



DO CUIDAR COM TECNOLOGIA À TECNOLOGIA DO CUIDADO*

FROM THE CARE IN TECHNOLOGY TO THE TECHNOLOGY OF CARING

Wilma Aparecia Nunes¹

RESUMO

A tecnologia ampliou as possibilidades de vida do homem e a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é um centro de assistência sofisticado que reflete as potencialidades da técnica. Este estudo teve como objetivo detectar os efeitos do uso da tecnologia no processo de cuidar do paciente crítico. Para atingir tal meta optou-se por desenvolver um trabalho de caráter qualitativo, utilizando entrevistas. As reflexões emergiram de análises realizadas a partir do discurso dos enfermeiros, interpretados à luz de um referencial teórico fundamentado no pensamento de Michel Foucault. A análise, pautada nas relações de saber/poder, desvela o agir dos enfermeiros que desenvolvem competências aplicadas sob condições minuciosamente controladas pelo “poder disciplinar” instalado na instituição hospitalar, fato que contribui para estabelecer o perfil de profissionais que atuam na vanguarda de uma profissão, cuja essência se caracteriza pelo processo de cuidar. Constatou-se nessa investigação que os enfermeiros estão preocupados com as repercussões do uso indiscriminado dessas “máquinas”, necessárias para monitorar inúmeras variáveis e manter a vida, bem como com os efeitos dessa tecnologia na interação enfermeiro/paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia. Enfermagem. Cuidar.

ABSTRACT

Technology has expanded man's life opportunities, and the Intensive Care Unit (ICU) is a sophisticated service center that reflects the technique's capabilities. Thus, the aim of this study was to detect the effects of the use of technology in the process of caring for critical ill patients. In order to reach this goal, a qualitative approach was chosen, and the technique of interviews was adopted. The reflections emerged from the analysis of the information provided by the nurses' discourse, which was interpreted in the light of a theoretical framework based on the thought of Michel Foucault. Through the elaboration of an analysis, whose background was the interrelationship of knowledge/power, it was possible to shed light on significant aspects of the nursing staff actions. These aspects involve the development of competencies which, under a controlled and very detailed set of conditions implemented by the “disciplinary authorities” present in a hospital institution, contribute to establish the profile of a nursing staff that acts in the leading segment of the profession, which is characterized by a caring process. It was found in this research that nurses are concerned about the repercussions of indiscriminate use of these “machines”, required to monitor several variables and maintain life; as well as the effects of this technology in the nurse/patient interaction.

KEYWORDS: Technology. Nursing. Caring

* Extraído da tese “Do cuidar com tecnologia à tecnologia do cuidar”. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999.

¹ Mestrado em Fisiologia – Universidade Estadual de Campinas; Doutorado em Enfermagem – Universidade de São Paulo; Pós doutorado em História da Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina. Funcionária do Depto. de Enfermagem/Hospital das Clínicas/UNICAMP. Campinas, SP. E-mail: wnunes@hc.unicamp.br

Submetido em: 22/11/2015 – Aceito em: 14/01/2016

INTRODUÇÃO

A Florence Nightingale são atribuídas as principais formulações sobre as características dos profissionais de enfermagem. Ela enfatizou a importância de se proporcionar um ambiente saudável para garantir a recuperação do doente, a partir de um contexto social extremamente adverso em que o ambiente era mais prejudicial ao paciente do que a própria doença. Segundo Dennis e Prescott (1985) foi ela quem estabeleceu a distinção entre a atividade médica, encarregada de tratar a doença, e a atividade de enfermagem, com a responsabilidade de cuidar do doente. A ela se atribui também o fato de identificar a profissão como arte e ciência, bem como uma tarefa eminentemente feminina e marcada por traços vocacionais (NIGHTINGALE, 1989).

O cuidar é diferente do curar: o cuidar é mais amplo, faz parte do curar, mas é realizado, também, independentemente de atos curativos e não se limita apenas a atos de cuidados mecânicos. O cuidar abrange um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, fundamentados numa base científica e humanística. Este cuidado não tem sentido altruístico, de doação sem gratificação, mas tem sentido de compreender o homem, de interagir com ele e de cuidar de forma holística, personalizada, que além de colaborar para a cura também promove a saúde e auxilia o indivíduo a se desenvolver com satisfação. Assim é possível viver sem cura, mas não é possível viver sem cuidado (BOEHS; PATRICIO, 1990, p115).

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) segue uma metodologia de assistência proposta por Florence, durante sua atuação na Guerra da Criméia. Ela recomendou o agrupamento de pacientes mais graves e com maior grau de dependência em setores onde a enfermagem pudesse manter vigilância e prevenir danos, identificando precocemente qualquer anormalidade. Essa idéia foi retomada na década de 1920 no John Hopkins Hospital, pioneiro na montagem de uma unidade para recuperação de pacientes submetidos a neurocirurgia; o mesmo sistema foi implantado na década seguinte em Tuebingen, para cirurgia geral, assim como nas Clinicas Mayo e Ochsner (WEIL, PLANTA; RACKOW, 1989). Esse setor hospitalar, fruto da expansão tecnológica e da conseqüente ampliação da capacidade de seus profissionais, tem se reservado o direito de atuar como uma clínica distinta, uma disciplina científica, com metodologia própria, programas de treinamento, fóruns educacionais e desenvolvimento de pesquisa.

