que podemos combater isso – o destino da profissão” (12.C10).

3.5.b – Mostrando quem é o enfermeiro militar (Quadro 48)

QUADRO 48 - COMPONENTE 3.5.b MOSTRANDO QUEM É O ENFERMEIRO MILITAR	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Sendo do enfermeiro militar os primeiros cuidados prestados em guerra • Sendo o detentor de maior experiência do cuidado • Sendo a figura primordial no cuidado de guerra • Sendo formado pela Escola de Saúde <p>Mostrando a necessidade de entender outras línguas – a atuação é também internacional</p>

A aprendizagem prévia para conviver com culturas, hábitos e idiomas diferentes é importantíssima. Isso vale para a vida no país hospedeiro como para as operações em uma Força de Paz composta por tropas e funcionários de diversas nacionalidades.

O idioma é uma barreira e pode levar a erros na coordenação de ações que envolvam forças de diferentes nacionalidades. Esta barreira impõe muito cuidado no planejamento e exige que sejam revistos todos os procedimentos acordados entre as forças, visando à certeza do correto entendimento das partes.

“É preciso saber outros idiomas, pois é difícil entender o que aquelas pessoas estão falando em outras línguas. A importância de falar em outras línguas mostra a percepção primeira do ser humano, que é compreender o outro até mesmo como instinto de sobrevivência. Falar aqui, é compreender a alma, é ouvir o coração, é deixar fluir o dom de cuidar. Quando cuidamos de alguém em coma, nós o ouvimos com o coração, com a alma. O mesmo podemos dizer para clientes cegos, surdos, mudos e especiais, entre outros. Precisamos ouvir e compreender a essência para administrar o cuidado. Esse gerenciamento está inserido no fenômeno da comunicação, que é a interação entre dois ou mais seres. Existem uma infinidade de idiomas e dialetos regionalizados em todo o planeta. O veterinário por exemplo, não sabe a língua do animal que cuida, mas precisa compreendê-lo para obter êxito em seu atendimento. Compreender outras línguas está ligado à emissão de sons guturais e até de mantras (sons vocálicos). Na guerra todos precisam conversar e interagir, muito embora nem sempre possam ouvir...”(Nota de reflexão da pesquisadora)

Há que se ressaltar também a convivência entre os militares das três Forças Armadas de nosso país, pois lá na guerra pode não haver tempo para tal procedimento, ou seja, as três Forças tem muitas semelhanças, mas são diferentes no material, na aplicação de procedimentos e nas tradições.

Desde os cerimoniais, regulamentos disciplinares, procedimentos operativos, até nos uniformes. Existem sensíveis diferenças que se forem observadas e ensinadas, a convivência entre os militares da Marinha, do Exército e da Aeronáutica será coesa e movida pelas mesmas orientações e liderança. Respeitar costumes também é fundamental para a manutenção do relacionamento profissional adequado com tropas estrangeiras.

O enfermeiro militar precisa conhecer também a estrutura e a regulamentação da Organização das Nações Unidas (ONU) nas missões de paz, pois somente com o conhecimento profundo de como funciona tal estrutura é que se pode exigir o cumprimento das responsabilidades da referida Organização, acordadas com o Brasil, dentro das normas estabelecidas para ambas as partes, o que possibilita o bom andamento da operatividade dos combatentes em todos os níveis.

O enfermeiro militar em regiões de conflito participará de Ações Cívico-Sociais (ACISO), sempre que possível. Desta forma, todo o conhecimento adquirido sobre Saúde Coletiva será posto a prova quando ele tiver que ensinar como tratar a água, o lixo, como usar o vaso sanitário, como prevenir doenças sexualmente transmissíveis, entre tantos assuntos que se farão necessários.

“ ... sendo bom fazer um trabalho simples, mas de grande valia” (12.C2).

“ ... a necessidade fazendo os personagens – as crianças vinham de longe com um banquinho feito de lata de leite em pó que também lhes serviam de prato para comer, embaixo do braço, para estudar” (H.C1).

De modo a otimizar a compreensão de todas as subcategorias anteriormente conceituadas, estas se encontram inter-relacionadas a seguir, no **Quadro 49**.

QUADRO 49 – Categoria: Sugerindo estratégias para o enfermeiro militar atuar em situações de guerra

<p align="center">QUADRO 49 - CATEGORIA: SUGERINDO ESTRATÉGIAS PARA O ENFERMEIRO MILITAR ATUAR EM SITUAÇÕES DE GUERRA</p>					
<p>SUBCATEGORIAS</p>	<p>DESCREVENDO O CENÁRIO DO CUIDADO EM SITUAÇÃO ADVERSA</p>	<p>RECONHECENDO O AMBIENTE (TERRENO) DO CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chegando e percebendo a realidade local: já tinha gente pedindo comida • Chegando ao cenário de guerra • Vendo a miséria • Faltando infraestrutura para qualquer tipo de atendimento • Encontrando minas espalhadas • Vendo pessoas flageladas • Vendo pessoas mutiladas 	<p>VIVENCIANDO O CENÁRIO DE GUERRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivenciando um cenário de destruição • Faltando tudo: saneamento, redes, material • Relatando o silêncio, a destruição, o cheiro ruim • Vendo o massacre total • Faltando amor humano e material • Sentindo o caos • Podendo surgir uma situação de explosão de uma mina 	<p>MOSTRANDO A REALIDADE DO CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistindo saúde pública • Convivendo com dificuldade devido à inversão de valores • Desconfiando do ser humano • Acontecendo o contato com o inimigo • Sentindo a situação real no <i>front</i> 	<p>FAZENDO COMPARAÇÃO AO EXPLICAR O CENÁRIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparando como depois que um furacão passa • Comparando local de guerra e local urbano normal • Sentindo o cheiro da guerra • Comparando as diferenças do virtual e do real • Comparando a convivência com os animais
	<p>SUBCATEGORIAS</p>	<p>TENDO CIÊNCIA DOS SEUS LIMITES</p>	<p>INDO ALÉM DE SUAS ATRIBUIÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazendo o que tiver ao alcance • Fazendo procedimentos de outros profissionais • Transcendendo a competência legal • Agindo na ausência do enfermeiro de nível superior • Sentindo na pele a necessidade de manter o colega vivo • Tendo que entender o diagnóstico e decidir qual a medicação a ser dada 	<p>CUMPRINDO O PROTOCOLO EXISTENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrevendo procedimentos que não sejam de sua competência • Respeitando as patentes e a hierarquia • Tendo ciência de suas atribuições • Certificando a impossibilidade de restabelecer situações mais graves dentro dos protocolos existentes • Falando das limitações do cuidado na enfermagem militar 	

T E G O R I A S	ENFATIZANDO A NECESSIDADE DE CONHECIMENTO E SUPORTE PSICOLÓGICO	<p style="text-align: center;">PESANDO VALORES REAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendo o tempo como remédio para os sentimentos • Falando sobre o isolamento do ser humano • Valorizando a vida • Precisando se apegar a vida • Fugindo da guerra estando nela • Necessitando conversar • Estudando a memória dos sentidos • Estudando as virtudes humanas (inocência, escrúpulo, respeito) 	<p style="text-align: center;">CUIDANDO DE QUEM CUIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendo auto-estima • Aprendendo a conviver na adversidade • Desabafando como suporte • Superando a si mesmo • Usando a musicoterapia • Implantando terapias alternativas • Aprendendo sobre sensibilidade
	ATUANDO EM SITUAÇÃO DE GUERRA	<p style="text-align: center;">SINALIZANDO A NECESSIDADE DE UM APRENDIZADO ESPECÍFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acreditando que o aprendizado deve abranger cuidados bélicos • Defendendo um preparo com ênfase no resgate • Trabalhando técnicas para quem vai atuar sozinho • Enfatizando que não adianta apenas treinar no boneco da sala de técnica: ele não agita, não chora, não reclama 	<p style="text-align: center;">INDO PARA SITUAÇÃO ADVERSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrando a realidade desse cuidado diferenciado para a enfermagem militar • Pedindo que as autoridades vejam as necessidades da enfermagem operativa • Expressando que só quem está lá é que sabe como esse cuidado é especial • Explicando que o treinamento militar, o confinamento, o porque de estar preso a algum lugar, das ordens, da disciplina é colocado em prática num cenário de guerra
	BUSCANDO VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL	<p style="text-align: center;">RECONHECENDO O PAPEL DO ENFERMEIRO MILITAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vendo no enfermeiro um profissional diferenciado • Valorizando o enfermeiro militar • Afirmando que dentro da vida militar o enfermeiro é o único profissional que não pode ser substituído • Dizendo que o enfermeiro militar serve à Pátria 	<p style="text-align: center;">MOSTRANDO QUEM É O ENFERMEIRO MILITAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sendo do enfermeiro militar os primeiros cuidados prestados em guerra • Sendo o detentor de maior experiência do cuidado • Sendo a figura primordial no cuidado de guerra • Sendo formado pela Escola de Saúde • Mostrando a necessidade de entender outras línguas – a atuação é também internacional

4 – CONSTRUINDO UM MODELO DE PERFIL DO ENFERMEIRO OPERATIVO

Perfil é o conjunto das qualidades principais da pessoa. Aqui podemos corroborar com ABBAGNANO (2000, págs 816 e 817) quando nos diz que o mesmo significado de qualidade está presente no conceito de qualificação. “Qualifica-se para” ou “ser qualificado para” significa ter a capacidade ou a competência, ou seja, a qualidade disposicional para realizar dada tarefa ou alcançar determinado objetivo. É importante frisar que se entendem por qualidades os hábitos e as disposições, que se distinguem porque o hábito é mais estável e duradouro que a disposição. São hábitos a temperança, a ciência e, em geral, as virtudes; são disposições a saúde, a doença, o calor, o frio, etc.

Dessa forma aquilo, que estiver compreendido por disposições, hábitos, costumes, capacidades, faculdades, virtudes, tendências ou outros adjetivos possíveis que se queira dar às qualidades que deverão compor o assim chamado perfil do enfermeiro militar operativo.

Esta categoria é composta pela subcategoria **afirmando que é preciso ter um perfil próprio para ir**; a seguir conceituada, cujos componentes podem ser apreciados no **Quadro 50**.

4.1 – Afirmando que é preciso ter um perfil próprio para ir (Quadro 50)

QUADRO 50 - SUBCATEGORIA 4.1: AFIRMANDO QUE É PRECISO TER UM PERFIL PRÓPRIO PARA IR			
COM PO NEN TES	4a MOSTRANDO A VULNERABILIDADE DO ELEMENTO QUE VAI PARA A GUERRA	4b PRECISANDO SUPERAR A SI MESMO	4c ACEITANDO A MORTE

C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmando que não pode ir qualquer um • Tendo auto-estima elevada • Acreditando em sua missão como militar e enfermeiro • Conhecendo e aceitando o “inimigo” 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo que ter um perfil próprio para ir • Levando a sério o preparo • Mostrando a necessidade da capacidade de ir além 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabendo trabalhar em equipe • Sabendo liderar o cuidado até o fim • Preparando-se interiormente para a morte
---------------------------------	---	--	--

4.1a – Mostrando a vulnerabilidade do elemento que vai para guerra (Quadro 51).

QUADRO 51 - COMPONENTE 4.1a: MOSTRANDO A VULNERABILIDADE DO ELEMENTO QUE VAI PARA A GUERRA	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmando que não pode ir qualquer um • Tendo auto-estima elevada • Acreditando em sua missão como militar e enfermeiro • Conhecendo e aceitando o “inimigo”

“Aonde está o lado fraco da questão da guerra? E qual é o ponto por onde o militar ou a pessoa que vai para a guerra pode ser atacado (a) ou atingido (a)?” (Nota de reflexão da pesquisadora)

As respostas aos questionamentos nos levam a responder que está justamente na adversidade. Assim, como norma prática neste momento, determinado pela situação crítica, estamos em uma posição na qual devemos escolher um determinado modelo a ser

construído e precisamos escolher aquele que conceda ao evento sendo estudado o maior significado possível.

Em geral não é nem necessário nem aconselhável, contudo, adotar um único modelo. Nós vemos sob um prisma, outros vêm diferente de nós. Quem está certo? Ambos, é claro, uma vez que cada um tem um ponto diferente de observação, faz parte da mundivisão (visão de mundo) de cada um. O que chamamos de modelos são simplesmente pontos de vistas alternativos. E se quisermos conhecer melhor um determinado fenômeno, devemos inspecioná-lo de tantos pontos de observação quanto possível.

Assim, mesmo sendo enfermeiro ele é primeiramente militar e sua estrada principal é a guerra. O ponto fraco que pode atingi-lo como a qualquer outro é ser ferido em combate ou em resgate das vítimas que necessitam de seus cuidados. Ele tem que ser duplamente cauteloso. O maior fracasso dele é se deixar abater, pois quem mais poderá cuidar dos outros? É uma das mais nobres missões dentro das Forças Armadas.

Outro fator de suma importância é o conhecimento dele para com o inimigo. Conforme salientou SUN TZU, em “A ARTE DA GUERRA (1983, capa): “se você conhece o inimigo e conhece a si mesmo, não precisa temer o resultado de cem batalhas. Se você se conhece, mas não conhece o inimigo, para cada vitória ganha sofrerá também uma derrota. Se você não conhece nem o inimigo nem a si mesmo, perderá todas as batalhas (...)”.

“ ... afirmando que para essas missões não pode ir qualquer um, tem que ter um perfil próprio para ir” (13.R2).

4.1b – Precisando superar a si mesmo (Quadro 52)

QUADRO 52 - COMPONENTE 4.1b: PRECISANDO SUPERAR A SI MESMO	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo que ter um perfil próprio para ir • Levando a sério o preparo • Mostrando a necessidade da capacidade de ir além

*“Vem à tona que na guerra o enfermeiro militar tem que controlar tudo ao mesmo tempo e ainda perpassa a questão do próprio auto-controle.”
(Nota de reflexão da pesquisadora)*

Esse é o maior desafio do enfermeiro militar, o de se superar. Ele tem que ir aonde ninguém vai, ele tem que fazer o que ninguém mais faz, ele tem que sentir o que ninguém mais sente e **sendo assim o seu preparo tem que ser tão rigoroso, conforme dizia Florence Nightingale** “como a obra de qualquer pintor ou escultor. Mas o que é tratar da tela inerte ou do frio mármore comparado a tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?” SEYMER (s/ano, p.106).

“ ... mostrando a necessidade da capacidade de ir além” (13.R4)

4.1c – Aceitando a morte (Quadro 53)

QUADRO 53 - COMPONENTE 4.1c: ACEITANDO A MORTE	
C Ó D I G O S	<ul style="list-style-type: none"> • Sabendo trabalhar em equipe • Sabendo liderar o cuidado até o fim • Preparando-se interiormente para a morte

Como combatentes e servidores da Pátria os militares devem morrer dignamente e com honra. É importante que todos saibam que podem morrer ou ficar com seqüelas incapacitantes.

Cabe ao enfermeiro militar o esmerado preparo interior para a morte, pois é ele quem possivelmente acompanhará a todos os demais à derradeira viagem.

Não se pode temê-la, pois ela é a consequência da situação adversa. Alguns são por ela envolvidos e outros conseguem distanciá-la por um tempo. Mas todos, com certeza, um dia, serão abraçados por ela.

“ ... neste preparo nem todos levam à sério” (13.R5).

Assim, esta categoria foi construída de uma forma bastante reveladora, pois identificou a fala sofrida e madura do elemento que vai para a guerra e cresce com a experiência, nós diríamos que ele transcende e se torna metacompetente, por ir além daquilo que se espera dele.

“No front você só pode contar consigo mesmo e uns com os outros que lá estão e também pude perceber como o companheirismo para eles é sagrado, inclusive até hoje, pois durante as entrevistas um falava do outro e o quanto aprenderam juntos, em equipe. Penso que firmaram um pacto... Nossa! Que lição de vida, não é mesmo? A guerra não corresponde ao estado normal das coisas e o medo passa a ser subjugado pelo enfrentamento, ou seja, ou o medo ou você, lidando de frente com ele...” (Nota de reflexão da pesquisadora)

Em virtude da fala expressiva de “R” durante sua entrevista, sobre a importância desse perfil próprio para ir para situação adversa, achamos pertinente ouvir outros participantes dessas missões de paz, para que fosse confirmado por meio da saturação

teórica de dados ou então continuar no movimento circular de ir e vir até ocorrer a construção da referida categoria.

Desse modo, foram entrevistados “S” e “M”, que atuaram na Operação Haiti, com uma questão específica sobre o perfil, conforme Apêndice E, e eles confirmaram a necessidade do perfil próprio para ir para esse tipo de operação ou para situações limítrofes.

“Percebo que o mais importante é a vontade interior, pois qualquer um pode no limite do medo entrar em pânico e aí eu vejo como o auto-controle é importante...”

(Nota de reflexão da pesquisadora).

“fico pensando na frase de “C”: a televisão só mostra a imagem, e aí me pego refletindo – já imaginou se a TV mostrasse o cheiro, o odor de pólvora, de corpos em decomposição, de sujeira,, do que o Homem é capaz de fazer. Será que nunca vamos aprender?”

(Nota de reflexão da pesquisadora)

“C” nos remete a memória olfativa da guerra, quando fala sobre o cheiro bom ou ruim das pessoas e dos ambientes que interagimos.”(Nota de reflexão da pesquisadora)

De modo a otimizar a compreensão de todas as subcategorias anteriormente conceituadas, encontram-se inter-relacionadas, a seguir, no **Quadro 54**.

QUADRO 54 – Categoria: Construindo um modelo de perfil do enfermeiro operativo

QUADRO 54 - CATEGORIA: CONSTRUINDO UM MODELO DE PERFIL DO ENFERMEIRO OPERATIVO				
S U B C A T E G O R I A S	AFIRMANDO QUE É PRECISO TER UM PERFIL PRÓPRIO PARA IR	MOSTRANDO A VULNERABILIDADE DO ELEMENTO QUE VAI PARA A GUERRA	PRECISANDO SUPERAR A SI MESMO	ACEITANDO A MORTE
		<ul style="list-style-type: none"> • Afirmando que não pode ir qualquer um • Tendo auto-estima elevada • Acreditando em sua missão como militar e enfermeiro • Conhecendo e aceitando o “inimigo” 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo que ter um perfil próprio para ir • Levando a sério o preparo • Mostrando a necessidade da capacidade de ir além 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabendo trabalhar em equipe • Sabendo liderar o cuidado até o fim • Preparando-se interiormente para a morte

A partir da saturação teórica dos dados coletados e da rigorosa análise das categorias surgiram dois fenômenos que veremos a seguir: **Tendo conhecimento dos limites de ação / interação e demonstrando necessidade de suporte psicológico para cuidar na adversidade.**

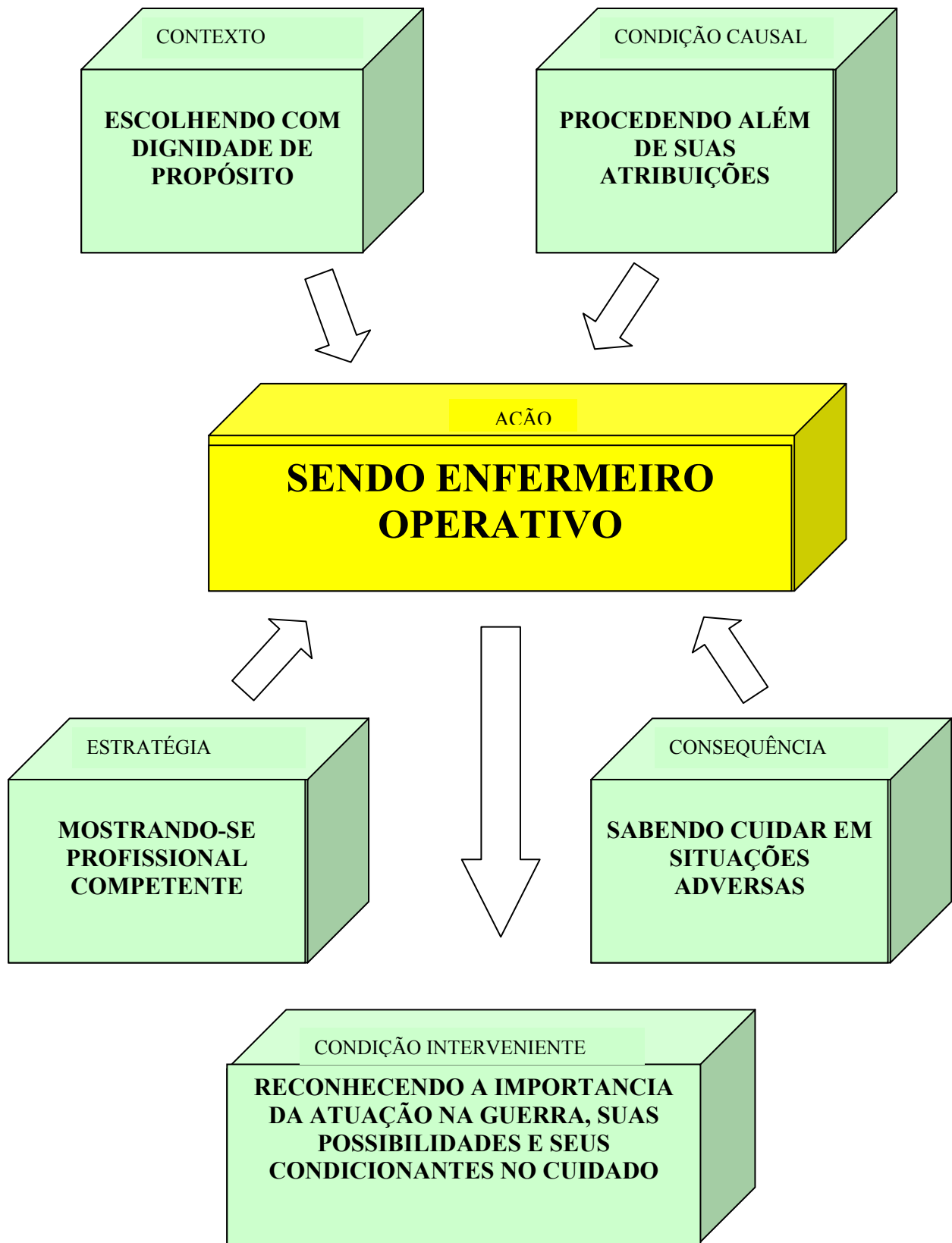
PRIMEIRO FENÔMENO:**TENDO CONHECIMENTO DOS LIMITES DE AÇÃO / INTERAÇÃO**

Para o enfermeiro militar, o fenômeno **tendo conhecimento dos limites de ação/interação**, mostra-se como a necessidade de legitimação do agir em prol da vida do outro, pois essa é uma experiência, que somente quem a vivencia é que pode narrá-la percebê-la como um movimento entre o ser enfermeiro operativo e o ser enfermeiro hospitalar.

O significado da experiência adquirida em cenário de guerra é construído a partir da percepção dos sentimentos gerados pela necessidade imediata de ter que escolher, principalmente pela singularidade daquele momento único que somente ele percebe e capta, vivenciando e lutando para salvar o outro que foi ferido.

A percepção da vivência não se estabelece apenas a partir das interações que mantém consigo mesmo, mas às interações estabelecidas com o universo saúde-doença e com todos os outros que são importantes para ele em sua própria vida. Dessa forma, estabelecemos um processo em que foram desenvolvidas as ações, as condições causais, as estratégias, o contexto, as condições intervenientes e as conseqüências do SENDO ENFERMEIRO OPERATIVO e seus componentes, bem como para a opção SENDO ENFERMEIRO HOSPITALAR.

**DIAGRAMA 2 – COMPONENTE 1.1 DO FENÔMENO 1
SENDO ENFERMEIRO OPERATIVO**



Sendo enfermeiro operativo

Ser significa pertencer ou inerir, assim enfermeiro operativo, significa que ao enfermeiro inere a essência operativa e enfermeiro militar, significa que ao enfermeiro pertence a qualidade militar. Assim, ser é existir como, então ser enfermeiro operativo é existir como tal.

E para isso ele precisa ter competência e conhecimentos inerentes ao cuidado em situação crítica para desempenhar bem sua profissão. Esta categoria é mostrada com a dimensão estando na guerra que representa o preparo e o rigor de ter optado pela carreira militar.

“exemplificando que a resposta do porque disso tudo, ou seja, do confinamento, do estar preso a algum lugar, das ordens, da disciplina, da hierarquia, é colocado em prática num cenário de guerra”

“estando num cenário todo destruído”

“vendo a miséria, a destruição, pessoas flageladas, pessoas mutiladas”

A condição causal que o fortalece como enfermeiro operativo a agir na tentativa de salvar seus companheiros foi: procedendo além de suas atribuições.

O ir além, o agir fora dos seus limites de ação e/ou interação significa a postura daquele que almeja realizar o cuidado de enfermagem em toda sua integralidade. A partir de um determinado limite que é sutil entre o agir e o não agir ele decide ultrapassar única e exclusivamente com o propósito de salvar, de estabilizar, enfim contribuir para a permanência da vida. Muito embora até aquele que se percebe tendo ciência de suas atribuições, escolhe em várias ocasiões agir do mesmo modo, mas logo surge o profissional de nível superior para aquela atuação e ele enfermeiro militar se reposiciona, pois sabe que não é sua atribuição.

“a atuação da enfermagem militar é diferenciada”

“o protocolo que existe não dá suporte ao que está acontecendo”

Considerando os resultados atribuídos pelo enfermeiro militar e a condição causal determinada, ele busca estratégia que facilite a sua atuação em meio adverso, sendo que tal estratégia é utilizada por ele conforme seja vivenciada a importância de sua existência para aquela missão.

Na situação sendo enfermeiro operativo o profissional utiliza como estratégias: querendo integrar a enfermagem operativa e escolhendo por ideal.

Estas são usadas por estarem naquele universo fazendo com que ele possa vislumbrar êxito em suas ações.

Querendo integrar a enfermagem operativa

Querer, como sabemos é ter vontade para. A vontade é a força que movimenta a realização. Integrar a enfermagem operativa significa fazer parte de uma composição diferenciada, da enfermagem. Para integrá-la é necessário querer aprender na prática. É o desenvolvimento de competências onde todo o conjunto diversificado de conhecimentos da profissão, bem como dos esquemas de ação e posturas são mobilizados no exercício do ofício de cuidar em situação adversa.

Assim, querendo integrar a enfermagem operativa é uma estratégia que permite ao enfermeiro ser enfermeiro operativo. Esta vontade é vivida pelo enfermeiro quando ele sente que aquela é a sua praia, o seu terreno, o de cuidar do outro em situação crítica e em ambiente hostil.

“não esquecendo que aprendemos que é para o ser humano e que o enfermeiro cuida mesmo que do inimigo”

“incorporando aquele espírito de trabalho construtivo e atendendo por humanidade”

“enfermeiro! Sendo chamado em todos os idiomas, era um desespero total: pacientes com malária, desmaiando, todo mundo gritando; a gente mesmo até sente o baque, sensação de que todos estavam morrendo, sem entender o que eles estavam falando”

Escolhendo por ideal

A escolha por ideal é uma estratégia que permite ao enfermeiro militar a possibilidade de experimentar a guerra, o conflito, a situação adversa.

O ideal serve de modelo da perfeição não real em determinado campo, é uma quimera, um sonho, porque não um desafio; pois oferecem um critério à razão, que precisa do conceito do que é perfeito em seu gênero para, tomando-o como medida, avaliar e estimar o grau e a falta de perfeição. (ABBAGNANO, 2000, pág 522).

“a guerra começou ali no porto: onde é que estamos? Que mundo é esse? Que terra é essa?”

“a primeira guerra foi a despedida do navio onde nós vimos aquela porção de Brasil indo embora”

O contexto em que o enfermeiro militar se encontra para realizar sua atividade de enfermagem em situação de conflito é representado por escolhendo com dignidade de propósito e tem como consequência do ser enfermeiro operativo, sabendo cuidar em situações adversas.

Escolhendo com dignidade de propósito

O contexto em que o enfermeiro militar se encontra para realizar sua escolha em uma determinada área de atuação é favorecido pelo fato de ele ter dignidade de propósito, pois seu caráter e sua honra de servir à Pátria o estabiliza para agir com maturidade.

“tentando estabelecer o paciente que tentaram matar, sem saber se fazia o bem ou o mal”

“cuidando de desconhecidos, de qualquer nacionalidade, de qualquer país”

“diferenciando enfermagem de guerra de enfermagem hospitalar”

Sabendo cuidar em situações adversas

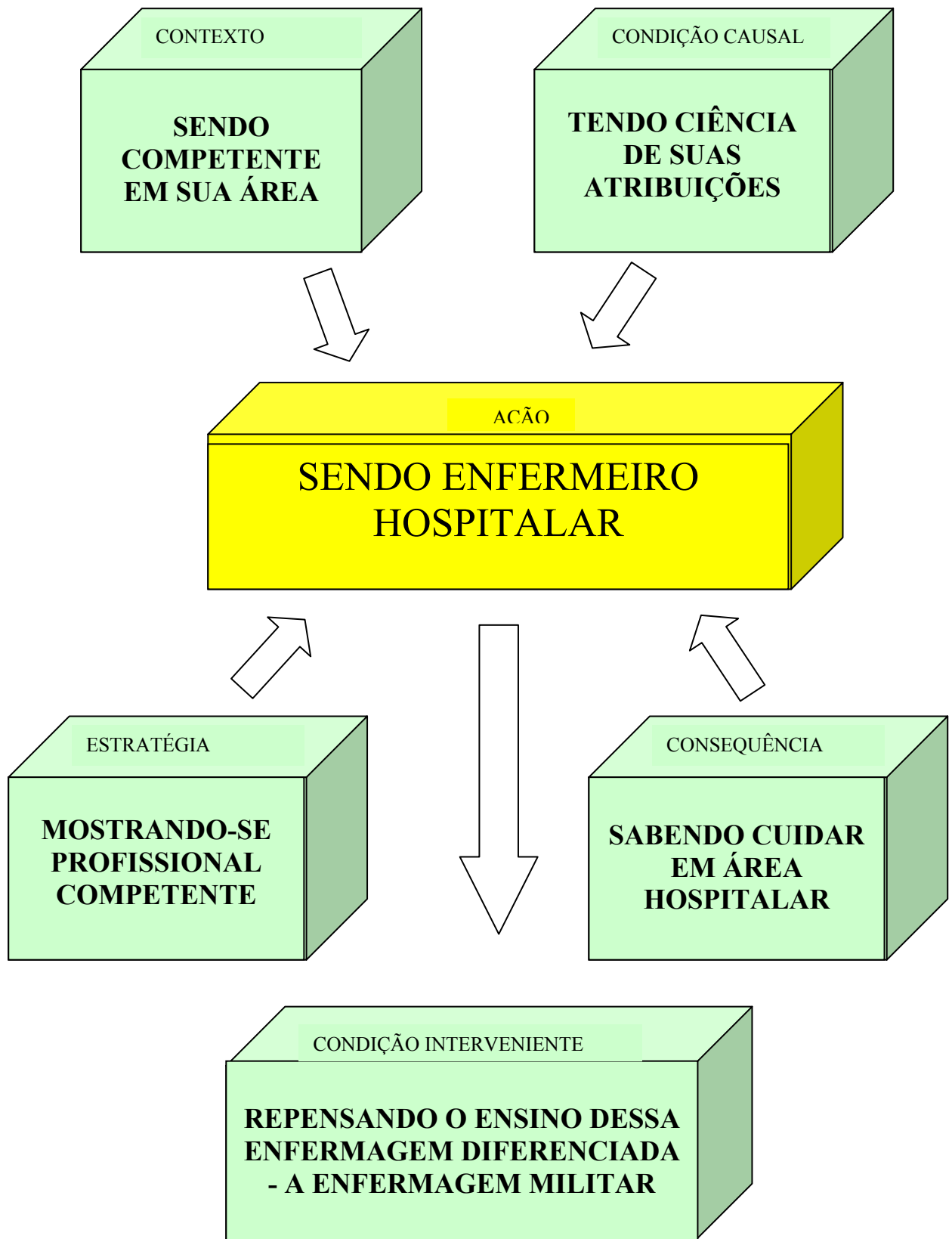
Esta consequência é para o enfermeiro militar o resultado do desejo de vencer desafios e ser verdadeiramente um enfermeiro operativo.

Penso que a guerra assim como a miséria, compõem uma das escolas mais ricas da vida, onde através do avesso das coisas, das atrocidades, e dos massacres em todos os sentidos podemos visibilizar a verdade, a coerência e o acerto para nós e para a humanidade. (Nota de reflexão da pesquisadora)

Passamos a referendar outra possibilidade que o enfermeiro militar opta para sua carreira na Marinha:

Sendo enfermeiro hospitalar

**DIAGRAMA 3 – COMPONENTE 1.2 DO FENÔMENO 1
SENDO ENFERMEIRO HOSPITALAR**



Esta categoria é mostrada com a dimensão estando no meio hospitalar que também representa o preparo e o rigor de ter optado pela carreira militar, só que com a ressalva da opção de permanecer em hospital evitando situação adversa em cenário hostil.

“necessidade do doente de conversar”

“estando ao lado do paciente, tranqüilizando e orientando, trazendo conforto para ele”

Os motivos (condições causais) que levam o enfermeiro militar a escolher não atuar em situação de guerra são evidenciados pelo tendo ciência de suas atribuições.

Sendo enfermeiro hospitalar significa que o enfermeiro militar não quer atuar em área de risco, mas ama sua profissão e quer exercê-la no hospital, onde com certeza tem mais segurança, recursos e não precisa ultrapassar os limites de suas atribuições.

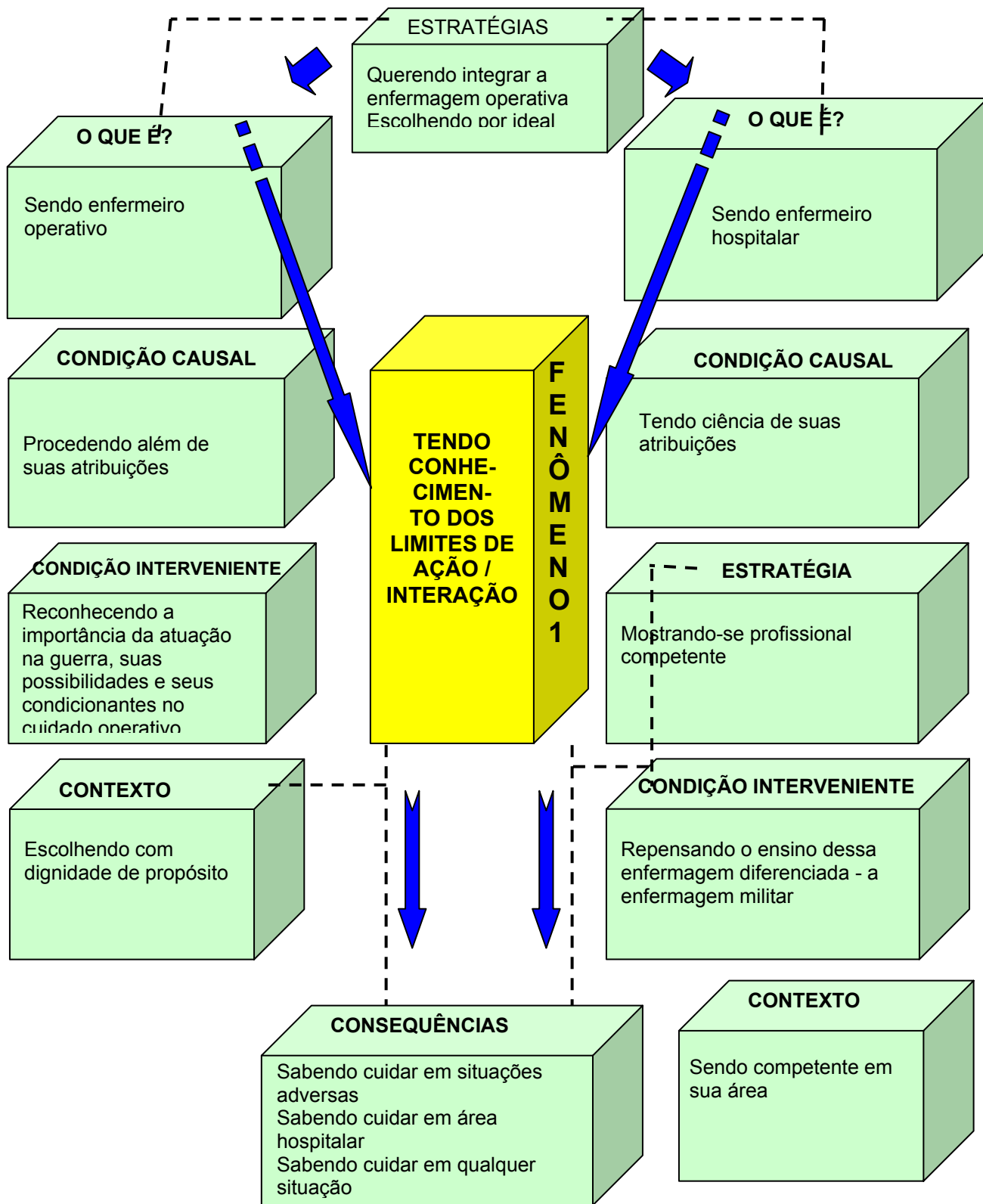
Tendo ciência de suas atribuições é como a marca registrada de sua segurança, e ele utiliza como estratégia mostrando-se profissional competente, onde agirá sempre da melhor maneira possível dentro dos protocolos existentes.

Já o contexto aqui é justamente o sendo competente em sua área, ou seja, se estiver trabalhando com terapia intensiva ele será altamente especializado naquela área, se atuar em geriatria é nessa área que estará preparado e assim por diante. E a consequência de ser enfermeiro hospitalar é o saber cuidar em área hospitalar específica dentro dos protocolos legais.

Cabe salientar que o fenômeno **tendo conhecimentos dos limites de ação/interação**, traz como condições intervenientes de ser enfermeiro operativo, o reconhecimento da importância da atuação na guerra, suas possibilidades e seus condicionantes no cuidado operativo, e de ser enfermeiro hospitalar o repensar do ensino dessa enfermagem diferenciada – a enfermagem militar, estando preparados para atuarem em suas áreas escolhidas, apesar de que como militares ambos sabem que podem ser convocados para a guerra e terão que ser os melhores na frente de combate.

A seguir encontra-se delineado o **Diagrama 4** correspondente ao **FENÔMENO 1**.

**DIAGRAMA 4 – FENÔMENO 1:
TENDO CONHECIMENTO DOS LIMITES DE AÇÃO / INTERAÇÃO**



SEGUNDO FENÔMENO:
DEMONSTRANDO NECESSIDADE DE SUPORTE PSICOLÓGICO PARA
CUIDAR NA ADVERSIDADE

Este fenômeno apresenta-se para o enfermeiro militar como a alavanca de força, ou seja, aquilo que possibilitará a ele cuidar em qualquer cenário. Essa possibilidade é sentida sob dois aspectos dentro de si distintos, embora com suas interpretações pessoais baseadas em sua experiência, em sua visão de mundo, dando como significados: **valorizando a vida humana** e **desvalorizando a vida humana**.

O enfermeiro militar escolhe seu caminho e luta em direção ao seu ideal e neste sentido introjeta seu pensamento em seu mundo interior, transpassando riscos e desafios em prol da construção desse processo que dura exatamente sua existência enquanto no serviço ativo.

Ao experienciar o mundo da guerra, do conflito ou adversidade ele passa por diversas situações em que precisa encarar seu mundo interior e sentir-se valorizando ou desvalorizando a vida humana, dependendo de suas interpretações e significações dadas à sua vivência naquele cenário, representada pelo demonstrando a necessidade de suporte psicológico para cuidar na adversidade. Esse fenômeno é constituído por duas possibilidades: valorizando a vida humana, cuja dimensão é expressa pelo tendo auto-estima e desvalorizando a vida humana, pela dimensão sentindo-se sem auto-estima.

Valorizando a vida humana significa ter auto-estima elevada e procurar ir em busca de novos desafios que contemplem sua melhoria pessoal, sua evolução como ser humano.

“dizendo que sem o capacete hoje não teríamos um jovem soldado já plenamente recuperado mas sim uma baixa fatal regressando para o Brasil em uma urna lacrada”.

Ao vivenciar a realidade da guerra o enfermeiro militar observa e compara como era sua vida antes de ir para a missão e a partir de sua ida e sente que no contexto adverso

ele tem que ter maestria em suas ações, agindo com serenidade em suas decisões em prol das vidas que lhe forem entregues.

A confiança, a auto-estima e o conhecimento de si mesmo lhe guiam nas atitudes tomadas.

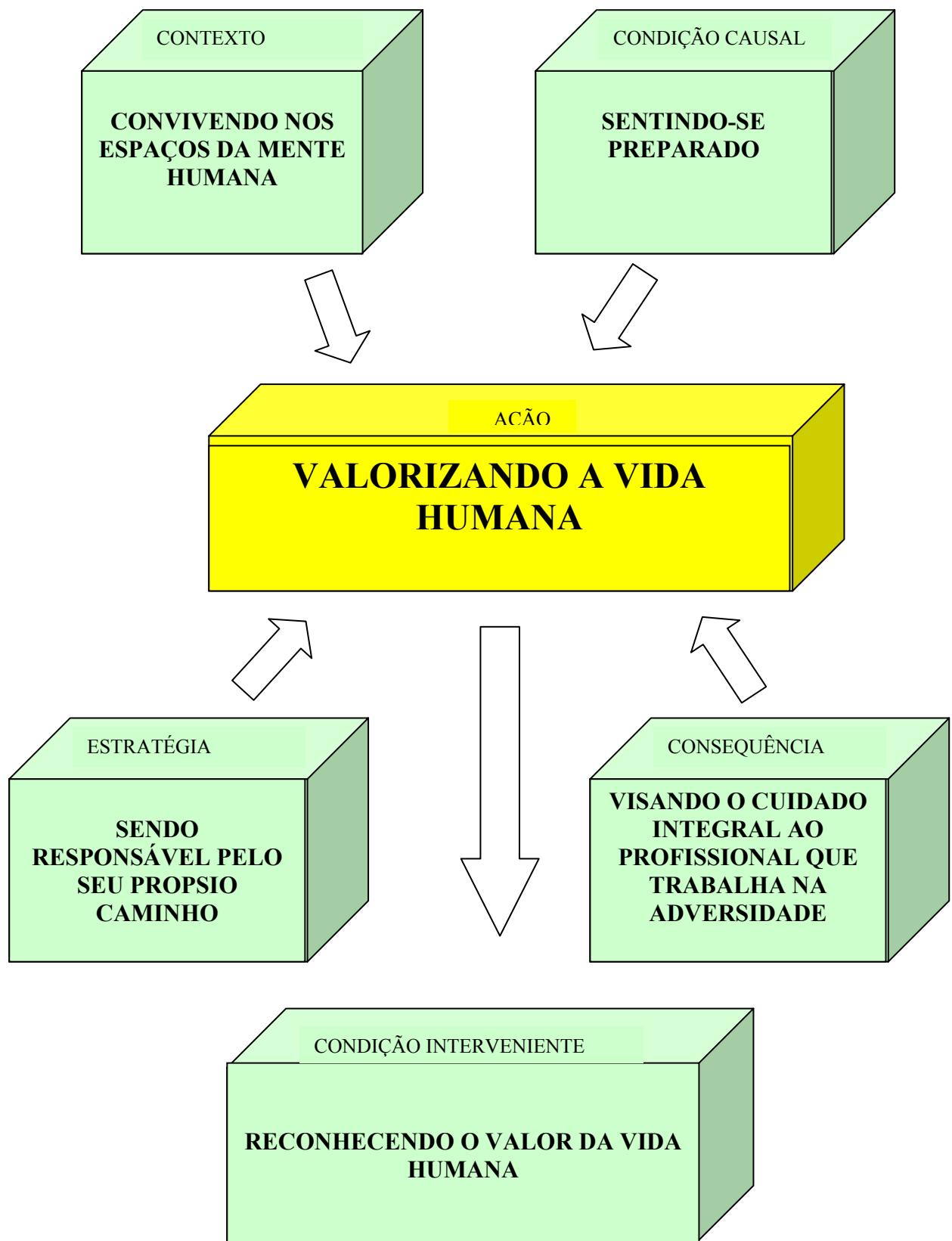
“falando que num cenário de guerra você tem que ser “o cara”, se você deixar que o outro pense, são minutos que se perdem, são vidas que se vão”.

A partir do momento em que aquele enfermeiro percebe que é o mestre de suas ações, ele sente falta de outros orientando-lhe o que fazer, como fazer e porque fazer. Mas mesmo assim, as ocorrências são muito significativas em sua vida, que o mantém estimulado a continuar sem esmorecer no caminho escolhido por ele.

Para que isso transcorra de uma forma tranqüila é necessário que ele seja competente naquilo que faz e busque intensamente essa competência pois ela é um dos alicerces de valorização da própria vida e da vida dos seus semelhantes. Ele próprio constrói os valores dessa caminhada profissional e existencial, traçando metas e alternativas que lhe possibilitem vislumbrar um futuro promissor.

Ao perceber todo o processo dentro de si mesmo, tendo consciência que terá que atuar muitas vezes sozinho e que existem barreiras que terá que ultrapassar, parte para uma busca interior do que fazer para caminhar em direção às suas aspirações vencendo todos os obstáculos e desafios que possam surgir.

**DIAGRAMA 5: Componente 1.1 do fenômeno 2
VALORIZANDO A VIDA HUMANA**



Desse modo, a condição causal para o enfrentamento das situações inerentes ao contexto adverso perpassa pelo sentindo-se preparado para exercer com competência sua missão. É importante pontuar que este movimento não é nem passivo nem linear, uma vez que durante todo o processo o enfermeiro militar é preparado, mas há momentos difíceis a enfrentar e ele muitas vezes se vê sem condições de superá-los e percebe o quão sozinho ele está e nessa percepção ele enfrenta os terrores da adversidade: o medo, o stress, a paralisação das ações...

Sentindo-se preparado representa a condição causal, isto é, a certeza de que ele foi e está preparado para agir em situações críticas e confia em suas potencialidades.

A confiança é originada dentro de si mesmo e o faz valorizar a vida como um tesouro interior. Esse preparo o faz se auto-conhecer, se amar, se valorizar como um ser humano com todas as virtudes inerentes ao bem maior que lhe foi confiado: a sua vida e a de seus companheiros.

“atendendo simultaneamente a 6/7 militares, tentando restabelecer o paciente que tentaram matar, sem auxílio”

Sentindo-se preparado, ele automaticamente estabelece as prioridades, consegue discernir as dificuldades e parte para a ação. Dessa forma ele gerencia todas as nuances desse cuidado diferenciado em região hostil e percebe sua capacidade, seu preparo para o exercício de sua profissão e realiza seus sonhos.

Sentindo que a condição causal favorece seu ideal, o enfermeiro militar utiliza algumas estratégias que fortalecerão seus anseios. Estas são representadas pelas categorias: sendo responsável pelo seu próprio caminho; buscando ajuda; selecionando com critério; tendo protocolos de ajuda antes, durante e depois da guerra.

Para ser responsável pelo seu próprio caminho, o enfermeiro militar sente o quanto sua vida mudou assim que inicia a vivência de sua nova realidade, pois aumentaram suas responsabilidades dedicando-se de corpo e alma todo o tempo às novas atividades que preenchem o espaço de sua vida, indo além do contexto da adversidade, do familiar e do pessoal para assumir com competência suas atividades profissionais.

Assim, ele percebe que assumiu um novo papel em sua vida e deixa-se preencher pelo vivenciar tal fato e sabe que é responsável por isso, que está distante de seu espaço geográfico e muitas vezes impossibilitado de contato com seus entes queridos, utilizando então todo o seu potencial em ações de enfermagem e direcionando-as ao seu crescimento pessoal e humanitário no caminho escolhido.

“a primeira guerra foi a despedida do navio, onde vimos aquela porção de Brasil indo embora”

“a guerra começou ali no porto: onde é que estamos? Que mundo é esse? Que terra é essa?”

“olhando para um lado, olhando para o outro e pensando para onde nós vamos daqui do porto?”

Buscando ajuda significa para o enfermeiro militar a necessidade de conhecer o contexto desconhecido, pois por mais preparo que possua aquela é uma realidade ainda a ser desbravada. O apoio é vivido na interação com os outros que já se encontram naquele cenário e que já vivenciam há mais tempo aquela realidade para ele desconhecida.

Esse apoio é fundamental e é uma ferramenta para a segurança de suas ações, uma vez que necessita sobreviver naquele novo universo.

Ele interage com outros profissionais que lá estão, sejam das Organizações Não-Governamentais (ONG's), seja da própria ONU, ou seja, da comunidade local. É como se fosse um estágio de adaptação.

“procurando um hospital mais próximo para aprender”

“buscando o conhecimento em pessoas com mais tempo de guerra”

“buscando pessoas com experiência em cuidado a feridos por minas”

“auxiliando profissionais mais experientes”

Selecionando com critério, mostra que a seleção dos voluntários para uma missão em cenário de guerra ou de pós-guerra deve ser extremamente criteriosa, uma vez que os escolhidos é que salvarão os demais em caso de necessidade. No caso da enfermagem é ainda mais sutil essa operacionalização, pois terão que ser enfermeiros que suportem bem trabalhar sob pressão permanente, sem intervalo para descanso ou desmotivação. Isso é fundamental para aquela realidade e não pode ser escolhido aleatoriamente ou simplesmente por voluntariado.

“enfermeiro! Sendo chamado em todos os idiomas, era um desespero total: paciente com malária desmaiando, todo mundo gritando; a gente mesmo até sente o baque, sensação de que todos estavam morrendo, sem entender o que eles falavam”

“estando o cenário todo destruído: é um massacre total”

“não tem como transportar para uma pessoa: é uma coisa de maluco, pessoas loucas, ambiente diferente do acostumado, está havendo uma guerra, o pessoal tá levando tiro, tudo é caos, o *front* é muito complicado”

Tendo protocolos de ajuda antes, durante e depois da guerra demonstra o quão importante é a existência de um manual de cuidados para a guerra. Nele estarão inseridos todos os protocolos e serem seguidos, caso sejam necessários atendimentos de emergências prestados por enfermeiros militares.

*“D” vislumbra que as próprias manobras operativas do dia a dia já são as guerras para a enfermagem militar, pelo menos como treinamento
(Nota de reflexão da pesquisadora)*

“sugerindo ter rotina pré-estabelecida para o *front*”

“trabalhando técnicas para quem vai atuar sozinho”

É importante salientar que não basta haver um manual completo, se o profissional não tiver sido devidamente preparado.

“você tem que enxergar além, pois só quem está lá sabe: não adianta ver o boneco na sala de técnica, ele não agita, ele não chora, ele não reclama ...”

Dessa forma, o enfermeiro militar caminha em direção ao seu propósito, olhando em si mesmo tal reflexo e sempre se auto-analisando em busca do que almeja para si e para a humanidade. Ele se percebe com elevada auto-estima em sua caminhada, com condições de continuar sua missão, tendo como condição interveniente o reconhecimento do valor da vida humana interagindo no contexto convivendo nos espaços da mente humana, ambos refletindo como conseqüências: operacionalizando protocolos de ajuda e visando o cuidado integral ao profissional que trabalha na adversidade.

Operacionalizando protocolos de ajuda são os fundamentos dos cuidados a serem prestados, formalizados e aprovados.

“Lembro que o cuidado no cenário de guerra precisa mais que ser aprendido ser sentido em pelo menos algumas vertentes:

- cuidar para salvar vidas;*
- cuidar nas fases pré, trans e pós morte;*
- cuidar de si para evitar a morte;*
- cuidar de si preparando-se para morrer.*

Não podemos nos esquecer no gerenciamento do cuidado que nós profissionais também precisamos ser cuidados.” (Nota de reflexão da pesquisadora)

“certificando a impossibilidade de responsabilidade de restabelecer situações mais graves dentro dos protocolos existentes”

“a atuação da enfermagem militar é diferenciada”

“o protocolo que existe não dá suporte ao que está acontecendo”

Visando o cuidado integral ao profissional que trabalha na adversidade significa a necessidade que o enfermeiro militar tem de também ser cuidado.

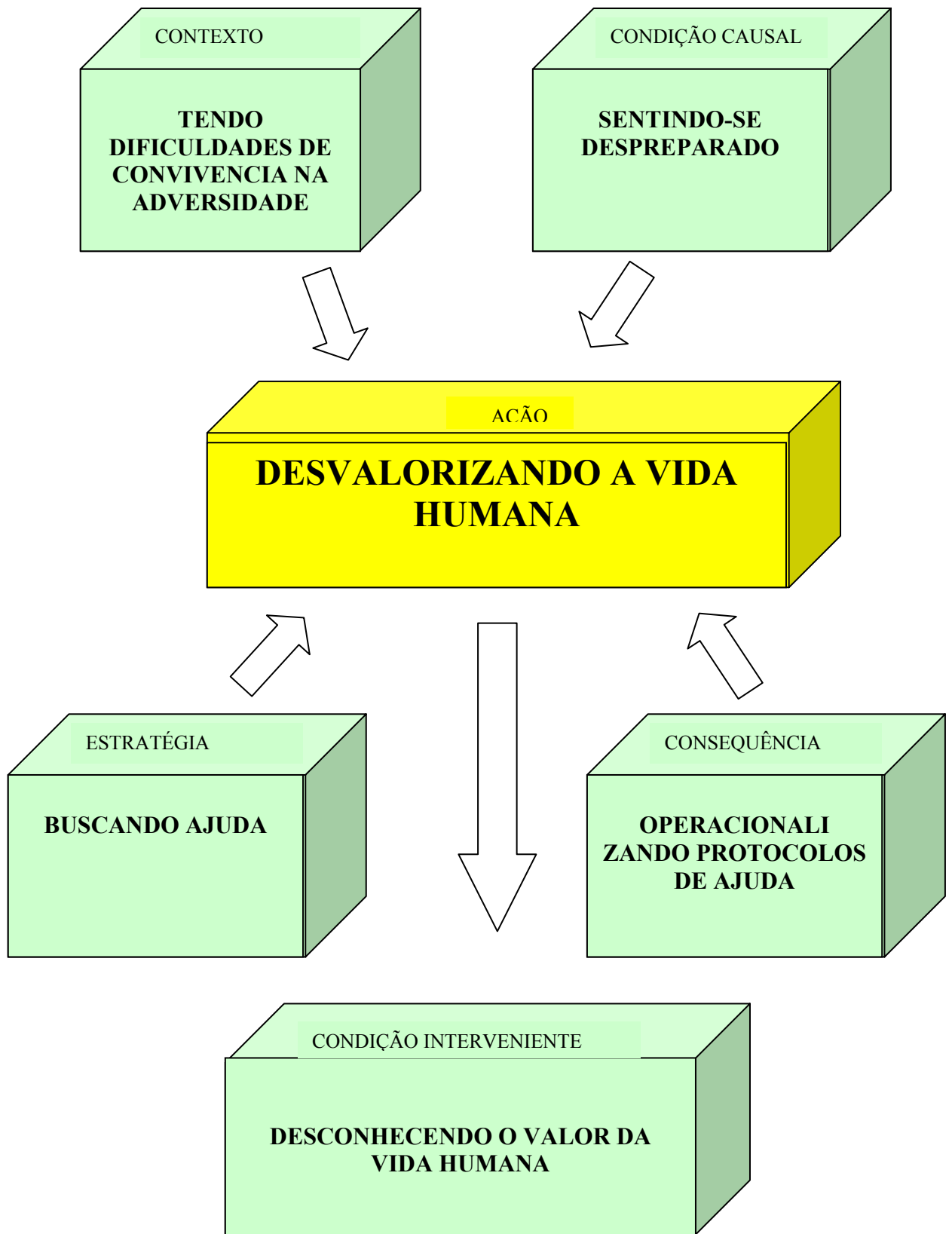
Mesmo naquele cenário e ele estando sozinho para cuidar do outro é necessário cuidar de si mesmo.

“Para “D” elaborar o movimento de desligamento da realidade perigosa do local da guerra para poder prestar assistência de enfermagem com dignidade, amor e carinho, fez advir uma reflexão interativa sobre a versatilidade em área hostil pela dificuldade em identificar o que é o bem e o que é o mal. Isso nos remete a imaginação aquele ambiente onde as vítimas são atendidas e ao mesmo tempo a que o cuidador passe a ser possível vítima necessitando de cuidado. E aí quem cuidará de quem cuida na guerra?”(Nota de reflexão da pesquisadora)

Assim sendo, ouvir música, praticar esporte, conversar, quando possível, são fundamentais para o desenvolvimento do processo de cuidar.

“vivendo com música, tocando samba, cantando, lembrando de coisas boas, esquecendo a tristeza”.

**DIAGRAMA 6: COMPONENTE 1.2 DO FENÔMENO 2
DESVALORIZANDO A VIDA HUMANA**



Desvalorizando a vida humana é o outro lado, aquele que ninguém gosta, aquele que fica oculto. Significa que em meio à adversidade alguns não conseguem suportar e adoecem. Eles perdem a força, a coragem e desistem de continuar e isso é manifestado pela condição causal sentindo-se despreparado.

Essa condição é vivenciada pelo enfermeiro militar frente aos terrores da guerra, mas ele consegue ir além e se superar até quando existirem condições que possam atravessá-lo em sua integralidade, onde teremos um possível quadro de desvalorização se iniciando.

“mostrando sua decepção com o pessoal nosso que não deu apoio, sendo que depois que houve a negação de abrigo, passamos a transportar os doentes em dupla para garantir a segurança”

“a gente não consegue prosseguir na missão”

“o preparo psicológico é super importante para a adaptação à realidade”

A estratégia utilizada é conhecendo a diversidade, pois somente após conhecer a realidade é que a verdade absoluta pode surgir e advir o fortalecimento das ações a serem implementadas

Desse modo, atua como condição interveniente o desconhecimento do valor da vida humana, típico de algum distúrbio ou despreparo para a situação.

Essa situação está inserida no contexto tendo dificuldades de convivência na adversidade, que nos remete às dificuldades de adaptação inerentes ao ser humano: medo do desconhecido, insegurança e incerteza. Na realidade ele não se encontra preparado para a adversidade, o que lhe prejudica naquele ambiente.

“Várias reflexões surgiram entre a vida real, ou seja, o ambiente de vida normal, que levamos no cotidiano da prática e o ambiente da guerra. Guerra essa que leva ao isolamento, ao desolamento, ao medo e conseqüentemente à loucura. O medo é uma ferramenta da nossa insegurança, do nosso desconhecimento, da nossa indecisão, enfim das nossas escolhas erradas.”(Nota de reflexão da pesquisadora)

Assim, o próprio enfermeiro percebe que não é capaz de todos os enfrentamentos e precisa de ajuda.

“saindo de uma realidade (massacre) para viver outra (doença)”

“comparando as diferenças: virtual X real”

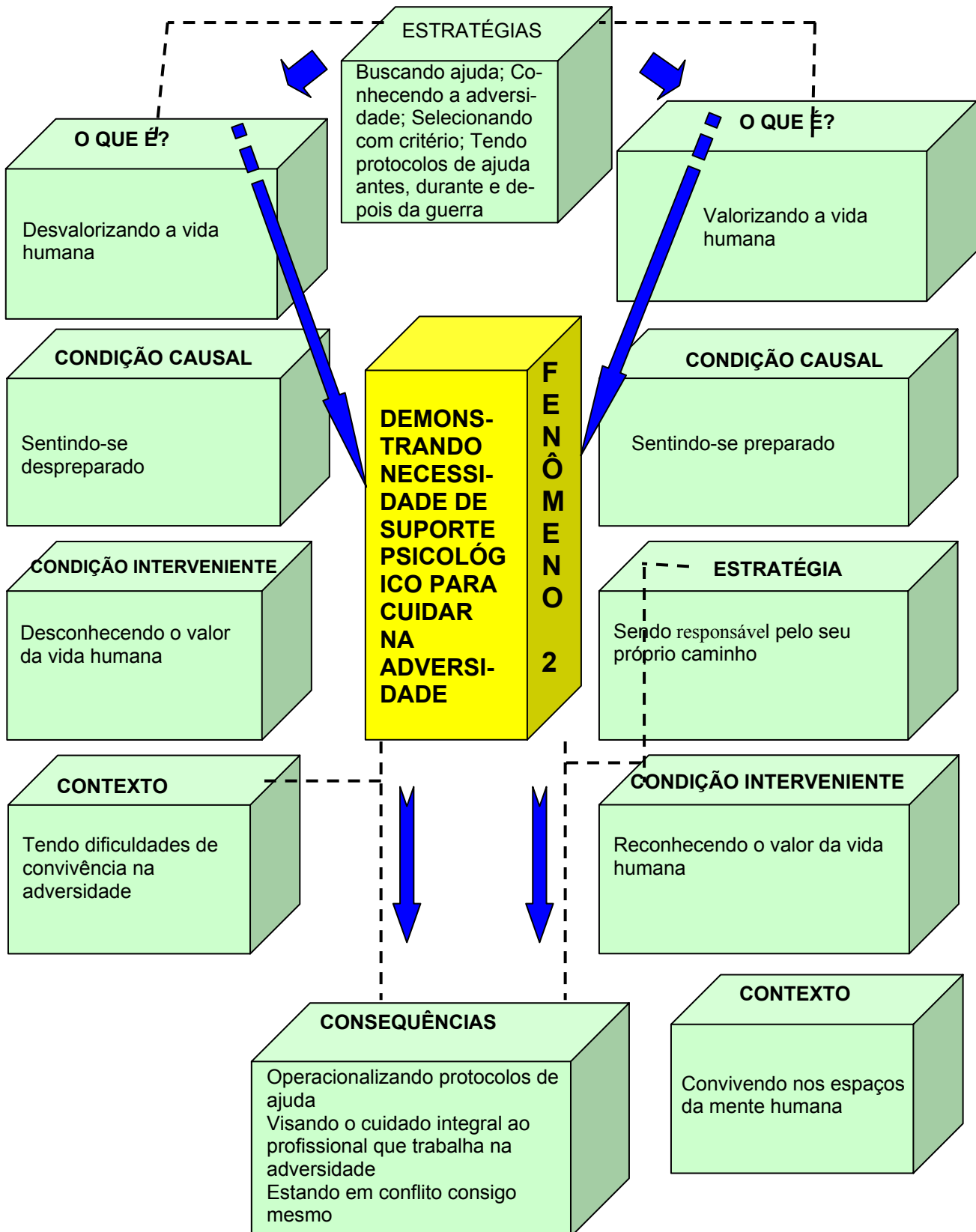
“mostrando que a televisão mostra somente a imagem e o som”

“isso já causa um grande impacto: o cenário em si”

“refletindo se vão voltar e matar você também”

A seguir, encontra-se delineado o **diagrama 7** correspondente ao FENÔMENO 2.

**DIAGRAMA 7 – FENÔMENO 2:
DEMONSTRANDO NECESSIDADE DE SUPORTE PSICOLÓGICO PARA
CUIDAR NA ADVERSIDADE**



CAPÍTULO VI: inter-relacionando os fenômenos desenvolvidos e descobrindo o fenômeno central

Refletindo e fazendo a interconexão entre os fenômenos desenvolvidos nesta investigação, TENDO CONHECIMENTO DOS LIMITES DE AÇÃO/INTERAÇÃO e DEMONSTRANDO NECESSIDADE DE SUPORTE PSICOLÓGICO PARA CUIDAR NA ADVERSIDADE, procuramos identificar os componentes significativos que expressaram ação, causa, contexto, condição interveniente, estratégias e conseqüências da vivência/experiência do enfermeiro militar que cuida em situação limítrofe. Houve permanentemente em nosso pensamento o questionamento referente ao que é?, como?, onde? e por quê? o enfermeiro militar visualiza e expressa dessa maneira a situação, sendo necessário correlacionar os fenômenos que emergiram neste estudo e seus componentes, para a compreensão e delineamento do processo vivenciado pelo enfermeiro militar.

Para tanto, precisamos ir além do que nos era concreto nos dados e abstrair todos os significados, para enfim apreender o chamamento de cada categoria e o que transmitia na realidade, e desse modo encontrar o fenômeno latente e central do estudo: GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE GUERRA.

Foi necessário buscar na vivência dos sujeitos as conexões e inter-relações como estratégia para emergir o fenômeno central.

Conforme cada enfermeiro militar participante deste estudo reviveu a situação investigada (a situação limítrofe e sua atuação profissional) puderam definir para eles como TENDO CONHECIMENTO DOS LIMITES DE AÇÃO/INTERAÇÃO e nesse percurso olharam para dentro de si mesmos, representado pelo DEMONSTRANDO NECESSIDADE DE SUPORTE PSICOLÓGICO PARA CUIDAR NA ADVERSIDADE, a situação vivenciada SENDO ENFERMEIRO OPERATIVO e SENDO ENFERMEIRO HOSPITALAR; VALORIZANDO A VIDA HUMANA e DESVALORIZANDO A VIDA

HUMANA. Ao serem enfermeiros operativos eles estabeleceram que são capazes de ir em direção às suas metas de carreira e de vida, tendo como consequência o SABER CUIDAR EM SITUAÇÕES ADVERSAS e VISAR O CUIDADO INTEGRAL AO PROFISSIONAL QUE TRABALHA NA ADVERSIDADE.

O enfermeiro militar, ao ser enfermeiro hospitalar sente que essa opção em sua carreira e em sua vida lhe permite SABER CUIDAR EM ÁREA HOSPITALAR e portanto mostra como é o seu perfil profissional. Muitas vezes sua realização está em trabalhar em área hospitalar, com as rotinas pré-estabelecidas e com uma equipe que pode lhe apoiar a qualquer hora.

Mesmo assim, como militar que é, emergem nele sentimentos de ansiedade, de medo do desconhecido ao ter que enfrentar desafios e tentar ultrapassar as barreiras do “simplesmente cuidar” para o “ir além” e nesse vai e vem de pensamentos, tentando resolver os problemas e dificuldades que possam aparecer ele olha para si SENTINDO-SE DESPREPARADO para os enfrentamentos que possam surgir, mesmo com a certeza de TER CIÊNCIA DE SUAS ATRIBUIÇÕES.

Nesse esforço de se conhecer melhor, percebe que em sua escolha de vida fez a opção pela carreira militar e terá que se superar, pois tem que estar preparado para a guerra o tempo todo e nesse momento percebe a necessidade de ser enfermeiro hospitalar atrelada a de ser enfermeiro operativo.

E esse movimento mental e emocional que lhe invade deixa fluir o ESTANDO EM CONFLITO COM SI MESMO. Nessa batalha interior ele age BUSCANDO AJUDA; SENDO RESPONSÁVEL PELO SEU PRÓPRIO CAMINHO; MOSTRANDO-SE PROFISSIONAL COMPETENTE e ESCOLHENDO POR IDEAL.

Nesta trajetória, percebemos que o enfermeiro militar quer ser operativo e hospitalar, se é que se pode separar um do outro, e assim ele parte para o GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE GUERRA,

seja sozinho, seja com ajuda, que nós elegemos como **FENÔMENO CENTRAL**. E a justificativa para isso está no fato de tudo convergir para ele e de tudo partir dele indo para o enfermeiro militar que atua sozinho na terra, na água e no ar, seja em cenário de guerra ou até em outras adversidades de mesmo porte.

Vejamos pormenorizadamente como foi emergindo o processo de identificação do fenômeno central e como foram descobertas as condições causais, condições intervenientes, contexto, estratégias de ação/interação e as conseqüências.

Primeiramente façamos uma viagem ao significado de gerenciando o cuidado de enfermagem em situações de guerra.

Barros (1983, p.255) em seus estudos sobre a prática administrativa da enfermagem conceituava a gerência em enfermagem como um processo em que o enfermeiro, utilizando-se de teorias e técnicas, planejava, organizava, dirigia e controlava as atividades de enfermagem, com o propósito de oferecer uma adequada assistência aqueles clientes necessitados e à sociedade em geral.

Em contrapartida, Ciampone e Kurcgant (1989, p. 34) descreveram que o gerenciamento é considerado mais que o desenvolvimento de funções básicas da administração, ou seja, é um processo participativo cujo produto é aplicável em qualquer serviço de enfermagem.

Novos paradigmas surgiram e autoras como Marra, Fernandes e Carmagnani (1988, p.88) afirmaram que a qualidade em saúde é uma estratégia de padrões organizacionais que tem como produto final o ser humano, recuperado ou promovido.

Houve também a criação da Sociedade Brasileira de Gerenciamento em Enfermagem (SOBRAGEN), em meados de 1998, que trouxe como principal contribuição despertar o interesse dos profissionais de enfermagem para as práticas de enfermagem de acordo com a evolução do mundo.

Assim, a função gerencial do enfermeiro se traduz, nas seguintes expressões:

- habilidades cognitivas (que requerem conhecimento técnico-científico);
- relações interpessoais (que exigem do administrador uma completa integração com os demais membros da equipe de enfermagem, outros profissionais, clientela e comunidade); e
- habilidades organizacionais (que requerem um exercício organizativo sistêmico, participativo e motivador).

No desenvolvimento processual da gerência em enfermagem são fatores relevantes para o êxito nos serviços a valorização das pessoas, com conhecimentos e habilidades técnicas, o bom relacionamento interpessoal de clientes e profissionais, a satisfação, o trabalho em equipe, a comunicação, entre outros.

Na literatura da administração geral, a palavra gerência é vista como função de gerente, o lugar onde ele exerce suas funções de gestão, cargo de gerente.

Shermerhorn Jr, Hunt e Osborn (1999, p.79) definem gerência como atos de um gerente que, mediante um processo de criação de possibilidades, para os indivíduos ou grupos de pessoas, influencia pessoas a contribuírem satisfatoriamente para a organização.

Quanto à definição de enfermagem, as apresentadas tem como propósito a interação de seres humanos em que o conhecimento técnico-científico e a habilidade de comunicação estejam presentes.

Para Lima (1994, p.08) enfermagem é “... arte e ciência de pessoas que convivem e cuidam de outras”, e para Figueiredo (1997, p.59), é “um processo interpessoal e uma prática social interativa entre duas ou mais pessoas, para fundamentar-se no cuidar”.

Ainda para Figueiredo (1999, p.43) as teorias de enfermagem não apresentam claramente muitos dos conceitos que envolvem ambiência, adaptação, necessidades humanas, sinergismo, holismo, empatia, estilo de vida, interação, etc. Refere ainda que o centro da prática de enfermagem é a pessoa que requer cuidados, e esses se apóiam na

prevenção da doença, promoção da saúde, recuperação do indivíduo, na integração ao seu meio e à sociedade.

O cuidado é um fenômeno para a consciência do enfermeiro, Betinelli (2002, p. 165), e entra na constituição do ser, sendo por isso que a convivência do profissional não poderá ser uma relação de domínio. O processo do cuidado não é constituído somente por intervenções, e tarefas técnicas, existe o aspecto relacional e a interação pessoa-a-pessoa.

Assim o fenômeno identificado como central nesse estudo foi ***gerenciando o cuidado de enfermagem em situação de guerra.***

Nessa prática de gerenciamento em enfermagem precisamos refletir sobre o que é a guerra e como está o mundo: drogas, fome, miséria, armas, guerra.

Para um dos participantes desse estudo a guerra “é o domínio do medo e da insensibilidade” (A1). Ele refere que o preparo da personalidade para a guerra é vital pois a guerra é também uma questão vital para o Estado e por ser o campo onde se decidem a vida ou a morte, o caminho para a ruína ou para a sobrevivência, torna-se de suma importância estudá-la com muito cuidado em todos os seus detalhes, pois o verdadeiro objetivo da guerra é a paz.

No entanto, quanto a adversidade e o treinamento existem fatores que influenciam a personalidade, e assim, quando um comandante em qualquer nível hierárquico assume a liderança de suas tropas, ele é o guia, ele é a figura principal e muitas vezes segue seu curso sem obedecer totalmente ao seu soberano.

Portanto, não existe profissão na qual o treinamento da personalidade seja mais importante do que na carreira militar, porém os conhecimentos nesse campo são ainda limitados, uma vez que as melhores oportunidades para aferir tal treinamento surgem apenas e somente apenas em tempo de guerra. É uma profissão pouco compreendida por aqueles estranhos à ela.

E o homem é ainda o elemento mais importante na guerra a despeito de todos os progressos realizados no campo do armamento.

Muito embora o treinamento busque por clareza e certeza das ações e atitudes a serem tomadas, lá na zona de conflito é bem complexa a tomada de decisões. Assim, percebe-se um reino onde aqueles que estão sentem-se estranhos, dizendo-nos que todas as coisas familiares parecem lhes deixar. É uma zona onde o anormal é o normal cujo primeiro fator a tombar é a inocência.

A situação de guerra pode ser comparada a um duelo em que todos os participantes travam primeiramente consigo mesmos, quando questionam “que mundo é esse, que lugar é esse, o que é que eu estou fazendo aqui?” (R12).

CONDIÇÃO CAUSAL

Após a identificação do fenômeno central desta investigação, começamos a fazer vários questionamentos e um constante em nosso pensamento era o que leva o enfermeiro militar a realizar o cuidado em situação de guerra mesmo estando sozinho?

Naquele cenário hostil os enfermeiros militares, puderam vivenciar um cotidiano caótico e o cuidado prestado aos feridos não podia ser contaminado pela situação global. Ele era um cuidado diferenciado e isolado. Era como se não existisse mais nada ali naquele espaço e naquele tempo, somente o ferido e o enfermeiro militar. Mesmo estando na guerra o enfermeiro precisava isolar-se e ao paciente, senão percebia-se o tempo todo não conseguindo cuidar.

Embora percebendo a realidade de não conseguindo cuidar, existia a outra vertente que era tendo que agir sozinho, onde não tinha em quem se apoiar, pois eram apenas ele e o(s) ferido(s) e a vida do(s) outro(s) dependia do seu agir imediato. O seu cuidado estava diretamente ligado à valorização da vida humana o que o fazia sentir-se preparado e essa

categoria o fazia exercer com plenitude o seu papel de enfermeiro operativo mesmo que tivesse que ir além de suas atribuições.

CONTEXTO

Outra pergunta que surgia a seguir em nossa mente: se os enfermeiros militares querem e precisam gerenciar o cuidado em situação de guerra, onde podem ser capacitados para isso de forma legal?

As respostas iniciais foram as mais variadas e nos fizeram refletir que o melhor lugar seria a Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias, local onde tudo se origina, desde o primeiro curso de formação na carreira que é o Especialização em Enfermagem, correspondente ao Auxiliar no meio civil até o Aperfeiçoamento em Enfermagem, que corresponde ao Técnico.

Cabe referendar que os cursos mencionados são ministrados para as Praças da área de enfermagem (profissionais de nível médio), mas essa Escola de Saúde na área de enfermagem também realiza cursos de Aperfeiçoamento e Residência para os Oficiais enfermeiros (profissionais de nível superior).

A associação que os entrevistados fazem à Escola de Saúde como órgão formador dessa modalidade de ensino, a enfermagem operativa, nos revela que a legalidade está atrelada aos cursos básicos como pré-requisito, ou seja, nas três possíveis vertentes a serem criadas, é preciso antes ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem para realizar o módulo “enfermagem operativa” nos níveis I, II ou III, respectivamente, sempre lembrando que são as necessidades que fazem os personagens do cuidado.”(Nota de reflexão da pesquisadora)

Outro fato que chama atenção, é o de que desde a Segunda Guerra Mundial os Oficiais Enfermeiros não tem sido contemplados para essas missões em área de guerra ou pós-guerra, embora o militar tenha como missão básica atuar na guerra.

Teríamos um grupo altamente capacitado de Oficiais e Praças Enfermeiros e o ponto zero onde tudo seria disponibilizado seria a referida Escola de Saúde.

Sugere-se a reestruturação curricular de todos os cursos envolvidos, bem como a montagem de oficinas onde o virtual seria o pré-requisito para o real. As barracas canadenses de centro cirúrgico, UTI e enfermaria seriam montadas com todo o mobiliário e material necessário ao processo ensino-aprendizagem.

Assim a categoria preparando o pessoal adequadamente é a resposta seguinte ao onde ensinar e caso contrário tendo pessoal não preparado. A primeira traria também o convivendo nos espaços da mente humana como característica do preparo adequado e a segunda o tendo dificuldades de convivência na adversidade como característica do despreparo do pessoal.

Além dessas, foram vistas também as categorias sendo competente em sua área a partir do tendo ciência de suas atribuições e escolhendo com dignidade de propósito a partir do procedendo além de suas atribuições.

Assim, gerenciar o cuidado em situações limítrofes da vida do outro, dentro do contexto do preparo adequado do pessoal, é o fator determinante da atividade profissional competente, adaptando-se ao ambiente, organizando-se de modo a conviver naquele período de tempo o seu cotidiano da assistência e da guerra, na enfermagem militar.

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO

Aqui elaboramos as perguntas: Quais as estratégias e táticas utilizadas pelos enfermeiros militares para gerenciar o cuidado de enfermagem em situação de guerra? e de que modo os enfermeiros militares constroem e gerenciam o cuidado de enfermagem em situação de guerra?

Buscando compreender o cotidiano da prática vivenciada por esses enfermeiros e por estar inserida como Oficial nessa composição da enfermagem militar, procuramos salientar alguns pontos que surgiram da análise do planejamento das estratégias de ação ou

interação que conduziram ao tema central. A primeira estratégia utilizada é tendo que prestar o cuidado.

A necessidade é imperativa e traz para nós que cuidamos o envolvimento com o outro. O ter é necessário, o ter é obrigatório, o ter é missão. Esses sentimentos permeiam a mente daquele que deverá prestar o cuidado, bem como ele sabe que seus companheiros na batalha contam com ele ou muitas vezes somente com ele.

A estratégia tendo que prestar o cuidado por ser a primeira nos remeteu incansavelmente a uma busca sobre a condição humana, onde encontramos suporte em Arendt (1997. p. 12) quando nos fala que “... os homens que vivem e se movem e agem neste mundo, só podem experimentar o significado das coisas por poderem falar e ser inteligíveis entre si e consigo mesmos”.

Sendo assim podemos afirmar que o ter que fazer é muito mais complexo do que se supõe. A referida autora (p. 15-20) nos instrui quando designa “três atividades humanas fundamentais: labor, trabalho e ação”. O labor é a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano.

Sua condição humana é a própria vida.

LABOR ↔ CONDIÇÃO HUMANA ↔ VIDA

Já o trabalho é a atividade correspondente ao artificialismo da existência humana. Assim, o trabalho produz um mundo “artificial” de coisas, diferente de qualquer ambiente natural. A pensadora, política e filósofa Hannah Arendt explica que é na fronteira desse mundo do trabalho que habitam as vidas individuais, que é nele que sobrevivem e transcendem todas elas.

Sua condição humana é a mundanidade.

TRABALHO ↔ CONDIÇÃO HUMANA ↔ MUNDANIDADE

Quanto à ação ela diz que é a “única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana de pluralidade, de que homens vivem na Terra e habitam o mundo”.

AÇÃO ↔ CONDIÇÃO HUMANA ↔ PLURALIDADE

Após o exposto pela filósofa alemã Hannah Arendt, podemos começar a enveredarmos pelos caminhos da ação de ter que prestar o cuidado.

Ela é uma ação que não pode ser medida, nem sentida, ela simplesmente é. Isso quer dizer que se não for executada outros homens poderão deixar de existir no mundo.

Assim, está ligada ao agir, ao iniciar algo, sendo então criado algo novo e isso por si só faz parte da condição de ser humano.

É desencadeado o processo e uma coisa atrai a outra ou seja, quando o enfermeiro vê seu semelhante necessitando de si é acionado em sua mente o “sinal verde” para a ação imediata e o fato de ter que prestar o cuidado passa a ser a condição ou situação principal para a atitude que ele toma a seguir, a execução do cuidado.

Como primeira estratégia cabe pontuar que ela respondeu adequadamente ao fenômeno mediante algumas condições percebidas.

Assim, o enfermeiro militar, sem outro profissional presente, gerencia aquele cuidado de enfermagem, naquela situação limítrofe (guerra) onde se encontra aquele soldado ferido (paciente).

Em virtude do desconhecimento real de ambientes onde há guerra, existem fatores que geram ansiedade e preocupação naqueles que optam pela enfermagem militar e levam-nos a sentirem-se sem preparo para atuarem efetivamente naquele cenário.

Para minimizar esse estado interior que os acomete, outra estratégia utilizada como ação/interação é Sugerindo mais contato com situações adversas.

Os enfermeiros militares da Marinha são divididos em dois grupos distintos: os **fuzileiros navais** e os da **armada**. Os primeiros convivem com situações adversas em seus treinamentos durante sua formação militar, mas os demais vivenciam apenas situações semelhantes às experienciadas por auxiliares e técnicos de enfermagem civis, salvo raríssimas exceções, como por exemplo o caso do acidente com o Césio, em que no Hospital Naval Marcílio Dias uma composição dessa enfermagem militar cuidou diuturnamente dos pacientes irradiados, fazendo parte de uma equipe multidisciplinar que foi escalada para isso.

As situações adversas que os não fuzileiros vivenciam são as de estar sozinhos como profissionais da saúde quando embarcam em navios, submarinos, aeronaves ou quando são escalados para missões como a Operação Haiti, Angola e outras.

Esse é o momento de unir esforços, nesse sentido e essa experiência pensamos que só pode partir da própria Escola de Saúde, durante os cursos, onde todos os alunos deverão vivenciar tais situações e receberem o treinamento adequado.

“Nossa sugestão é a de formar um grupo de trabalho com todos os profissionais que já participaram desse tipo de missão e trabalhar levando em conta as considerações deles. Sempre que houver convocação para essas missões, no planejamento deve constar reuniões com esses atores reais para que o treinamento considere as suas experiências vivenciadas em cenários de guerra.”(Nota de reflexão da pesquisadora)

Nesse treinamento participariam como instrutores/orientadores os militares que já tivessem participado de alguma situação real, ou seja, em Operações de Paz que são instrumentos de intervenção utilizados pelas Nações Unidas nos conflitos e situações de crise. São eles que detêm o conhecimento real do processo global. Somado a isso

participariam também um grupo de fuzileiros escalonados para esse tipo de instrução operativa. E dessa forma seria contemplada em sua totalidade a preparação para cuidar na adversidade. Seriam proporcionados estágios específicos em todos os setores e áreas afins para capacitar a todos os alunos que venham a cursar enfermagem operativa.

“É importante lembrar que existem espaços não explorados para o enfermeiro atuar. Vimos nesse estudo a ausência desse profissional de nível superior nos submarinos, nos navios, nos batalhões, nas aeronaves e mesmo nas regiões em conflito. Cabe salientar que isso por si só é grave e nos deixa totalmente desguarnecidos para liderar nossas equipes. Outras áreas como a oxigenioterapia hiperbárica ainda permanecem somente com os profissionais de nível médio da enfermagem.” (Nota de reflexão da pesquisadora)

Outra categoria que faz parte das estratégias é acreditando que o aprendizado deve abranger cuidados bélicos.

O estudo aprofundado sobre balística; armas nucleares, químicas e biológicas e a própria situação de guerra devem compor o leque de ensinamentos a serem desenvolvidos junto aos enfermeiros militares.

Além desses, um estágio que possa fornecer subsídios à prestação de cuidados aos pacientes que não falem nosso idioma. É importante nesse aspecto em particular, conhecer e conviver com cegos, surdos, mudos e pacientes especiais em qualquer situação, para melhor cuidar daqueles que não possamos entender de forma verbal.

Outra situação a ser experienciada é a da morte em todos os níveis (coma profundo, pré-morte, morte, pós-morte e a própria morte). Como se preparar para a grande travessia? Sendo estudioso da vida e de todas as suas manifestações pois a morte é uma das etapas da vida e na guerra isso é mais do que latente. Corroboramos com Boff (1999, p. 153) ao nos dizer que “o sentido que damos à vida depende do sentido que damos a morte”.

Dessa forma pensamos que a vida é uma experiência em que cada ser planta o máximo de si e na enfermagem esse plantio vital é o cuidado. Se cuidamos com

sabedoria e amor durante toda a nossa vida estamos nos preparando para cuidar da grande travessia dos outros e da nossa também.

No momento derradeiro quem estará com aquele companheiro de jornada é o enfermeiro militar e às vezes um simples toque, uma prece ou até o simples fato de estar ao lado, transmitem conforto e segurança para o outro, que inicia essa nova etapa em sua vida – a morte.

CONDIÇÕES INTERVENIENTES

A primeira condição interveniente do modelo é tendo conhecimento insuficiente, considerada no contexto específico do cuidado de enfermagem em situação de guerra como podendo dificultar ou restringir as estratégias de ação /interação já referidas.

O conhecimento é a base de tudo em qualquer campo da prática. E nesse momento quem o detiver ininterruptamente, é que consegue prestar o cuidado com sabedoria . Não adianta mais estudar a doença como um molde do cuidado. Hoje, sabemos que o cuidado é multidimensional, ou seja, tudo está relacionado à ele: o material e o espiritual.

A vida pulsa em todos nós e sua natureza é energia pura, assim o cuidado deve ser percebido como um mobilizador dessa energia quando ela sofreu impactos, rupturas ou simplesmente parou de fluir.

Novamente referenciamos Boff (Op. Cit., p.11) quando fala que “a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência.”

Portanto, deixar de ter conhecimento suficiente cria uma barreira na sutileza que é o cuidado e assim o outro que precisa ser cuidado não recebe o cuidado adequado e sua essência humana começa a sofrer cada vez mais e o profissional que cuida sem

conhecimento percebe esse fato e muitas vezes por sentir-se incapaz ou desconhecedor ele também adoece. Faz parte do próprio ciclo vital.

Esse conhecimento insuficiente cria uma barreira que acarreta a falta ou ausência de cuidado, um descuido ou um descaso pelo outro e até pela própria vida. Como sanar ou minimizar isso? Proporcionando oportunidades à todos, através de treinamentos constantes, de reunião periódicas, aonde debates críticos e reflexivos gerem possibilidades cada vez melhores.

A segunda categoria que participa da condições intervenientes é adquirindo conhecimento adequado.

O ser humano busca compreender tudo o que ocorre ao seu redor, a partir daí ele procura conhecer através de instrumentos que o facilitem nesse objetivo: cursos, estágios, congressos, palestras, experiências de outros profissionais, entre outras. E assim, ele vai formatando o que precisa acrescentar em cada área de sua formação, o que for necessário para sentir-se preparado.

Na verdade, os cursos ministrados em sua carreira não contemplam todas as suas necessidades de aprendizagem. Mas é muito importante que na formação inicial e mais tarde no aperfeiçoamento do enfermeiro militar de nível médio pudesse ser inserido obrigatoriamente na grade curricular essa necessidade principal, a de ter que cuidar na adversidade e sozinho. Essa parte operativa acoplada ao suporte básico de vida com todas as características emergenciais precisam ser incluídas como módulos obrigatórios.

Até agora, cada profissional de enfermagem tem se aprimorado por conta própria fazendo cursos e estágios. Mas o certo é que o gerenciamento seja da própria Marinha.

A próxima condição interveniente é reconhecendo o valor da vida humana.

O valor que o ser humano dá a cada parte que conhece é individual, pois nesse ponto ele é único e diferente, como pessoa, dos demais. Tratando-se da vida, cada um a percebe de uma maneira. Mas, o que é a vida?

Chardin (1995, p. 139-145) nos fala que “como todas as coisas num universo onde o tempo se instalou definitivamente a título de quarta dimensão, a vida é e não pode ser senão uma grandeza de natureza ou dimensões evolutivas. Fisicamente e historicamente, ela corresponde a uma certa função X que define, no Espaço, na Duração e na Forma, a posição de cada um dos seres vivos.”

Sendo assim, a vida é bem mais complexa do que possamos supor pois não basta apenas nascer e existir e sim passar por todo o processo, de preferência de forma construtiva.

Para o autor em tela, “a pessoa é o indivíduo (mônada viva, todo distinto e autônomo, com função evolutiva de constituir um relé encarregado de transmitir, por meio da reprodução, os caracteres inatos do filo e os caracteres adquiridos, ao longo da Evolução) dotado de um núcleo, foco, centro espiritual de reflexão, liberdade e amor: a “personalidade”. Emerge num limiar definido da Evolução como abertura às relações unitivas interpessoais e à hipercentração numa Pessoa Divina, e distingue-se da “individualidade”, enquanto centro biopsíquico que lhe serve de infra-estrutura “física” que ela “hiperfísica”. A pessoa pode estruturar o seu Universo, personalizando-o ... Sua própria união com outras pessoas a diferencia e a personaliza ainda mais ... Finalmente, ela é capaz de identificar a presença da Pessoa Divina por toda a extensão cósmica ... Mas “ainda não chegamos lá” “. (CHARDIN, 1995, p.139-145)

Portanto, cada ser, cada pessoa é única e pode fazer a diferença em suas atitudes para com os outros e para consigo mesma. E valorizar a vida é uma atitude pessoal, onde características como altruísmo e solidariedade estão acopladas e fazem parte do fluxo que torna possível elaborar e construir um porvir melhor.

A condição interveniente seguinte é o oposto da anterior, desconhecendo o valor da vida humana.

Desconhecer é o mesmo que descuidar, está ligado ao descaso, ao pouco caso e à ignorância. Todos esses significados estão atrelados a percepção dos profissionais ao despreparo que todos têm para a guerra.

A guerra é um terreno desconhecido e cada acontecimento é uma incógnita. É lá que o ser humano sente o quanto a vida humana é desvalorizada e por que não dizer desconhecida. Se a humanidade conhecesse profundamente esse valor, percebendo o que é a existência do próprio Homem, muito se mudaria em relação às atrocidades cometidas de homem para homem.

Pensamos que isso faz parte do processo evolutivo de nossa espécie, pois apesar de sermos semelhantes como humanos, cada um de nós carrega a marca de sua individualidade. E assim, cada personalidade é de um jeito e age da forma que melhor se adequar aquele momento de sua evolução.

Nesse estudo, podemos inferir que o preparo psicológico para a guerra precisa contemplar a valorização da vida com todas as características pertinentes, como a auto-estima, o amor, a solidariedade, a superação de si mesmo, o altruísmo, entre tantos.

A seguir uma outra condição interveniente é repensando o ensino dessa enfermagem diferenciada - a enfermagem militar.

É uma especialidade que possibilita uma nova consciência do cuidado de enfermagem em nível militar. Aponta para uma reestruturação de currículo e do ensino tradicional baseado em materiais educativos modernos. Além disso, mostra a necessidade de elaboração de um manual contendo as rotinas e os protocolos para esse tipo de cuidado. Enfatiza também um senso valorativo da vida humana. Esses são os principais aspectos a serem evidenciados e preconizados pela enfermagem militar.

A última condição interveniente contemplada é reconhecendo a importância da atuação na guerra, suas possibilidades e seus condicionantes no cuidado operativo.

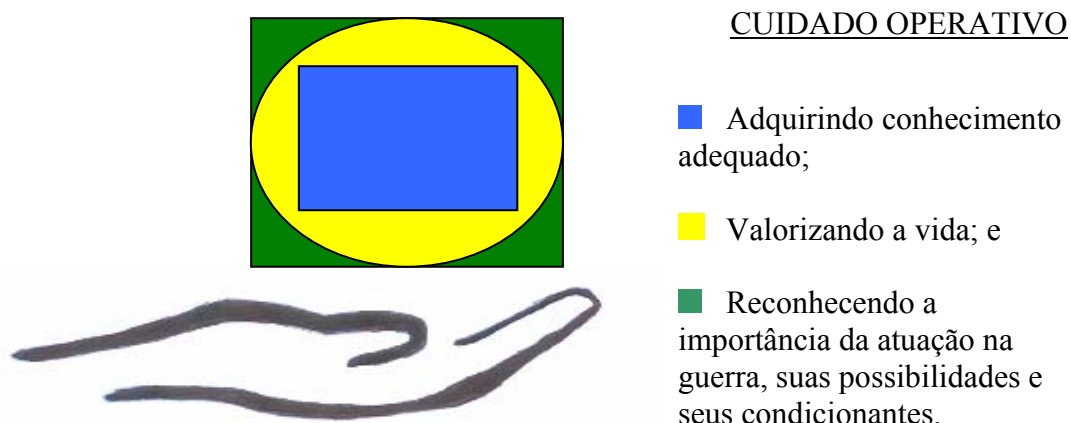
A importância da atuação como enfermeiro militar na guerra é devida ao fato de sua existência desde o início dos tempos. Os filósofos da antiguidade atribuíram um valor cósmico à guerra, uma função dominante na economia do universo. Heráclito a chamou de “mãe e rainha de todas as coisas”, afirmando que “a guerra e justiça são conflitos e, por meio do conflito todas as coisas são geradas e chegam à morte.” Hobbes afirmou que o “estado de guerra é o estado natural da humanidade, no sentido de que é o estado a que ela, seria reduzida sem as normas do direito, ou do qual procura sair mediante essas regras.” Abbagnano (2000. p. 492)

O oposto da guerra é a paz, que para Hobbes é a “cessação do estado de guerra, ou seja, do conflito universal entre os homens.” Portanto para ele, procurar obter a paz, é a primeira lei da natureza. Assim como Hobbes, Kant julgava que o estado de paz entre os homens não é natural e que, portanto, ele tem que ser instituído, pois ausência de hostilidade não significa segurança. Já para Whitehead, a paz é um conceito metafísico, a “harmonia das harmonias que aplaca a turbulência destrutiva e completa a civilização.” Abbagnano (2000. p. 746)

Dessa forma, o estudo da guerra e da paz deve ser abrangente para que o enfermeiro militar possa traçar seu planejamento estratégico a curto, médio e longo prazo, concernente ao cuidado que será prestado naquele cenário. Ao elaborar tal planejamento, serão estudadas as possibilidades de cada ato /atitude/ ação que darão condições adequadas à assistência de enfermagem a ser desenvolvida.

Voltando à base dessa assistência diferenciada, que é o cuidado operativo, podemos perceber que é um ciclo que tem um princípio (cor azul), um meio (cor amarela) e um fim (cor verde), conforme o **diagrama 8**, a seguir:

DIAGRAMA 8: REPRESENTAÇÃO DO CUIDADO OPERATIVO



A categoria pensada como consequência das estratégias utilizadas foi aprendendo a cuidar em qualquer situação. Surgiram nesse processo os seguintes questionamentos: Como operacionalizar um perfil específico para cuidar na adversidade? É possível realmente atuar com precisão? O saber cuidar está atrelado ao aprendizado? Qual a forma de operacionalizar os protocolos de ajuda para os enfermeiros militares? Como proporcionar cuidado ao cuidador que trabalha na adversidade? Como desconstruir o conflito com si mesmo na guerra? Qual o resultado do processo global? Que consequência tem esse gerenciamento do cuidado em situação de guerra?

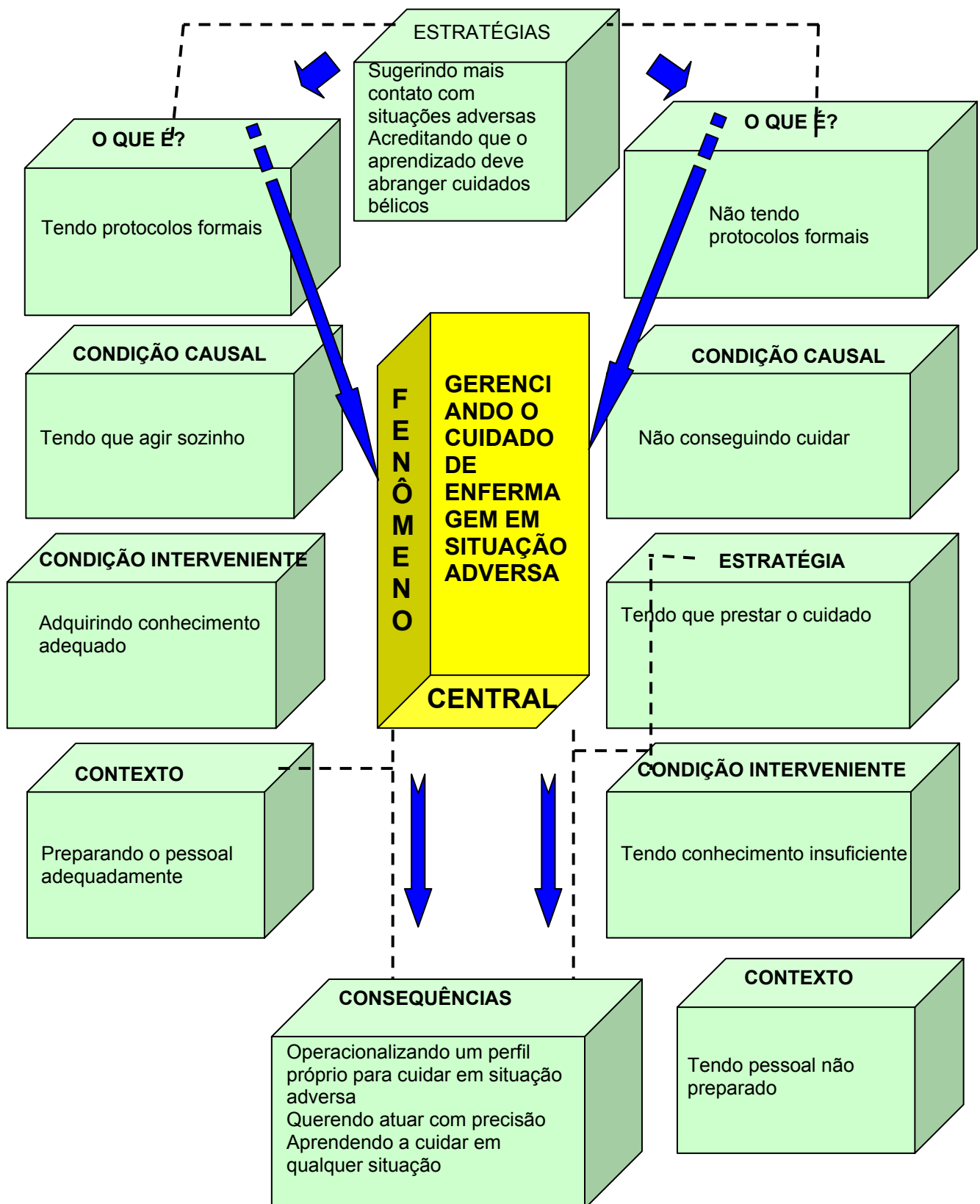
A interconexão desses questionamentos nos fizeram ver que o aprendizado proposto deve ser permanente, uma vez que o cuidado é com a vida do outro e consigo também, e a vida está permanentemente em transformação. Sendo assim, seu cuidado acompanha-a em sua totalidade holística.

As consequências são o resultado das estratégias de ação/interação priorizadas pelos enfermeiros militares em campo de guerra.

Elas são interativas e podem afetar o próximo conjunto de ações e interações.

O **diagrama 9**, a seguir, consiste numa representação do fenômeno central mediante o estabelecimento das interconexões entre as subcategorias, categorias e fenômenos.

**DIAGRAMA 9 – FENÔMENO CENTRAL:
GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE GUERRA**



CAPÍTULO VII: Discutindo o fenômeno central à luz do Interacionismo Simbólico

No modelo desenvolvido, a categoria aprendendo a cuidar em qualquer situação, é consequência da gerência do cuidado de enfermagem, em situação de guerra. É necessário protocolar esse tipo de aprendizado como se fosse uma receita, uma bula, pois somente dando um único sentido à categoria é que podemos criar uma única orientação no processo ensino-aprendizagem, mesmo que surjam variantes durante o desenvolvimento das ações. Entretanto, como Erdman(2003, p.12) diz que o “processo de viver em diferentes espaços e condições, traduz-se em sistemas de cuidado com diversas possibilidades de aplicação/visualização e em múltiplas/variadas funções/finalidades pesando ora mais substantivamente, como científico, técnico, ético, estético e político e ora mais empiricamente, ao acaso, como fazendo parte naturalmente da vida e da natureza”.

Mediante o pensamento da autora iniciamos a nossa reflexão. Essa categoria é consequência da experiência e da prática do cuidado em situação adversa vivenciada por militares técnicos e auxiliares de enfermagem que necessitam de legalização para esse cuidado enquanto estiverem sem supervisão do enfermeiro e sem orientação do médico.

Em se tratando de cuidados emergenciais, cabe ressaltar alguns aspectos eminentes e peculiares que serão essenciais para um melhor entendimento desta nova forma de atuação da enfermagem almejada para a Escola de Saúde. A emergência é uma propriedade que uma dada situação assume quando um conjunto de circunstâncias a modifica. Tomados de forma isolada, seus elementos não justificariam uma medida imediata, mas o conjunto e a interação entre seus constituintes sim. Assim, a assistência em situações de emergência e urgência se caracteriza pela necessidade de um cliente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo, não podendo haver uma protelação no atendimento, devendo o mesmo ser imediato. Nas urgências o cuidado deve ser prestado

em um período de tempo inferior a 24 horas Smeltzer e Bare (2002, p.11). As situações não-urgentes podem ser referidas para o pronto-atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional, pois não tem a premência que as já descritas anteriormente.

A assistência em situações de emergência ou de urgência tem inúmeros aspectos éticos que merecem ser discutidos. O direito à emergência é o direito que cada indivíduo tem de abrir uma exceção a seu favor, em caso de extrema necessidade Weber (1999, p.34). A situação de emergência não invalida a lei, mas mostra que ela não é absoluta. Isto significa dizer que é necessário levar em conta as circunstâncias de cada situação. Assim, a vida tem um direito de emergência (Op. Cit., p.36). Neste contexto, nos cenários de guerra, independente do grau de instrução, o combatente disponível para atendimento deve lançar mão dos conhecimentos adquiridos no âmbito do ensino com vistas a minimizar o sofrimento e livrar o colega de potenciais riscos de vida.

O atendimento emergencial de cunho pré-hospitalar no Brasil ainda é muito incipiente. Tal atendimento é uma realidade em mais de 98 países em todo o mundo. Nos EUA, por exemplo, o Serviço de Emergência é acionado por uma central única, através do número 911, o qual é responsável por mobilizar todas as modalidades de atendimento de rua, inclusive com a ativação de esquadrões de combate terroristas, anti-bombas e de contenção biológica. No Brasil, ainda não existe um número centralizado de atendimento a população (GTE, 2004).

Esses serviços são realizados por pessoal técnico devidamente treinado que baseia seus cuidados/assistência em protocolos, guias e rotinas devidamente embasados e ensinados, visando à vida do cliente com a melhor qualidade possível. Assim em muitas situações o profissional técnico, ora recebe informações via contato telefônico, ora atua embasado em manuais e rotinas e protocolos aprendidos (Op. Cit.).

Embora haja alguns grupos brasileiros, tais como o antigo Anjos do Asfalto, voltados para tal atendimento, ainda estamos consideravelmente atrasados em relação aos treinamentos e protocolos de atendimento existentes em outros países. Cabe ressaltar que as pessoas que trabalham em situações de eminência de morte em outros países são os chamados Técnicos em Emergência Médica. Esses profissionais possuem treinamento específico para emergências pré-hospitalares, não intervindo na área hospitalar, cujos profissionais são os médicos (de todas as especialidades), enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (Op. Cit.).

Nestes grupos, mesmo os médicos e enfermeiros de nível superior recebem treinamento, tendo em vista que esse tipo de atendimento é bem diferente dos trabalhos executados dentro de um hospital. As pessoas que fazem parte deste grupo de técnicos em países tais como Estados Unidos, Canadá, França, Inglaterra e Alemanha utilizam as seguintes denominações para este atendimento (Op. Cit.):

- First Responder: são as primeiras pessoas com treinamento de primeiros socorros a chegar ao local de um acidente ou a uma vítima de mal súbito (policiais, salva-vidas, professores, guias turísticos, motoristas, etc). A função do "First Responder" é fornecer suporte básico à vida (Basic Life Support - BLS), ou seja, manter a vítima viva até a chegada da ambulância. Cabe ressaltar que o Técnico em Emergências Médicas, é um profissional especialmente habilitado para atuar em ambiente pré-hospitalar. Esta formação profissional é inexistente no Brasil. O currículo de formação é totalmente diferente dos cursos técnicos de enfermagem brasileiros.

- Emergency Medical Technician: Membro do EMS (Emergency Medical Service) treinado para prestar atendimento de emergência médica no sistema pré-hospitalar. Os "EMT" dividem-se basicamente em 03 categorias: EMT-B, EMT-I e EMT-P. Em relação ao EMT - Basic (EMT-B) possui treinamento mínimo de 110 horas teóricas (carga horária mínima segundo o Departamento de Transportes dos EUA - DOT) mais 10 horas de

estágio em um pronto socorro. Algumas das habilidades do EMT-B são: analisar sinais vitais como pulso, pressão arterial e respiração; estabelecer e manter as vias aéreas abertas e limpas; prover ventilação artificial adequada aos pulmões do paciente; executar Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP); dar assistência às vítimas de problemas cardíacos; executar desfibrilação automática externa (Automated External Defibrillation - AED); controlar hemorragias externas; tratar estado de choque; aplicar bandagens e curativos; imobilizar membros lesionados e aplicar talas (inclusive toda a coluna vertebral e cabeça); dar assistência ao parto normal e cuidar do recém-nascido (mesmo que prematuro). Os EMT-B também utilizam equipamentos para administração de oxigênio, aparelhos de sucção dentre outros. O segundo nível é o EMT - Intermediate (EMT-I) onde quem possui esse treinamento pode utilizar procedimentos mais avançados para fornecer um atendimento mais intensivo, tais como entubação endotraqueal e administração de fluidos intravenosos (sob autorização de um paramédico ou do "Medical Director"). Para se tornar um EMT-I, antes de tudo, é necessário possuir todo o treinamento de EMT-B.

E, por fim, o último nível, o EMT - Paramedic (EMT-P), que representa o mais alto nível de treinamento para técnicos em emergência pré-hospitalar. Para ser tornar um Paramédico é preciso ser um EMT-I e depois completar todo o extensivo curso de treinamento em Suporte Avançado à Vida (Advanced Life Support - ALS). A carga horária para treinamento do paramédico varia de 750 a 2.000 horas e permite que eles forneçam um atendimento pré-hospitalar intensivo. Paramédicos são autorizados a administrar medicamentos usados em emergência pré-hospitalar, executar entubação endotraqueal, monitoramento cardíaco, interpretação de eletrocardiogramas (ECG) e desfibrilação manual.

- Medical Control

São instruções médicas dadas por um médico via rádio ou, indiretamente, via protocolo de atendimento. Ou seja, o médico instrui os "EMT" a executarem procedimentos médicos

(alguns exemplos são a administração de drogas de emergência, entubações, desfibrilação manual).

- Medical Director

É o médico que autoriza e instrui que procedimentos médicos sejam executados em campo pelos "EMT". Nos EUA, esses médicos precisam possuir cursos específicos para área pré-hospitalar, enquanto que na França e Alemanha, por exemplo, além de possuir esse treinamento especial, esses médicos são necessariamente anestesistas.

Os Serviços de Emergências Médicas originaram-se nos EUA em 1966 quando os Comitês do Trauma e Choque da Academia Nacional de Ciências do Conselho Nacional de Pesquisas dos Estados Unidos publicaram uma pesquisa chamada Morte e Deficiência por Acidentes: Uma Descuidada Doença da Sociedade Moderna. Essa pesquisa revelou tanto para o povo americano como para o Congresso Americano que o atendimento pré-hospitalar era seriamente inadequado nos EUA e mostrou os índices estatísticos dos resultados obtidos na qualidade de sobrevivência e recuperação das vítimas de traumas e choque quando atendidas de forma adequada.

A partir desta publicação o governo americano baixou um ato obrigando as entidades governamentais de segurança rodoviária a desenvolverem um programa para criar um Sistema de Atendimento de Emergências que fosse realmente eficiente, caso contrário o governo reduziria 10% dos fundos para manutenção das rodovias federais. E, assim foi feito. A partir de então outros movimentos foram feitos no sentido de buscar meios para treinar pessoas para agir em situações pré-hospitalares, e hoje, neste país, pessoas sem nível superior, contudo mediante a realização de cursos e treinamentos são as responsáveis pela diminuição de morbi-mortalidade no tocante aos acidentes das demais eminências de morte.

Este panorama mundial leva-nos a verificar que o atendimento pré-hospitalar brasileiro encontra-se ainda em vias de crescimento, carecendo de maiores avanços uma vez que as causas externas são a 3ª causa de morte brasileira no ano de 2003 (IDB, 2004).

Assim, a enfermagem militar operativa, almejada para a Marinha do Brasil, em especial no que tange às situações de guerra, visa ao aprimoramento de seu corpo de combatentes com vistas a prepará-los tecnicamente ao atendimento emergencial, bem como ao amparo espiritual.

No que tange a Marinha, os militares que serão designados a desenvolver a enfermagem operativa são enfermeiros que lucram no sentido de terem o código de ética respaldando-os para realização de procedimentos tais como: entubações, prescrição e administração, leitura de ECG, ressuscitação cardio-respiratória, dentre outros procedimentos.

Por outro lado, é notório, conforme expresso no capítulo III das responsabilidades da Resolução COFEN 240, Art. 17 que o profissional de enfermagem deve avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar atribuições quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela. Assim, uma vez fornecendo suporte e treinamento necessário, esse profissional de enfermagem poderá agir em situações-limítrofes desenvolvendo cuidados, quando da ausência de profissionais de nível superior.(COFEN, 23/03/2005, WEB)

Neste sentido, iniciamos a aplicação prática e teórica dessa investigação, na Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias, no sentido de organizar e reestruturar sua infraestrutura e programas de ensino de modo a formar tais profissionais a estarem prontos para agir em situações limites, quando da ausência ou impossibilidade de profissional de nível superior para realizar quaisquer cuidados, em quaisquer níveis de complexidade, no tocante ao preparo permanente para guerra, ou seja, formar uma força tarefa de “enfermeiros militares” para pronto uso, em caso de necessidades reais.

Assim, para o gerenciamento desse cuidado especializado é necessário emergir essa área tão nobre do cuidado para o enfermeiro e, assim como os médicos detêm o conhecimento da medicina operativa em relação aos “paramédicos”, “socorristas”, “combatentes de saúde”, “enfermeiros militares (de nível médio)” é preciso que o enfermeiro militar (nível superior) passe a conhecer e se aprimorar nessa modalidade para então ser o gerente desse tipo de cuidado.

Precisamos utilizar estratégias para encontrar nessa rede de cuidado tão especializada o espaço concreto do enfermeiro em relação ao gerenciamento do cuidado em situação de guerra. Pertencer a uma carreira militar como oficial enfermeira é compor uma esfera hierárquica e social que compõe a sociedade como um todo. Nesse universo com toda a heterogeneidade do cuidador enquanto profissional de enfermagem existe o estigma de que o enfermeiro militar é uma denominação única tanto utilizada para oficiais (nível superior) como para praças (nível médio) e isso por si só é bastante complexo bem como diverge de todas as outras especializações militares.

Segundo Collière apud Bettinelli (2002, p. 150) ”o que mudará a imagem perante a sociedade será a demonstração da contribuição específica dos cuidados à população”.

Dessa forma, a sociedade ainda desconhece quem é quem na equipe de enfermagem, pois sabemos que todos que vestem o uniforme branco e não são médicos são considerados pelos clientes como “enfermeiros”.

Na Marinha ocorre o mesmo com o agravante da não distinção das três denominações existentes. Todos, independentes das graduações (Marinheiro; Soldado; Cabo; 3º/2º/1º Sargento e Suboficial) e dos postos (2º Tenente; 1º Tenente; Capitão-Tenente; Capitão-de-Corveta; Capitão-de-Fragata e Capitão-de-Mar-e-Guerra) são enfermeiros militares.

Outro fato relevante é de que o oficialato para enfermeiras (nível superior) passou a existir a partir de 1981, com a criação do Corpo Auxiliar Feminino, que já tinha como

definição que não embarcávamos nem saíramos das organizações hospitalares de terra, da MB.

Isso posto, trazemos que ainda havia a questão do gênero, pois éramos mulheres num mundo até então hermético para nós. Hoje, já temos em nossas fileiras enfermeiros oficiais do sexo masculino, portanto a quebra do paradigma, no caso das oficiais femininas, já foi iniciada. Vemos ainda um trajeto a percorrer, quanto a possibilidade dos oficiais enfermeiros poderem optar pela área operativa, mas somente dessa forma a questão do aprendizado abrangeria verdadeiramente toda a equipe de enfermagem e o impacto que existe hoje no gerenciamento desse cuidado operativo ultra especializado de uma enfermagem voltada para a guerra e para o combate teria minimizados os seus riscos ético-legais, quanto as ações de seus limites e esse ponto-chave seria a ferramenta para a legalização dentro da hierarquia a que estamos vinculados como militares.

Considerando os elementos do modelo desenvolvido a categoria operacionalizando um perfil próprio para cuidar em situação adversa e querendo atuar com precisão são os instrumentos necessários ao aprendendo a cuidar em qualquer situação, uma vez que tal aprendizado é obra de uma vida inteira, devido à grandiosidade e complexidade do assunto. Assim, para o gerente o cuidado é condição preliminar, sistematizar e organizar os assuntos pertinentes através de um planejamento estratégico a curto, médio e longo prazo.

Dessa forma, é preciso referenciar que esse oficial enfermeiro ainda não conseguiu seu espaço no teatro de operações e isso deve ser conquistado a curto prazo, pois através de seu conhecimento aprofundado nessa área tão específica é que emergirão os verdadeiros instrutores desse cuidado, sempre lembrando que trata-se de uma equipe.

Para exemplificar o que foi dito, utilizamos como fonte primária desse estudo os dois volumes do livro "Cirurgia da Guerra Moderna" de Hamilton Bailey (1943), cujo conteúdo primou pela excelência bem como a perfeição das imagens apresentadas e o

mais bonito foi que trata-se de uma obra escrita por setenta e dois colaboradores o que mais uma vez demonstra a importância do trabalho em equipe. A extensa abordagem sobre os fenômenos biológicos que se processam na ferida inclusive com a profilaxia das infecções; choque; queimaduras; lesões de compressão; transfusões sanguíneas entre uma infinidade de assuntos que serviram como guia para criação dos protocolos a serem preparados para a enfermagem na guerra.

Nesse cenário complexo que foi descortinado com a concomitante interface da gerência e liderança do cuidado de enfermagem, o enfermeiro como oficial não poderá deixar seu barco à deriva, mas antes de tudo deve tomar o leme e dirigi-lo como detentor de seu papel em uma dimensão mais ampla e transcendente, a metacompetência.

A teoria substantiva **gerenciando o cuidado de enfermagem em situação de guerra** está amalgamada à figura central do cuidador, o enfermeiro, que passamos a descrever:

- O gerenciamento é uma função desempenhada por um profissional preparado e conhecedor profundo de sua missão. Esse profissional é o enfermeiro e na sua ausência o técnico de enfermagem assume por delegação de competência a supervisão do cuidado de enfermagem. Em nosso país ainda temos um terceiro elemento com um efetivo elevado, o auxiliar de enfermagem, com a extinção em andamento, mas com uma realidade contrária, ou seja, ainda atuam na maior parte das instituições de saúde nacionais.

No quadro demonstrado existe o gerenciamento do cuidado em situação de guerra baseado nas inter-conexões dos elementos do modelo de integração a saber:

- A necessidade de construção de uma enfermagem militar em que o oficial enfermeiro através do compartilhamento das ações e interações possa gerenciar o cuidado a ser prestado por sua equipe em situações adversas.

-Tendo que agir sozinho é uma condição para o aprimoramento técnico profissional de toda equipe.

- A liderança da oficialidade de enfermagem possibilitará a construção da enfermagem militar devidamente legalizada e reconhecida.

-Tendo que prestar o cuidado acontece no campo real vivenciado pela equipe de enfermagem de nível médio e deve ser experienciado pelo oficial enfermeiro para a aprendizagem contínua e o conhecimento verdadeiro do processo de gerenciamento desse cuidado.

- Esse despertar do papel do enfermeiro enquanto oficial, líder e gerente do cuidado faz parte da sensibilidade de interpretar as possibilidades de um espaço que precisa ser preenchido. São considerados os fatos atinentes ao gerenciamento até então feito pelo oficial médico ou pelos profissionais de enfermagem que estejam sozinhos e optem por agir sozinho sem respaldo legal.

- Ao enfermeiro cabe a responsabilidade ética e legal de liderar sua equipe. É o seu laboratório de trabalho e o seu terreno, é para isso que ele foi preparado, independente de ser civil ou militar.

Portanto, “como seres humanos, somos sujeitos limitados pela composição da estrutura social, porém isso não impede que a construção da liderança em enfermagem seja galgada no sentido de busca de coerência, união de forças, valorização do capital humano, prática do diálogo e aquisição de conhecimento pelo compartilhamento do saber diversificado e validado e associando fatos humanos à tecnologia, valorizando a cultura dos sujeitos e da organização, desenvolvendo instrumentos e posturas teóricas na perspectiva de reconstituir idéias e práticas e transformando os desafios em superação de forma a aceitar a trajetória não linear da realidade”.(PROCHNOW, ALCANTARA, LEITE et al. 2003, p.322).

No meio militar, como no civil, “a enfermagem é a profissão que agrupa o maior número de trabalhadores da saúde, pelo que é reconhecida mundialmente como um dos

grupos profissionais mais poderosos da sociedade norte americana”. (RIVERO,2004, p. 24)

A realidade da MB é a de que também observa-se uma força de trabalho numerosa mas iniciando a construção desse processo gerencial em busca de fortalecimento de sua legitimação social.

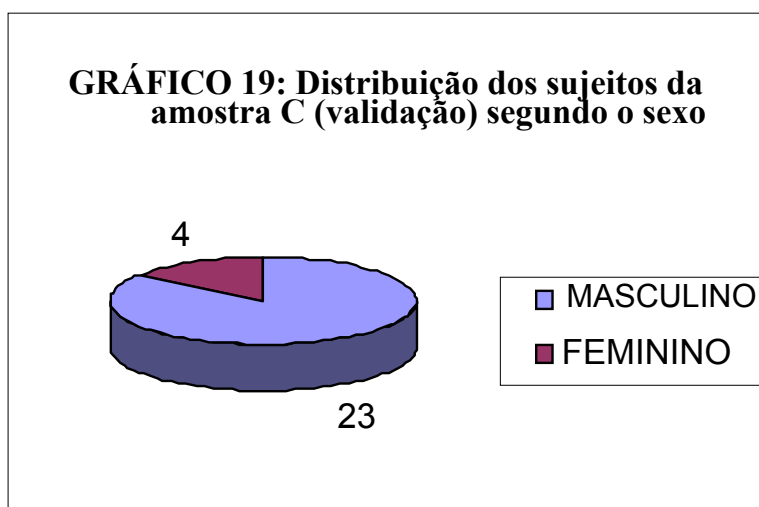
O enfermeiro gerente e líder do cuidado precisa promover a mudança quebrando o paradigma a seu respeito, para ir além da pura competência e não se deixar estagnar. As novas gerações de líderes precisam receber isso já implantado, o que servirá de estímulo para novas construções e inovações. É uma questão de credibilidade histórica.

CAPÍTULO VIII: Validando a teoria substantiva

VIII.1 – Caracterização dos sujeitos do grupo amostral C (validação)

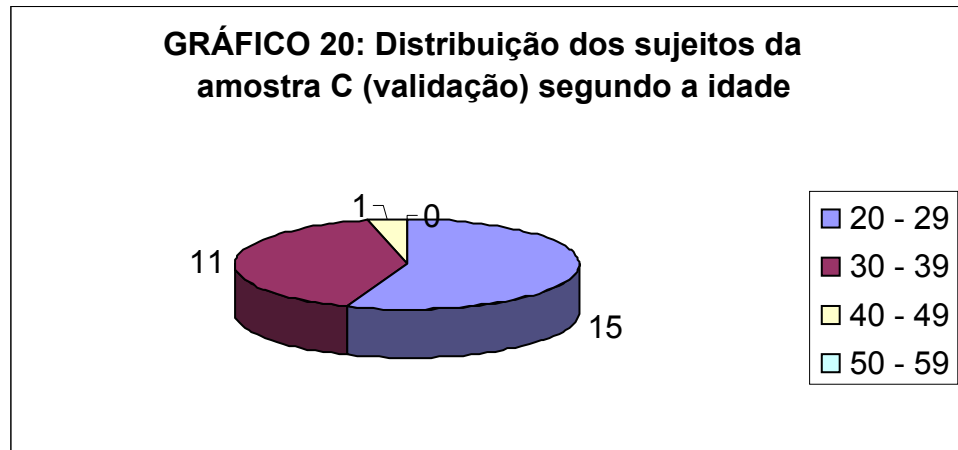
Serão apresentadas as características dos sujeitos do terceiro grupo amostral, os quais foram utilizados no intuito de validar a teoria substantiva. Desta forma, torna-se necessário o conhecimento das peculiaridades que revestem este grupo o qual permitiu a validação do fenômeno central.

O total de sujeitos entrevistados neste terceiro grupo totalizou vinte e sete sujeitos dentre os quais, de acordo com o gráfico abaixo, evidencia-se que a maioria pertence ao sexo masculino (vinte e três), enquanto quatro, ao sexo feminino.



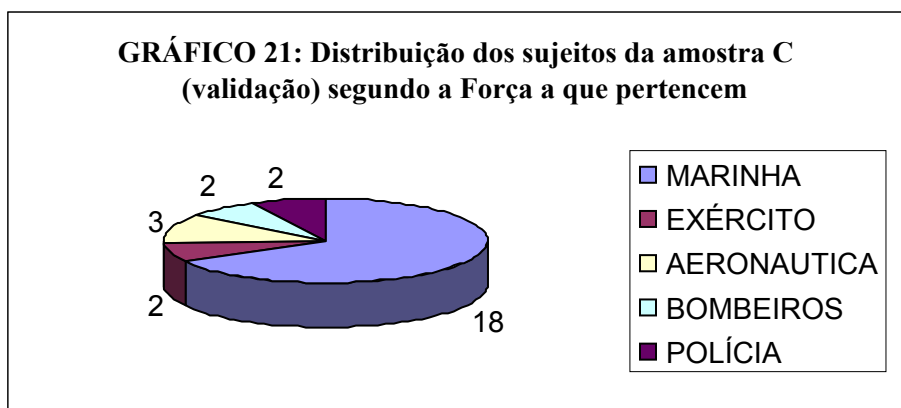
Em relação à característica idade, o gráfico a seguir denota que dos vinte e sete militares que participaram do grupo de validação quinze possuem idade compreendida entre 20 a 29, onze de 30 a 39 e um de 40 a 49.

GRÁFICO 20: Distribuição dos sujeitos da amostra C (validação) segundo a idade

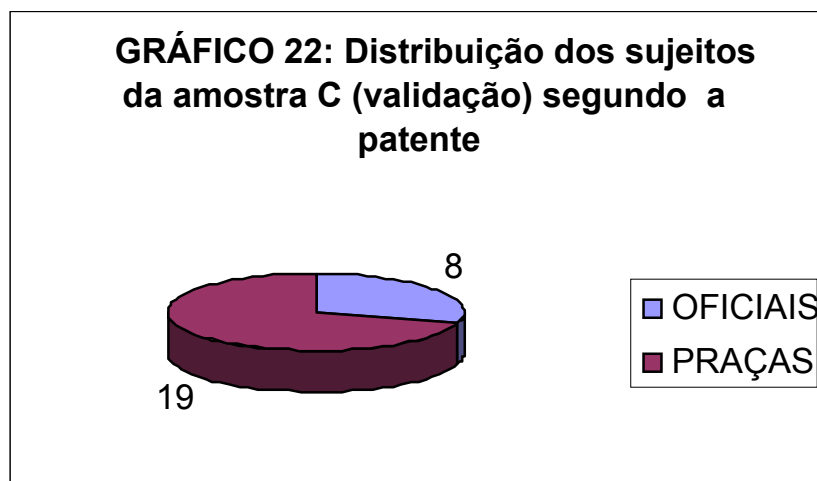


Em relação à distribuição dos sujeitos de acordo com a Força a qual pertencem, verifica-se a partir do gráfico abaixo que dezoito pertencem a Marinha do Brasil, três a Força Aérea Brasileira, dois ao Exército Brasileiro, dois ao Corpo de Bombeiro Militar e dois à Polícia Militar.

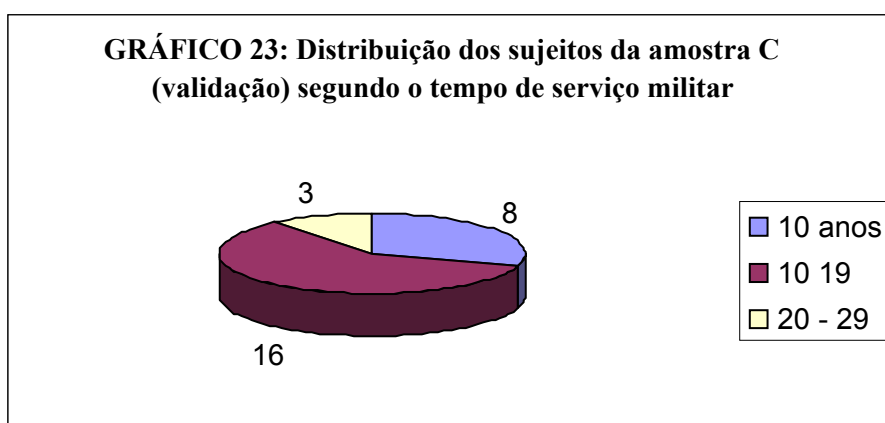
GRÁFICO 21: Distribuição dos sujeitos da amostra C (validação) segundo a Força a que pertencem



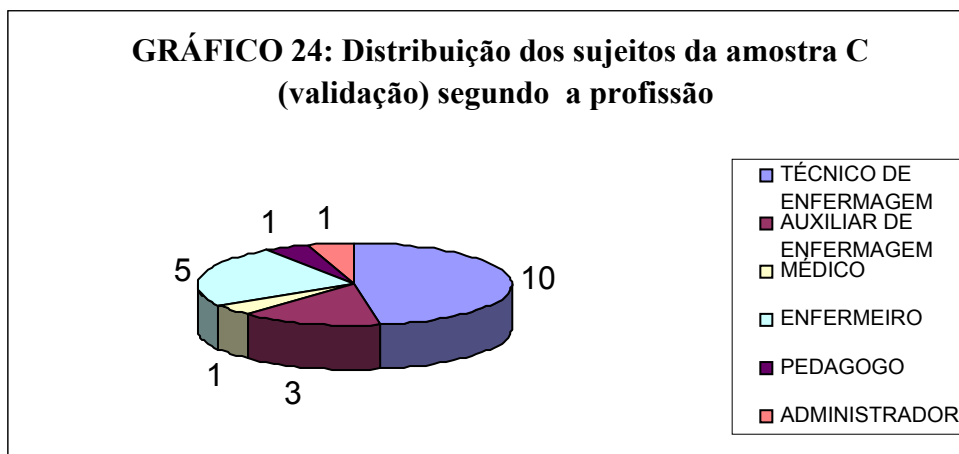
No que tange a patente destes vinte e sete militares, o gráfico a seguir denota que dezoito foram de praças, enquanto oito de oficiais.



No que se refere ao tempo de serviço militar, observa-se no gráfico a seguir que, dos vinte e sete sujeitos que participaram do grupo de validação dezesseis possuem tempo de serviço militar compreendido entre 10 e 19 anos, seguidos de oito com tempo de serviço até 10 anos e três com tempo de serviço compreendido entre 20 e 29 anos.



No que concerne à profissão dos sujeitos da amostra, verifica-se que no gráfico a seguir, nesta característica, os militares encontram-se assim distribuídos: dez são técnicos de enfermagem, cinco são enfermeiros, três são auxiliares de enfermagem, um é médico, um é pedagogo e um é administrador.



VIII.2 – Processo de validação da teoria do estudo

Como não poderíamos permanecer com essas opiniões soltas e após discussões altamente relevantes com nossa orientadora, bem como com outros pesquisadores e duas representantes da Associação Brasileira de Enfermagem (uma nacional e outra da regional) constatamos que a melhor maneira de validar a teoria que emergia por intermédio de todos os encontros científicos, em conjunto com os dados coletados nesta investigação, seria numa jornada de enfermagem onde pudéssemos congregarmos combatentes de todas as Forças Armadas e Auxiliares Brasileiras, o que foi feito nos dias 5 e 6 de abril de 2005. Nesse evento foi realizada uma mesa redonda com a temática em tela, a enfermagem militar operativa, o que veio a corroborar em muito com o nosso estudo. Partindo desse evento, foi agendado para a semana seguinte um fórum de discussão com componentes da enfermagem militar da Marinha, Exército, Aeronáutica, Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro e Corpo de Bombeiros Militares do Estado do Rio de Janeiro,

que aceitassem participar dessa investigação e para nossa grata satisfação a teoria substantiva foi validade plenamente, por intermédio das respostas dos vinte e sete sujeitos que confirmaram cada item da construção. Emergiram: a definição de enfermagem militar operativa, onde e quando pode e deve ser utilizada, quem pode exercê-la e quais os pré-requisitos que esse profissional deve ter, a necessidade de constante aprimoramento e reciclagem, a sugestão de itens que comporiam uma grade curricular para o caso da criação de um curso e a vontade de compartilhar conosco desse processo (APENDICE – E Roteiro orientador do fórum de discussão para validação da teoria).

Participaram dessa validação dezoito (18) militares representando a Marinha, um oficial médico e uma praça técnico em enfermagem do Exército, uma oficial enfermeira e duas praças auxiliares de enfermagem da Aeronáutica, uma praça técnico em enfermagem do Corpo de Bombeiros Militares do Estado do Rio de Janeiro e duas praças auxiliares de enfermagem da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. A riqueza de dados coletados foi incomensurável e fortaleceu sobremaneira o delineamento do modelo teórico construído.

Dessa forma, podemos definir enfermagem operativa, como uma enfermagem de pronta ação.

Traz como suporte legal a decisão COREN-SP-DIR/01/2001, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem através da decisão COFEN 021/2001 de 03/04/2001, que “dispõe sobre a regulamentação da assistência de enfermagem em atendimento pré-hospitalar e demais situações relacionadas com o suporte básico e suporte avançado de vida”.

Muito embora, no parágrafo único do artigo 5 desta Decisão ser admitido aos militares

das Forças Armadas, Bombeiros e Policiais Militares das Forças Auxiliares, enquanto investidos na função de militar junto à guarnição, e desde que treinados para atuar em situações de RESGATE, a execução de quaisquer procedimentos

essenciais ao Suporte Básico de Vida, à preservação da vida e integridade das vítimas/pacientes/clientes, em situações de urgência/emergência, até que seja possível o acesso pelo profissional de Saúde;

queremos considerar que é necessário ter o curso de auxiliar ou de técnico de enfermagem para poder legalmente salvar as vidas dos combatentes pois somente a esses profissionais devem ser repassados conhecimentos relativos ao suporte avançado de vida, uma vez que é necessário como pré-requisito ser exigido um dos cursos referidos pois sem os conhecimentos básicos de enfermagem adquiridos nos mesmos, o “enfermeiro militar” de nível médio não teria condições mínimas de entendimento relativo ao suporte básico e suporte avançado de vida, principalmente se por ventura estiver sozinho e sem possibilidades de comunicação com profissional de nível superior, quer seja enfermeiro ou médico, conforme preconizado na Portaria N° 2084 do Ministério da Saúde de 5 de novembro de 2002.

CAPÍTULO IX: Referenciando as considerações finais

A partir do fenômeno central: **gerenciando o cuidado de enfermagem em situação de guerra**, discutimos conjuntamente com as considerações tecidas por autores que de alguma forma estudaram o assunto em tela ou tangenciaram seus pensamentos por vertentes que permeiam o tema.

Os instantes mais significativos ocorreram no decorrer das entrevistas onde dados de uma riqueza inenarrável foram coletados, bem como quando os participantes voltaram para a validação documental e discutíamos sobre a pesquisa, além de todo o período em que interagimos num ir e vir constante que enriqueceu de forma surpreendente todos os momentos de convivência com todos os grupos amostrais desta investigação.

O estudo possibilitou compreender o significado construído por “enfermeiros militares” de nível médio referente ao cuidado realizado em situações adversas, bem como quanto ao seu comportamento e atuação frente à pressão constante do ambiente de guerra, além das estratégias e ações utilizadas e as sugeridas para o gerenciamento desse cuidado tão especializado.

Possibilitou ainda compreender como a comunicação não verbal permeia o desencadeamento do cuidado em ambiente estrangeiro; como ocorrem as interações do ser cuidador para com o ser cuidado e vice-versa, quais as estratégias utilizadas, nessa guerra de uma enfermagem que emerge em busca de reconhecimento e valorização de seus integrantes. Esse é o olhar interior, da alma que vivenciou com honra períodos indescritíveis para quem nunca esteve lá, convivendo com a maldade, com atrocidades, com um poder também diferenciado do “normal”, onde a luta pela sobrevivência ultrapassa o sentido que se dá à vida. Mesmo assim nossos heróis conquistaram medalhas interiores que estarão para sempre guardadas em seus corações. Procuraram o melhor

caminho semeando o bem, cuidando com amor, levando um alento a quem precisava e sonharam com uma enfermagem grande, valorizada e reconhecida, sabendo mostrar aos outros uma auto-estima e auto-valorização profissional.

Estavam numa região em conflito armado e vivenciaram um conflito interno quando afirmaram não terem conseguido fazer tudo o que poderiam, por não terem conhecimento suficiente e autorização legal. Esse conflito vivenciado outrora por eles, sob sua ótica, só será sanado, na medida em que houver estratégias reais no processo de formação profissional com reciclagem e atualização permanentes. Assim, o preparo adequado para agir na adversidade e salvar vidas serão os alicerces para os cuidadores que ostentam em seus uniformes a cruz vermelha do serviço à humanidade, um dos símbolos mais significantes dessa modalidade da enfermagem de guerra.

A sociedade quando os assiste nas “trincheiras” do cuidar, sente respeito por vê-los tão responsáveis. É uma interface nobre do caráter daquele que cuida com amor, que é solidário.

ABBAGNANO (2000, p. 854) mostra que respeito é o reconhecimento pela atitude digna de outrem, onde aquele que reconhece o outro se coloca em seu lugar. Quanto à responsabilidade o autor (p. 855) refere que é um conceito ligado à liberdade, à escolha e que chama-se alguém de responsável ou elogia-se seu senso de responsabilidade quando a pessoa em questão inclui nos motivos de seu comportamento a previsão dos possíveis efeitos dele decorrentes.

Já no que diz respeito ao cuidado solidário, percorrendo o caminho deste estudo, vislumbrei em BETTINELLI (2002, p. 165) quando diz que “a solidariedade é entendida como cooperação viva e dinâmica entre os diferentes, construída na convivência das pessoas, dependente do diálogo, do entendimento e da negociação, promovendo a convergência dinâmica de propósitos do grupo, para um melhor viver no ambiente hospitalar, e proporciona qualidade no cuidado aos pacientes. Embora no desempenho do

seu papel no processo de assistência à saúde, o paciente e o enfermeiro estejam em posições, aparentemente, opostas, os objetivos são os mesmos, ou seja, que o cuidado proporcione o melhor viver entre as pessoas”; a seguinte reflexão que passamos a descrever:

- A cooperação viva é norteadada na guerra pela própria visão da miséria, da condição humana, ou seja, a que ponto chega o homem em sua desumanidade para matar outro igual a si? Destruir casas e plantações pelo prazer mórbido e maléfico de ver o outro definhando a ponto de comer terra? O indivíduo que se voluntaria para uma missão de paz em regiões pós-conflito ou em guerra sabe que não encontrará nada normal e o que o leva a escolher esse caminho como profissional de enfermagem militar é a “sua própria consciência, na convivência com as pessoas tendo como ponto fundamental sua ação reflexiva e ética nas relações do cuidado”, salienta Bettinelli (2002, p. 167).

- O “enfermeiro militar” transcende o cenário hospitalar já experienciado para o cenário de guerra e esse caminho entre um e outro é demarcado pelo amor e pela solidariedade. Nós só acrescentaríamos aos objetivos do paciente e do enfermeiro que o cuidado proporcione o melhor sobreviver entre as pessoas em ambientes adversos. Sobrevida no sentido que Chardin (1995, p. 301) nos remete quando diz “para escapar às ameaças de desaparecimento...”, sendo para ele portanto uma restrição, a fragilidade do homem, em que devemos nos desvencilhar para chegar ao Ponto Ômega que tem como atributos a autonomia, a atualidade, a irreversibilidade e a transcendência. Assim o homem tem a impressão de haver escapado à ação destruidora do tempo”. Ele cita Steele (p. 314-15), quanto à felicidade humana que, não sendo ela separável de alguma idéia de imortalidade, o homem só poderá ser plenamente feliz se mergulhar os seus interesses e as suas esperanças nos interesses e nas esperanças do Mundo e, mais particularmente, nos da

Humanidade. Para chegar a se dar a fundo, é preciso poder amar e amar é co-ser (ser com) e co-existir”.

- E qual é o princípio da própria vida?

Arendt (1997, p. 324-5) nos diz que a vida é o critério supremo ao qual tudo mais se subordina; e os interesses do indivíduo, bem como os interesses da humanidade, são sempre equacionados com a vida individual ou a vida da espécie, como se fosse lógico e natural considerar a vida como o mais alto bem.

- E porquê quando em guerra o homem mata seus iguais? É um dos problemas mais dolorosos e mais difíceis da condição social e da condição humana.

Gaston Bouthoul (1979, p. 10) pensou que, mesmo se averiguado, para estudo, que uma ciência exata do procedimento guerreiro não seja mais possível, pelo menos uma reflexão sistemática e ordenada sobre os atos de violência era necessária à dignidade do homem e devia ser útil à humanidade.

Foi assim que depois de ter formulado a palavra polemologia (do grego polemos, guerra), ele fundou, em 1945, o Instituto Francês de Polemologia. Seu estudo confirma para nós que a guerra não produz os resultados que os que a provocam esperam. A idéia do atacante é sempre a esperança falaciosa de um grande bem, pelo preço de um mal necessário e negligenciável. Os militantes, que nem sempre são militares, deflagram a guerra, civil ou estrangeira, ou a tornam inevitável, em nome do interesse de um povo, para melhorar uma situação ou evitar que se degrade, tudo ao preço de sofrimentos certos e previstos, mas aceitos como largamente inferiores às vantagens advindas. Mostra-nos ainda que a experiência de dezenas de séculos é a de que o vencedor sofre mais e ganha menos do que esperava ganhar. Se, individualmente, alguns homens podem com a guerra alcançar glória e poder, bem mais numerosos são os que, nela, encontram a prisão e a morte”.

Nesta pesquisa percorremos cenários hostis, e pudemos delinear por intermédio da vivência dos atores estudados que a guerra co-existe no dia-a-dia do combatente, do profissional que escolheu a carreira das armas, a carreira militar. Sua prontidão é permanente e na enfermagem esse lema é mais severo e rigoroso, pois trata-se de salvar vidas. E isso significa transcender a própria morte, preparando-se ininterruptamente, cada vez mais e melhor.

Nesse particular do cuidar na guerra a interação ambiente/cliente/cuidador percorreu uma trajetória marcada desde a estética até a ética dos odores, passando pelo caminho do soldado que vai para guerra hígido e que em momentos de desespero opta pela doença para sair do “cenário de massacre total “ e chega ao profissional militar de enfermagem que foi a interface real do estudo, que ora é “enfermeiro militar, ora é “combatente”, como os demais que lá estão.

Na guerra muitas coisas são diferentes e uma delas que marcou muito os participantes deste estudo foi o cheiro característico associado a tudo que é ruim: cheiro da cor de sangue; cheiro da guerra; cheiro da morte; cheiro da vala; do esgoto; da miséria; da pobreza de tudo; da destruição; do massacre; do barulho; do gosto; da ausência de tudo.

Wosny (2002, p.31) diz que “os odores passam pelo nariz no estado gasoso ou em forma de partículas sólidas que são dissolvidas pelas secreções mucosas, visto que só é possível perceber sensações olfativas em estado líquidos”. Porém, ao referir Chauí (1981), o mesmo autor cita sua advertência quanto ao uso das palavras, pois que elas “ são a parte da imaginação, isto é, conforjamos muitos conceitos na medida em que vagamente, em virtude de uma disposição qualquer do corpo, elas compõem na memória, não é de se duvidar que, assim como a imaginação, as palavras também possam ser causa de muito grandes erros, a não ser que com grande cuidado nos guardemos deles. É no sentido dado as palavras que devem esta nossa atenção, para podermos compreender a diversidade das idéias que o tema em debate, pode aventar, neste caso, as sensações”.

Isto posto, queremos salientar a importância da tese de doutorado em enfermagem de Antonio de Miranda Wosny, pela riqueza de informações no tocante “a estética dos odores” e principalmente quanto ao “sentido do olfato no cuidado de enfermagem hospitalar”.

Para estudar sobre o cheiro da guerra sentido por profissionais de enfermagem militares ela foi de uma preciosidade inenarrável.

A partir daí, estipulamos um paralelo ao referido estudo e traçamos algumas considerações relativas a esta investigação.

Primeiramente, percebemos nas falas dos “enfermeiros militares” que o cheiro tão cruel e horrendo a que eles se referiam eram relativos as suas visões da própria guerra e aí eles misturaram as sensações de visão, tato, paladar e audição com as de olfato para descrever o odor, o cheiro, a sensação e a percepção de tudo que ia passando. Tanto que os relatos sobre o cheiro da guerra iniciam após o desembarque deles no porto africano. Referem que imediatamente a sua chegada sentiram um cheiro horrível que nunca mais sairá de suas memórias. Portanto, a memória é um arquivo precioso das sensações, sejam agradáveis, sejam desagradáveis.

Esse lembrar é ora cheio de cores, ora cheio de gosto, ou de sons. Cor de sangue, gosto de pó, som de lamento, de gemido, de dor, ... É o cheiro da morte, é o nosso cheiro misturado a tudo e a todos...

Os cheiros freqüentemente estão na ponta de nossa língua, mas não mais do que isso, o que lhes conferem uma espécie de distancia mágica, mistério, poder sem nome, qualidade sagrada. Ackerman (1996, p.29)

A referida poeta e cientista diz que a associação dos outros sentidos para descrever um cheiro já é uma tendência humana pois não conseguimos “mapear as feições de um cheiro” com palavras.

Ao nos reportarmos a guerra, percorremos um caminho que nos levou a essência do humano assim como o olfato nos remeteu ao início dos tempos. Nesse paralelo entre a memória, o cheiro das coisas e o cérebro detentor de ambos, precisamos refletir que a guerra mostra de forma dolorosa o lado sombrio da natureza humana.

Conforme Barreiros (2003, p. 30-33), na busca pela paz podemos perceber sinteticamente que desde que o mundo existe o homem guerreia: pela sobrevivência, pela disputa do alimento, pela perpetuação da espécie, pelo acasalamento. Mas estes confrontos eram parte dos impulsos instintivos, ligados aos processos naturais da vida. Com o tempo e o despertar de um intelecto, novas e questionáveis justificativas para a guerra foram surgindo; o lugar do chefe na tribo e suas regalias, o pedaço de floresta mais favorável à caça, o cargo vitalício de sacerdote das primeiras expressões religiosas, a aldeia dos outros... Durante séculos sem conta a guerra de conquista e de saque predominavam. Os impérios alargavam suas fronteiras a golpes de espada, implantando seus costumes sobre os povos invadidos, dando origem a uma forma de insatisfação que alimentaria mais tarde, outra modalidade de conflito, a guerra por motivos religiosos.

Nos nossos dias, em função do que se convencionou chamar de progresso, o domínio é exercido pelo poder econômico. Cada nação se esforça para amealhar o maior volume de recursos naturais muitas vezes em detrimento do bem estar e da liberdade individual. Os países mais ricos submetem-se aos mais pobres por meio de empréstimos e os escravizam moralmente, já que sua soberania é delimitada pelo tamanho de sua dívida. Mas não devemos esquecer, que a humanidade repete, coletivamente, o comportamento individual do homem, dentro de si o homem carrega o instinto de conservação, a ânsia de supremacia, a intolerância em relação a idéias estranhas às suas, a ambição de posse, a indiferença ante o sofrimento alheio. Não precisamos ir a um campo de batalha para constatar no dia-a-dia, nas ruas, no trabalho, no relacionamento interpessoal, o quanto se guerreia na vida.

Segundo o que foi apontado anteriormente, a maior parte da vida humana é uma guerra e nesse particular até os cheiros bons ou ruins entram em fadiga e a maioria de nós se acostuma a eles mesmo que os deprecemos.

A carnificina própria da guerra, as cidades sem casas habitáveis, sem redes de esgoto e hidráulica, por terem sido destruídas, nos revelam o cheiro de nossas próprias sujidades e a partir desse ambiente tão contaminado voltamos à Florence Nightingale e sua teoria ambientalista ligada a nós, onde o ar puro, a claridade, a limpeza, entre outros fatores eram determinantes do processo saúde-doença (Nightingale, 1989, p.13). Num ambiente como o descrito, vemos com certeza um solo fértil às doenças, pois existiu um abalo às condições daquele meio ambiente e isso atingiu a todos, impregnou para sempre, por dentro e por fora, seja o corpo, seja a alma, individual e coletivamente. Essa é a verdade daquele local. Essa é a história dessa doença chamada guerra.

Para a cura dessa doença, há que se administrar por intermédio da enfermagem a proposta tão bem elaborada por Rivero (2004, p.168), qual seja “o cuidado humano amoroso”, concebido como o exercício da capacidade de mostrar interesse pela saúde, bem estar e vida da pessoa saudável ou doente, capacidade para respeitar a dignidade humana e condição de carência de amor, para compreender a situação que experimenta, de compaixão pela dor alheia e de responsabilizar-se pelo bem estar da pessoa cuidada.

A autora apresenta outro elemento chave, o poder como força social e relação intersubjetiva que emerge de uma influência mútua entre a pessoa que cuida e a que é cuidada até a transcendência.

Transcender em nosso pensamento significa ir além, ultrapassar limites, ousar, criar, inovar, renovar e evoluir com ética. Então, a interação entre quem cuida e quem é cuidado está na própria ética do cuidado. Sem ética não se transcende. Sem transcendência não há metacompetência (além da competência convencional). A ética é a viga mestra do cuidar. É ela que gera o equilíbrio dos valores fundamentais da vida humana. Quando

cuidamos de alguém percebemos claramente que este alguém necessita ou está em busca de amor e compaixão e esses são os valores que precisamos desenvolver cada vez mais e como agentes multiplicadores que somos temos a obrigação de ensinar a prática desse cuidado, com amor e compaixão. E o cuidado operativo, é exatamente igual ao cuidado humano amoroso, com a diferença geográfica de cenário, ou seja, ele é desenvolvido em combate, em campo de guerra, em situação adversa (calamidades, acidentes com múltiplas vítimas e desastres de todo o tipo). Isso ocorre fora do ambiente hospitalar.

Dessa forma o fenômeno **gerenciando o cuidado de enfermagem em situação de guerra**, representa um modelo teórico que emergiu do contexto do cuidado operativo, a partir da experiência de técnicos e auxiliares de enfermagem militares. O modelo desenvolvido mapeou o processo experienciado por profissionais de enfermagem militares em situação de guerra. A teoria poderá consubstanciar outras investigações, principalmente no tocante aos subsídios para o ensino, a administração e a aplicação na prática do cotidiano. Essa construção teórica possibilita compreender um cenário desconhecido de muitos, geograficamente afastado e estrangeiro, ocupado por enfermeiros militares de nível médio, brasileiros, que vivenciaram um cuidado de enfermagem diferenciado em todos os aspectos já estudados, com pacientes em situações adversas e muitas vezes interagindo sozinhos na frente de combate. Pensamos que o estudo pode ser um portal para a autonomia da enfermagem, com reflexos marcantes para a valorização da vida e a necessidade de reestruturação dos programas de ensino de enfermagem inserindo o cuidado operativo como parte do sistema de cuidados, em âmbito militar.

Cumpramos ressaltar que pauta-se em preceitos da profissão atendendo as questões ético-legais. De acordo com a Resolução COFEN-240 (COREN, 2004) que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, encontram-se delineados no Capítulo V das Proibições, os artigos que embasam a enfermagem operativa, conforme já ressaltado.

Diante disto, expressos nos artigos 42, 48 e 51 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Brasileiro, cabe a todas as instituições de saúde primar para que todos os seus profissionais estejam aptos para agir diante do imprevisto, utilizando-se de conhecimentos técnicos que possibilitem a preservação da vida ou diminuição de riscos potenciais.

A Enfermagem Operativa é um instrumento que possibilita o agir preparado de todos os seus enfermeiros combatentes, servindo de exemplo às demais instituições, sejam militares ou civis, preocupadas com a autonomia e o exercício pleno da profissão, e principalmente, com a preservação da vida do indivíduo.

Os conceitos que emergiram deste estudo mostram que é preciso continuar investigando a partir desta nova vertente, em outros cenários reais, onde olhares novos de outros enfermeiros redundarão em novos dados que acrescentarão mais densidade à teoria substantiva construída.

Acreditamos ser preciso viver a dualidade do todo para poder pensar em uma conclusão que provavelmente será parcial, uma vez que nada é estável, tudo muda a cada olhar e depende da visão de mundo de cada um. Portanto nosso modo interacionista de pensar possibilitou conhecer parte do mundo interno do “enfermeiro militar” que cuida do outro em situação de guerra. Já a Teoria Fundamentada nos Dados nos fez transcender e compreender um novo espaço do cuidado, a guerra e o seu cotidiano. Ver e sentir, bem como interagir com esses profissionais de enfermagem nos permitiu desvelar e descobrir um novo lado da experiência de cuidar.

Esta construção teórica não está concluída e pronta, pois como salientamos anteriormente é preciso flexibilidade para possibilitar ampliações pertinentes a um assunto tão complexo.

CAPÍTULO X: Aplicando a teoria substantiva no processo de ensino-aprendizagem da Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias

A prática da enfermagem operativa possibilita uma nova consciência do ensino do cuidado de enfermagem em nível militar. Contudo, esta não é uma especialidade a margem da enfermagem, ao contrário, ela é uma consagração dos seus princípios científicos com aporte ético-legal regido pelos decretos, resoluções e leis que fundamentam a profissão. Este termo foi criado para aplicação na Escola de Saúde no sentido de aprimorar a enfermagem militar. Assim, é uma enfermagem há tanto almejada por militares, onde o fato de ser operativa significa de pronta-ação, em momentos limítrofes para agir, exigindo um efeito imediato daquele que se encontra em situação limite: ou executa o cuidado e salva ou algo de fatal poderá acontecer. Em âmbito militar, esta situação adversa é vislumbrada, principalmente, em campo de guerra, onde conforme já ressaltado, quantitativos maiores de homens de nível médio são enviados para o *front* em relação aos de nível superior.

A Enfermagem Operativa começa no Hospital Naval Marcílio Dias, uma vez que todos por ele passam. Assim, o ponto zero, ou seja, a origem, é este grandioso e conceituado hospital, onde em seu cerne encontra-se a Escola de Saúde.

Esta enfermagem operativa, ora proposta para ser ensinada pela Escola de Saúde, será atuante nos três níveis existentes: na terra, na água e no ar. A MB é a Força Armada que necessariamente precisa atuar em todos os níveis referidos de combate em situações de guerra. A seguir, delineamos a retrospectiva histórica para a construção da Enfermagem Operativa da Marinha do Brasil.

As origens da Enfermagem Operativa remontam às duas primeiras jornadas da Escola de Saúde: 1ª Jornada de Enfermagem Militar, realizada em maio de 2002 e 2ª

Jornada de Enfermagem Militar, realizada em abril de 2003. Além das diversas exposições de trabalhos e palestras proferidas, a Escola se fez representar mediante um dos seus principais instrumentos de cuidado utilizado em guerras: as barracas-modelo de hospital de campanha. Estas barracas possuem toda uma infra-estrutura compatível para atendimento de seus combatentes no tocante à realização de pequenos, médios e grandes atendimentos/cuidados, onde cabe ressaltar que montamos um centro-cirúrgico dotado de toda tecnologia necessária para realização de procedimentos operatórios.

Assim, nestas duas jornadas a Escola de Saúde foi visitada por diversas autoridades civis e militares, dentre as quais citamos os representantes do Conselho Regional de Enfermagem, seção Rio de Janeiro (COREN-RJ) e da Associação Brasileira de Enfermagem, seção Rio de Janeiro (ABEn-RJ).

Em virtude do impacto causado pelas barracas-modelo de hospital de campanha, as autoridades presentes representantes da ABEn-RJ, convidaram a Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias para apresentar tais barracas-modelos no 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 11º Congresso Pan-Americano de Enfermagem, em novembro de 2003, de modo a compartilhar com toda a comunidade científica o progresso tecnológico que a Marinha do Brasil utiliza quando da necessidade de atuação em guerras, no tocante aos atendimentos e cuidados de enfermagem, principalmente os emergenciais.

Nesse Congresso houve novamente grande repercussão, sendo a referida barraca modelo visitada por diversas autoridades do mundo inteiro.

A Escola de Saúde recebeu outro convite para apresentar seu trabalho num conceituado evento na Universidade de São Paulo, denominado 9º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem (9º SIBRACEn) em maio de 2004, na modalidade mesa redonda, cuja titulação na programação foi “Simulação em barraca de hospital levada para conflito em situações de guerra”.

Após estes eventos, vários outros convites foram e têm sido direcionados para a Marinha do Brasil, para que esta instituição militar compartilhe das técnicas e tecnologias utilizadas em campos de guerra, no sentido de participar aos demais profissionais da saúde o seu saber-fazer em situações limítrofes.

Em seguida, fez-se representar, à convite da Diretoria e Vice-Diretoria da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, bem como da Diretoria do seu Núcleo de Pesquisa em Educação, Gerência e Exercício Profissional da Enfermagem (NUPEGEPEn), na II Jornada de Educação e Gerência da Enfermagem (2003).

Ainda em 2003 a Escola de Saúde fez-se presente no Pólo de Educação Continuada da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Neste ínterim, a Escola cada vez que se apresentava nos eventos trazia à tona discussões sobre a atuação dos membros da equipe em enfermagem em situações de guerra.

Dessa forma, começamos a repensar o seu ensino buscando um perfil que possibilitasse ao profissional atuar em situações limite. A partir de tais congressos, colóquios, simpósios e demais eventos científicos começou-se um movimento interno de reestruturação de todas as bases de seu ensino.

Já colhendo os frutos deste processo, em 25 de junho de 2004 a Escola de Saúde recebeu duas renomadas Pesquisadoras do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), peritas na linha do Cuidado, para realizarem uma visita técnica na qual avaliaram a reforma do laboratório de técnicas para uma maior aproximação relativa à prática de alunos em Enfermagem Operativa. Neste sentido, o relatório das docentes-pesquisadoras aprovou e incentivou a Escola de Saúde a investir na Enfermagem Operativa e apontou algumas sugestões para o delineamento e posterior

consolidação, cujas contribuições têm sido motivo de discussões e ponderações para tal processo inovador ser implantado na Marinha do Brasil.

Pensamos que a infra-estrutura encontra-se idealizada, apenas carecendo de alguns ajustes de acordo com algumas sugestões que as autoridades citadas referiram para a construção da enfermagem operativa.

Concomitante a isto, num movimento de vislumbrarmos o alcance da consolidação de tal processo, temos revisado e rediscutido os programas de ensino e, paralelamente à apresentação dessa tese, encaminhamos às instâncias superiores para análise e aprovação em âmbito militar.

Cumpramos ressaltar que a Escola de Saúde possui junto ao MEC autonomia para gerenciar seus próprios cursos. Desta forma, a Escola encontra-se toda estruturada e embasada, seja em preceitos educacionais, de infra-estrutura ou mesmo de questões legais.

Os cursos de enfermagem operativa a serem ministrados pela Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias, estão em fase de estruturação, em consonância com os rigores estabelecidos pelos órgãos competentes nos quais incluem-se disciplinas voltadas para o agir em situações de emergência, subsidiados por cuidados que perpassam o cliente em todos os seus âmbitos de complexidade.

Subsidiaremos a formação de profissionais de nível médio com um corpo de conhecimentos compatíveis para o agir em situações adversas, que concatenado a infra-estrutura adequada, proporcionará resultados positivos no que tange à atuação deste técnico ou auxiliar de enfermagem, quando da ausência de profissional médico e/ou enfermeiro, em situações limítrofes.

Cabe ressaltar, no que tange ao nosso cadastro junto ao Ministério da Educação, que a Escola de Saúde poderá agir com mais autonomia no gerenciamento dos próprios cursos, inclusive na criação ou aprimoramento dos já existentes. Para isto, formou-se um conselho diretor, o qual já se encontra consolidado e integrado pelo Vice-Diretor de

Ensino, pela Encarregada da Escola de Saúde e Encarregada da Divisão de Orientação Pedagógica e Educacional.

A Escola de Saúde da Marinha do Brasil encontra-se em processo de revitalização com ênfase no laboratório de técnicas, onde se encontram aparelhos, materiais e instrumentos compatíveis com os dos países de primeiro mundo, como forma de subsidiar a formação dos alunos que desenvolverão a enfermagem operativa. Neste laboratório, construímos um moderno centro cirúrgico com todos os aparelhos e equipamentos utilizados em cirurgias, desfibriladores, aparelhos de ECG, bonecos infláveis onde podem ser treinados todos os procedimentos, através de pinças, bisturis, seringas, sondas, laringoscópios, dentre outros, o que, em virtude da qualidade de tais recursos, tornam os procedimentos mais próximos da realidade.

A Escola possui ainda um laboratório de ensino à distancia, uma videoteca e uma biblioteca que se encontra em fase de modernização, disponibilizando para as aulas teóricas e práticas os mais modernos recursos instrucionais inerentes à atuação emergencial.

A base da enfermagem operativa é o aporte legal concatenado com os currículos dos cursos básicos, pautando-se em rotinas, protocolos e manuais voltados para o atendimento emergencial em situações de guerra. Os guias estão em processo de construção sendo subsidiados pelas principais intercorrências em campos de batalha, que foram apontadas pelos próprios militares em reuniões internas, desde 2002.

Assim, a maioria dos atendimentos que possivelmente podem acontecer no entre-guerra foram listados e as formas de cuidar e agir foram delineadas por profissionais especialistas no assunto, subsidiados em atuais literaturas nacionais e internacionais, e adaptados aos meios inóspitos da guerra. No transcorrer do curso de formação de enfermeiros de nível médio, estes devem receber informações sobre o cuidar e agir diante

das situações limítrofes, possibilitando ao ferido uma melhor qualidade de vida, onde o não agir, poderá implicar na morte do combatente.

Os docentes e instrutores deverão ser militares e civis, com experiência em atendimento pré-hospitalar, com cursos ou especializações do gênero emergencial.

Priorizamos professores com vivência na área operativa com o intuito de direcionar a aplicabilidade às situações de combate, primando para um ensino verídico, aos olhos daquele que exercerá a prática baseada em evidências nas situações limítrofes.

Buscamos parcerias com as demais Forças Armadas e Auxiliares, bem como com outras instituições afins, como a Comissão Nacional de Energia Nuclear, a Fundação Oswaldo Cruz, entre outras.

O presente estudo que foi iniciado oficialmente em 2002, hoje conta com toda uma estruturação pautada nos preceitos ético-legais da profissão. A Enfermagem Operativa é uma realidade que se encontra delineada, em fase de finalização de suas bases conceituais, para início de implantação mediante aprovação dos órgãos militares competentes, bem como dos de Enfermagem.

Essa enfermagem militar operativa, mediante estruturas de suporte, e de acordo com as vertentes inscritas no Código de Ética Brasileiro dos Profissionais de Enfermagem e no Estatuto Militar da Marinha do Brasil, vislumbra por uma melhor performance e atuação no que tange aos cuidados de enfermagem em âmbito militar.

Uma vez implantada e consolidada esta teoria substantiva, servirá de exemplo e modelo para avançar em termos de autonomia e crescimento no tocante às demais instituições militares e civis.

A Enfermagem Operativa é uma vertente de atuação, de cuidar e assistir em situações adversas, que, com o cursar de sua aplicação, possibilitará refletir e repensar a profissão e reestruturar as bases ético-legais e operacionais que a tratam e a embasam. Esta modalidade inicialmente proposta para pronta implantação em âmbito militar, refere-se à

atuação do profissional enfermeiro em situações de desastre, limites, de crash, que, no espaço militar fica mais caracterizada em campos de guerras.

Contudo, “falando de ‘outras guerras’, mas de uma mesma enfermagem, que continua nas ‘trincheiras’ do cuidar, como soldados que lutam contra um trabalho desgastante” (Alcantara, 1999, p.38) o presente estudo visa expandir para âmbito civil, onde, embora não hajam granadas, tanques de guerra ou fuzis, vive-se numa grande luta em busca de um cuidado mais humanizado, em tempo hábil, para socorrer e primar pela qualidade de vida do cliente, além de uma melhor visibilidade para a enfermagem.

A atuação na Enfermagem Operativa da Marinha Brasileira vai de mais de 500 metros de profundidade do nível do mar até acima de 1000 metros deste mesmo nível, atuando em submarinos, navios, helicópteros, na superfície, nos meios hospitalares ou em campos de batalha. Assim, carece-se de profissionais aptos para atuarem conscientes e tecnicamente nestes três níveis (terra, água e ar).

E, por fim, a Enfermagem Operativa permitiu discutir o seu papel, como uma nova tendência no ensino, pesquisa e assistência contemporânea, buscando a legitimação das atividades dessa enfermagem diferenciada junto aos órgãos competentes, tendo em vista as questões ético-legais da profissão.

Referências

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ACKERMAN, D. **Uma história natural dos sentidos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- ALCANTARA, L. M. **Cuidando de Quem Cuida**: a harmonia no ambiente de trabalho – o caso de um hospital militar. 1999. 115p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro Orientadora, Rio de Janeiro.
- ANDRADE JUNIOR, H. de; SILVEIRA, G. R. M. da. A Cultura do Hospital Militar Vivenciada por Profissionais de Saúde. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 41-45, jan./abr. 2002.
- ARENDT H. **A condição humana**. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária, 1997.
- ASSAD, L.G; VIANA, L. O. Saberes práticos na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n.1, p.44-47, jan./fev. 2003.
- BAILEY, H. **Cirurgia de guerra moderna**. v.1-2. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1943.
- BARREIROS, A.F. Em busca da paz. **Rev. O Rosacruz**, Curitiba, p. 30-33, abr./maio/jun. 2003.
- BARROS, S.M.P.F. Prática administrativa de enfermagem na rede de serviços de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Porto Alegre, v.36, n., p. 255-259, mar.1983.
- BAZILLI, C. (Org.). **Interacionismo simbólico e teoria dos papéis**: uma aproximação para a psicologia social. São Paulo: EDUC, 1998.
- BETTINELLI, L. A. **Relações Solidárias nas Organizações Hospitalares**. 2000. 268p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado**: dimensão e sentido da vida. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism**: perspective and method. New Jersey: University of California Prentice-Hall, 1969.

BOTELHO, T.A.T. A Guerra centrada em rede. **Rev. O Anfibio**, Rio de Janeiro, n.23, ano XXIV, nov./dez. 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro (Petrópolis): Vozes, 1999.

BOUTHOU, G; CARRÉRE, R. **O desafio da guerra**. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1979.

CAMINHA, H. M. **História administrativa do Brasil**: organização e administração do Ministério da Marinha no Império. Brasília: Serviço de Documentação Geral da Marinha, 1986.

CANSANÇÃO E. **E foi assim que a cobra fumou**. 4.ed. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores do Livro, 1987.

CARVALHO, V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para enfermagem. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.420-8, jul./ago. 2003.

CASSIANI, S. H. B. **Buscando significado para o trabalho**: o aperfeiçoamento profissional sob a perspectiva de enfermeiras. 1994. 225p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CASSIANI, S. H. de B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.75-88, dez. 1996.

CHARDIN, T. **O fenômeno humano**. São Paulo: Cultrix, 1995.

CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. **From Practice to Grounded Theory**: qualitative research in nursing. California: Addison-Wesley, 1986.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CIAMPONE, MT.; KURCGANT, P. Gerência participativa: considerações sobre sua aplicabilidade nos serviços de enfermagem. **Rev. Enfoque**, São Paulo, v.17, n.2, p.34-XX, jun. 1989.

CIANCIARULLO, TT. O desenvolvimento do conhecimento e suas implicações no saber fazer da enfermagem. In: Capella BB, Gelbcke LFF, Monticelli M, (Orgs.) **Para viver e trabalhar melhor**: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador. Florianópolis (SC): UFSC/CCS, 2002.

COLLIÈRE MF. **Promover a Vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 3.ed. Lisboa (Portugal): LIDEL,1999.

Conselho Regional de Enfermagem Seção Rio de Janeiro (COREN-RJ). **História da Enfermagem**. Acesso em 6 ago 2004. Disponível em: [URL:http://www.coren-rj.org.br/historia_enfermagem.htm](http://www.coren-rj.org.br/historia_enfermagem.htm).

Conselho Regional de Enfermagem Seção Rio de Janeiro (COREN-RJ). **Legislação**. Acesso em 6 ago 2004. Disponível em: [URL:http://www.coren-rj.org.br/legislacao.htm](http://www.coren-rj.org.br/legislacao.htm).

COQUEIRO, M.C.L. Serão os militares servidores públicos. **Revista Marítima Brasileira**, Rio de Janeiro, v.122, n.04, p.96, abr./jun. 2004.

COULON, A. **A Escola de Chicago**. São Paulo: Papirus, 1995.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. de; COSTA, A. Importância do Interacionismo Simbólico na Prática de Enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, Ribeirão Preto, v. 31, n.2, p. 219-26, ago. 1997.

ERDMAN, A.L.; LENTZ, R.A. (Orgs.). **Aprendizagem continua no trabalho**: possibilidades de novas praticas no controle de infecções hospitalares. São José: SOCEPRO, 2003.

FERNANDES, M.S.; SPAGNOL, C.A.; TREVIZAN, M.A; HAYASHIDA, M.A. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da

administração. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p.161-167, mar./abr. 2003.

FIGUEIREDO, NMA, CARVALHO V. **O Corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FIGUEIREDO, NMA. **A mais bela das artes: o pensar e o fazer da enfermagem - bases teóricas e práticas para uma teoria do cuidado/conforto**. 1997. p.201. Tese (Professor Titular) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FIGUEIREDO, N.M.A.; CARVALHO, V. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidar**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FILHO, W.D.L. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina** 1998. 298p. Tese (doutorado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem**. 2.ed. São Paulo: EPU, 1987.

GLASER, B. G. A. **Advances in the Methodology of Grounded Theory: Theoretical Sensitivity**. New York: Mill Valley, 1978.

GLASER, B. G. A; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine Publishing, 1967.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

Grupo técnico de emergência (GTE). **O futuro do atendimento de emergência**. Acesso em 6 ago 2004. Disponível em: URL:<http://www.gte.org.br>.

HAGUETTE, M. T. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

HAUSEN, I. Z. **Por que os militares?**. Rio de Janeiro: Artenova, 1975.

Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2003. **Dados estatísticos brasileiros**. Acesso em 6 ago 2004. Disponível em: URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/matriz.htm>

JAPIASSU, H. **Introdução ao Pensamento Epistemológico**. 7.ed. Rio de Janeiro: Fco. Alves, 1996.

JORGE, M. S. B. **Indo em busca de seu plano de vida**: a trajetória do estudante universitário. Florianópolis: Papa-Livro, 1997.

LEITE, J.L. Enfermeiras na FEB: quando as mulheres vão à luta. **Revista do Exército Brasileiro**, Rio de Janeiro, v.137, n.1, p.53-59, jan./abr. 2000.

LACERDA, M.R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar**: vivência do cuidado da enfermeira. 2000. 222f. Tese (Doutorado Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LIMA MJ. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Marinha do Brasil. Escola de Saúde. **Plano de curso da Escola de Saúde**. Deliberação nº. 268 de 17 jul. 2001.

Marinha do Brasil. **Hospital Naval Marcílio Dias 70 anos**. Rio de Janeiro: MCE Gráfica e Editora, 2004.

MARRA CC, FERNANDES NS, CARMAGNANI MIS. A qualidade da assistência de enfermagem e a motivação no trabalho. **Revista Enfoque**, São Paulo, v.16, n.2, p.88, dez.1988.

MAZZOTTI, A.J.A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais** : pesquisa quantitativa e qualitativa. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

MELEIS, A.I. *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott, 1997.

MELO, M.R.A.C; ROZENDO, C.A.; SOBONE, H.M; RIOL, S. Opinião da equipe de enfermagem em relação à liderança exercida pela enfermeira. **Rev. O mundo as Saúde**, São Paulo, n.10, v.19, p.334, nov./dez. 1995.

MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A.; LOURENÇO, M.R. La gerencia aclarada em el trabajo Del enfermeiro. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.704-708, set./out. 2002.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo, Pioneira, 1994

_____. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 15.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2000.

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

OLIVEIRA, S.L. de. **Tratado de Metodologia científica**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

PAIXÃO, W. História da Enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro (RJ): Júlio C. Reis, 1979.

PARRA FILHO, D; SANTOS, J. A. **Metodologia Científica**. 3.ed. São Paulo: Futura, 2000.

POLIT, D. F.; HUNGLER; B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Arte Médicas, 1995.

PROCHNOW, A.G. **O exercício e a gerência do enfermeiro: cultura e perspectivas interpretativas**. 2004. 161p. Tese (doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

PROCHNOW, A.G.; ALCANTARA, L.M.; LEITE, J.L. et al. Liderança em enfermagem: um repensar necessário à prática gerencial hospitalar. **Rev. Enferm. EEAN**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.318-324, dez. 2003.

QUEIRÓZ, M.I.P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. [S.2: s.n.].São Paulo: T.A.Queiróz, 1991.

RIVERO, D. E. **Perspectiva fenomenológica sobre el poder del cuidado humano amoroso**. 1.ed. Venezuela: INSTIVOC, 2004.

SANTOS, M.F. **Tratado de simbólica**. 5.ed. São Paulo: Logos, 1964.

SANTOS, S. R. dos; NÓBREGA, M. M. L da. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.5, p.575-579, set./out. 2002.

SEYMER, L.R. **Florence Nightingale**: Vidas famosas. n.6. São Paulo: Melhoramentos, S/ano.

SHERMERHORN JJR, HUNT JG, ORBORN RN. **Fundamentos de comportamento organizacional**. Porto Alegre: Bookman, 1999.

SILVA, E.M; LIMA, RAG; MISHIMA; SM. A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.46, n.3, p.301-308, jul./dez. 1993.

SMELTZER SC, BARE BG. Brunner & Suddart - **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigacion cualitativa: tecnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada**. 1.ed. Antioquia: Contus Editorial universidad de Antioquia, 2002.

TREZZA, M. C. S. F. **Construindo através da doença possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver**: um modelo teórico representativo da experiência de pessoas que tiveram câncer. 2002. 264p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TZU, S. **A arte da guerra** – texto integral. São Paulo: Martin Claret, 2001.

VARGENS, O.M.C. **Tentando descobrir um modo de fazer enfermagem sem ser enfermeiro**: os conflitos do estudante na construção da imagem da profissão. Rio de Janeiro: Ed. Do Autor, 1997.

YASHIOCA, M.R. Tendo que ser maior que os obstáculos para existir como enfermeira. 1996. 220p. Tese (doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

WALDOW R. Cuidado humano. **O resgate necessário.** Porto Alegre (RS): Sagra-Luzzatto, 1998.

[WEBER T. **Ética e filosofia política:** Hegel e o formalismo kantiano. Porto Alegre \(RS\): EDIPUCRS, 1999.](#)

WOSNY, A.M. **A estética dos odores:** o sentido do olfato no cuidado de enfermagem hospitalar. Florianópolis: UFSC/PEN, 1996.

Apêndices

APENDICE – A Documento à Comissão de Ética e respectiva autorização

LF/LM/20/T

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Nº 863

Em 29 de novembro de 2002.

COMUNICAÇÃO INTERNA

Da: CF(S) LEILA MILMAN ALCANTARA
Ao: Sr. Presidente da Comissão de Ética do Hospital Naval Marcílio Dias

Assunto: Solicitação para desenvolver pesquisa


Referência: Portaria nº 45/HNMD, de 29/10/2002

Anexo: Uma cópia do projeto de pesquisa

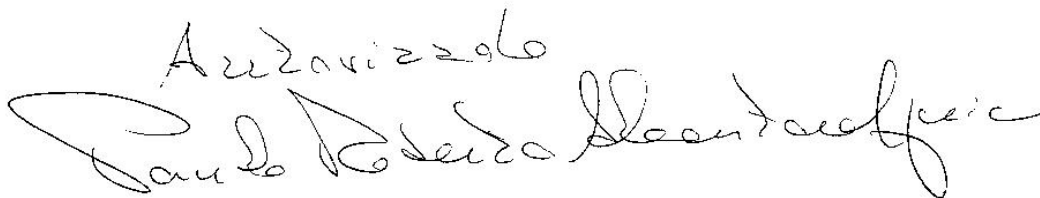
~~1. Solicito a V.S^a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada "Priorizando a competência em Busca da Qualidade Profissional", junto às Enfermeiras Militares deste Hospital.~~

~~2. Cumpre-se participar que esta pesquisa resultará na minha Tese de Doutorado em Enfermagem, curso que realizo na Universidade Federal do Rio de Janeiro- Escola de Enfermagem Anna Nery, sob orientação da Prof^a Dr.^a Josete Luzia Leite.~~

~~3. Como esclarecimento, cabe ressaltar que conforme a metodologia que pretendo desenvolver, os sujeitos da pesquisa serão consultados e esclarecidos acerca dos objetivos, me comprometendo a respeitar os preceitos da Resolução nº 196/96 quanto a pesquisa envolvendo seres humanos.~~


LEILA MILMAN ALCANTARA
Capitão-de-Fragata (S)


Cópias:
HNMD-21.2

Autorizado


APÊNDICE – B Documento solicitando autorização ao Diretor do HNMD

Exmº Sr. Diretor do Hospital Naval Marcílio Dias

Deferido, 30/12/2002



HELTON JOSÉ BASTOS SETTA
Contra-Almirante (Md)
Diretor

LEILA MILMAN ALCANTARA, Capitão-de-Fragata (S) 81.9533.81, portadora da Carteira de Identidade nº 384.880 (MB), Encarregada da Divisão de Ensino Superior, servindo presentemente neste Hospital, requer a V. Ex.ª que se digne conceder autorização para desenvolver a pesquisa intitulada "Priorizando a competência em Busca da Qualidade Profissional", junto às Enfermeiras Militares do Hospital Naval Marcílio Dias.

Cumpre-se participar que esta pesquisa resultará na Tese de Doutorado em Enfermagem, curso realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery, sob a orientação da Profª Dr.ª Josete Luzia Leite, cujo projeto encontra-se sendo analisado pela Comissão de Ética deste Hospital, no que concerne aos preceitos da Resolução número 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, quanto à pesquisa envolvendo seres humanos.

Nestes termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro., em 30 de Dezembro de 2002.



LEILA MILMAN ALCANTARA
Capitão-de-Fragata (S)

APÊNDICE – C Roteiro da Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 DOUTORANDA: LEILA MILMAN ALCANTARA
 ORIENTADORA: PROFª DRª JOSÉTE LUZIA LEITE

CARACTERIZAÇÃO:

Nº: _____

Pseudônimo: _____ Sexo: ()M ()F
 Profissão: _____ Idade: _____
 Corpo: _____ Força: _____
 Tempo de serviço militar: _____ Patente: _____

PRIMEIRO MOMENTO: (já com o gravador ligado)

Agradecer ao depoente.

Solicitar autorização para utilização da entrevista na tese

Garantir sigilo (anonimato do sujeito)

Solicitar assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SEGUNDO MOMENTO: Solicitar ao depoente para pensar sobre cenários de guerra (reais ou simuladas) que tenha feito parte e dissertar acerca das questões a seguir.

1. Como você ilustraria um cenário de guerra?
2. Descreva alguma passagem marcante em campo de guerra que tenha vivenciado com demais combatentes.
3. Descreva como é o cuidado prestado nos cenários de guerra no qual vivenciou?
4. Quais são ou quem são os personagens que agem perante as pessoas que necessitam de cuidados nestes cenários de guerra?
5. Como é o cuidado prestado pelos enfermeiros militares?
6. Como você descreveria a atuação de enfermeiros militares em relação ao cuidado prestado em cenários de guerra?

TERCEIRO MOMENTO:

Agradecer pelas contribuições e realização da entrevista.

Agendar dia para validação/correção da entrevista transcrita.

APENDICÊ – D Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

Prezado(a) Senhor(a),

Venho pelo presente, na qualidade de doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Capitão-de-Fragata (S) Enfermeira, encarregada da Divisão de Ensino Médio do Hospital Naval Marcílio Dias solicitar sua participação em meu projeto de tese de doutoramento que se encontra sob orientação da Profª Drª Joséte Luzia Leite.

Assim, através de seu depoimento pretendo construir uma teoria (ou um modelo teórico) inerente ao cuidado desenvolvido nos cenários de guerra. Para tanto, serão respeitados todos os preceitos ético-legais regidos na resolução de 196/96.

Cabe ressaltar que o aceite em participar do estudo implicará as seguintes questões:

- Entrevista gravada em fita magnética, em local e horário a ser definidos de acordo com sujeito e pesquisador;
- As respostas dos questionários terão caráter sigiloso, onde em nenhum momento será exposto o nome do entrevistado;
- As informações colhidas, por meio das entrevistas, só serão utilizadas para atender aos fins da pesquisa após serem lidas e validadas pelos sujeitos;
- Não haverá nenhum risco ou prejuízo para aqueles que participarem, ou em um dado momento optarem por desligar-se do estudo, uma vez que é voluntária a participação;
- Será respondida e discutida qualquer questão referente ao projeto de pesquisa.

Tendo tomado conhecimento das características do processo de participação, e caso esteja de acordo, solicito a aposição de sua assinatura na parte inferior deste documento.

Atenciosamente,
Leila Milman Alcantara

Eu, _____, concordo voluntariamente em participar do projeto de tese de doutoramento de autoria de Leila Milman Alcantara, sob orientação da Profª Drª Joséte Luzia Leite, na condição de sujeito investigado, por meio de entrevista, na qual será usado gravador simples. Para tal, este termo assegura meu anonimato e as informações por mim fornecidas, serão utilizadas somente para atender aos fins da pesquisa e a divulgação de seus respectivos resultados no meio científico e acadêmico. Estou ciente que caso eu tenha qualquer dúvida poderei entrar em contato com o responsável pela pesquisa cujo nome, endereço e telefone encontram-se abaixo especificados* para quaisquer esclarecimentos.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

*Leila Milman Alcantara. (Cel.:93543437)

Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias Rua Cézar Zama, 185 Bairro: Lins de Vasconcelos. CEP.:20724-090
Rio de Janeiro Tel.: 25995578

APENDICE – E Roteiro orientador do fórum de discussão para validação da teoria

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DOUTORANDA: LEILA MILMAN ALCANTARA
ORIENTADORA: PROF^a DR^a JOSÉTE LUZIA LEITE

ROTEIRO ORIENTADOR DO FÓRUM DE DISCUSSÃO

I - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

Data: ____ / ____ / ____

Força participante: () MB () EB () FAB () CBM () PMRJ

Idade: _____

Profissão: _____

Posto/graduação: _____

Sexo: () M () F

Tempo de serviço ativo militar: _____

II- ROTEIRO

II.1 O que é Enfermagem Operativa?

II.2 Quando utilizá-la?

III.3 Onde utilizá-la?

III.4 Quem pode exercê-la?

III.5 Quais os pré-requisitos que esse profissional deve ter?

III.6 Há a necessidade de constante adestramento e reciclagem?

III.7 No caso de criação de um curso, quais os itens que comporiam sua grade curricular?

III.8 Você gostaria de compartilhar conosco dessa criação?

ANEXOS

ANEXO A – Regulamento de Uniformes para a Marinha do Brasil (RUMB)

INSÍGNIAS PARA OFICIAIS



INSÍGNIAS PARA OFICIAIS DA ARMADA



INSÍGNIAS PARA OFICIAIS DO QUADRO COMPLEMENTAR DA ARMADA



INSÍGNIAS PARA OFICIAIS DO QUADRO COMPLEMENTAR DA ARMADA



INSÍGNIAS PARA OFICIAIS INTENDENTES



INSÍGNIAS DE OFICIAIS DO QUADRO COMPLEMENTAR DE INTENDENTES



QC-IM

INSÍGNIAS PARA OFICIAIS ENGENHEIROS



EN

INSÍGNIAS PARA OFICIAIS CIRURGIÕES-DENTISTAS



CD

INSÍGNIAS PARA OFICIAIS DO QUADRO DE APOIO À SAÚDE



INSÍGNIAS PARA OFICIAIS DO CORPO AUXILIAR – QUADRO TÉCNICO



INSÍGNIAS PARA OFICIAIS DO CORPO AUXILIAR – CAPELÃES NAVAIS



INSÍGNIAS PARA OFICIAIS DO QUADRO AUXILIAR DA ARMADA E FUZILEIRO NAVAL



INSÍGNIAS PARA PRACAS

PRACAS ESPECIAIS

ASPIRANTES DA ESCOLA NAVAL



ALUNOS DAS ESCOLAS DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS DA MARINHA MERCANTE



PRAÇAS

MARINHEIRO CPA/CAP	CABO CPA/CAP	SOLDADO CPFN	CABO CPFN	TERCEIRO- SARGENTO	SEGUNDO- SARGENTO	PRIMEIRO- SARGENTO	SUB-OFFICIAL
							
UNIFORME AZUL		UNIFORME GARAÇA e BRANCO		CPA/CAP/CPFN UNIFORME BRANCO e AZUL			
							
UNIFORME AZUL-MESCLA		UNIFORME BEGE		CPA/CAP	CPFN	CPA/CAP	CPFN
				UNIFORME CINZA e BEGE			
							
UNIFORME BRANCO		UNIFORME CAMUFLADO		CPFN UNIFORME CAMUFLADO			ESPECIALIDADE/ APERFEIÇOAMENTO GRADUAÇÃO

ÁREAS DE APERFEIÇOAMENTO



AM - Armamento



AR - Arrumador



AV - Aviação



CA - Caldeiras



CP - Carpintaria



CI - Comunicações Interiores



CN - Comunicações Navais



CO - Cozinheiro



DT - Direção de Tiro



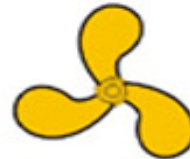
EL - Eletricidade



ET - Eletrônica



HN - Hidrografia e Navegação



MA - Máquinas



MC - Artífice de Mecânica



MG - Mergulho



MO - Motores



MR - Manobras e Reparos



MT - Artífice e Metalurgia



OR - Operador de Radar



OS - Operador de Sonar



SI - Sinais

CORPO AUXILIAR DE PRAÇAS – QUADRO DE ESPECIALISTAS/APERFEIÇOADOS

AD - Administração



CS - Clínica de Saúde



EF - Enfermagem



EP - Educação Física



ES - Escrita



FR - Faroleiro



ME - Meteorologia



PL - Paio



TI - Técnico Industrial

CORPO DE PRAÇAS FUZILEIROS NAVAIS – QUADRO DE ESPECIALISTAS/APERFEIÇOADOS

AT - Artilharia



AV - Aviação



CN - Comunicações Navais



CT - Corneta - Tambor



EF - Enfermagem



EG - Engenharia



ES - Escrita



ET - Eletrônica



IF - Infantaria



MO - Motores e Máquinas



MU - Música

ANEXO – B Carta de apresentação



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO


Rio de Janeiro 10 de outubro de 2002

Ilmo. Sr.
Diretor do Hospital Naval Marcílio Dias

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apraz-nos apresentar a aluna **LEILA MILMAN ALCANTARA** regularmente matriculada no Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Outrossim vimos solicitar autorização para que a supra referida, possa coletar dados com a finalidade de desenvolver sua Tese de Doutorado.


Profa. Dra. Regina Célia Gollner Zeitoun
Coordenadora Adjunta do Curso de
Doutorado em Enfermagem
EEAN/UFRJ

ANEXO – C Resposta Carta de Apresentação da EEAN/UFRJ

Ofício nº 153

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Rio de Janeiro, RJ, 28 de Janeiro de 2003.

Srª Coordenadora Adjunta

Em resposta a vossa carta datada de 10/10/2002, incumbiu-me o Exmº Sr. Diretor deste Hospital de comunicar a V.Sª que a Capitão-de-Fragata (S) LEILA MILMAN ALCANTARA está autorizada a realizar coleta de dados com a finalidade de desenvolver sua Tese de Doutorado.

Atenciosamente,



MARCIO LIMA LEAL ARNAUT
Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)
Vice-Diretor de Ensino

Cópias:
HNMD-30.1
HNMD-20.1
HNMD-21.2

A Sua Senhoria a Senhora
Profª. Drª REGINA CÉLIA GOLLNER ZEITOUNE
Coordenadora Adjunta do Curso de Doutorado em Enfermagem EEAN/UFRJ
Escola de Enfermagem Anna Nery
Rua Afonso Cavalcanti nº 275 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP.: 20.211-110

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](#)