Parrilho (1995) pronunciou-se no 25º aniversário da Society of Critical Care Medicine (SCCM), sustentando a proposta de manter a integração de uma equipe de altíssima qualidade tanto técnica quanto humana, como caminho para superar os limites que se apresentam na assistência ao paciente crítico. Kelly et al (2014) apontam a epidemia de poliomielite de Copenhague em 1952 como o marco inicial para o desenvolvimento desse setor hospitalar no Reino Unido. Segundo eles, atualmente, o uso de sistemas de monitoramento eletrônico facilita a gestão, porque os dados são facilmente acessíveis para auditoria, para pesquisa e melhoria da qualidade assistencial, bem como para o desenvolvimento de modelos de previsão de risco mais sofisticados e precisos, que permitem restringir a admissão nesse setor, aos pacientes que mais se beneficiarão desse tipo de tratamento caro e sofisticado.

A nítida influência da tecnologia no trabalho desenvolvido dentro da UTI desperta a necessidade de refletir sobre essa realidade e buscar uma alternativa metodológica para

esclarecer uma questão vital: quais são de fato os efeitos do uso da tecnologia no processo de cuidar do paciente crítico? Para subsidiar a compreensão desse tema, tão atual quanto controverso, o recurso utilizado foi o pensamento de Michel Foucault, cujas bases se assentam sobre a análise das relações de saber e poder. Recorrer à filosofia implica na inserção em um universo de saberes, usualmente ausente do currículo da enfermagem, embora os pressupostos desse saber estejam presentes de maneira implícita nas práticas que esses profissionais desenvolvem, seja na concepção de homem que utilizam, seja no processo de investigação que conduzem.

A filosofia se deparou na modernidade com o conceito de progresso, conceito, que face à ideia de continuidade, se vincula à história sob dois aspectos: no passado, onde vai procurar elementos para elucidar o presente, e no futuro, buscando antever as repercussões do contemporâneo. O traço fundamental do historicismo contextualista – no qual florescem as idéias de Foucault – é que a compreensão e avaliação da natureza, formação ou valor do que quer que seja, só poderão ser apurados a partir de sua inserção numa determinada situação e nos seus desenvolvimentos específicos (CARRILHO, 1994). Numa ampla análise da história, Foucault busca desvelar as diversificadas formas que o conhecimento assumiu ao longo do tempo, demonstrando que a verdade se pluraliza em sua passagem pelos diferentes “regimes” de verdade, que atravessam a constituição dos saberes.

Michel Foucault nos ensina: que o saber é o suporte epistemológico do poder em que as instituições se originam, sejam essas instituições sociais ou acadêmicas, e que aquilo que caracteriza tal instituição social ou jurídica, ou tal ciência reconhecida, é menos a verdade que ela manifesta do que a regularidade que ela realiza, o *nomos* (a convenção humana), tomando a força e o valor de *dirê* (o direito humano) a medida triunfante que (é conquistada que foi conquistada) se não “pela” sociedade ao menos pela força nela predominante opondo-se ao que para ela é desregramento (KREMER-MARIETTI, 1977, p.148-149).

Foucault não teve a pretensão de estabelecer o certo e o errado; os méritos de seu trabalho encontram-se no fato de que ele buscou decifrar como se instala no contexto histórico cultural um regime de verdade. Sua contribuição está em explicitar quais mecanismos foram utilizados para produzir, extrair, e instituir uma verdade, como também aqueles que excluíram ou invalidaram outros saberes, tendo como hipótese geral de trabalho o pressuposto de que as relações de poder estão subjacentes aos fenômenos aparentemente naturais. A obra de Foucault evidencia como o corpo é tomado como alvo e objeto de poder:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista (FOUCAULT, 1988, p80).

Operando como uma técnica elaborada para dissociar o corpo do poder, a disciplina funciona como um intrincado jogo de controle e coação de força que, atuando sobre corpos submissos, adestrados e dóceis, os torna capazes de atingir dois extremos numa única performance: o auge de utilidade econômica e o mínimo de participação política. Foucault reitera que o poder disciplinar não se apodera, não extrai, pelo contrário, sua meta é adestrar, embora seja como resultado deste treinamento incansável que ele vai atingir o seu maior ganho. Para conseguir seu objetivo de avolumar essa capacidade de retirada e ampliar a apropriação da força

produtiva, o poder utiliza duas estratégias: o olhar hierárquico e a sanção normalizadora.

O modelo institucional construído para ordenar, dividir, vigiar controlar, produzir, enfim gerir os homens, será aplicado em diferentes locais, mantendo as mesmas estratégias inerentes a essa tecnologia de poder. Com a norma surge a regulamentação, um instrumento de poder que em seu exercício classifica, hierarquiza e distribui os lugares dentro do corpo social homogêneo. No interior das instituições a norma vem a constituir um sistema de micropenalidades que atinge o tempo, a atividade, a maneira de ser, os discursos, os corpos e a sexualidade, mas em momento algum se manifesta como um instrumento punitivo direcionado à expiação ou repressão; sua meta principal é apurar os possíveis desvios ocorridos da regra instituída, para instalar um processo insistente de aperfeiçoamento, capaz de retomar a composição do correto e do comportamento adequado.

A inserção da disciplina no hospital propicia outro fenômeno: trata-se de conferir ao médico o legado do poder disciplinar, fato denominado pelo autor como “medicalização”, e que se torna possível mediante a transformação ocorrida no saber médico, que vai utilizar o espaço hospitalar como campo para construir e reproduzir o conhecimento, bem como instituir uma nova prática da medicina – o surgimento da clínica “a inauguração de um conhecimento que se tornou científico quando a medicina se transformou em uma ciência empírica” (MACHADO, 1988).

MÉTODO

Esse estudo foi desenvolvido em um hospital universitário, com capacidade para 400 leitos, dos quais 18 eram da UTI, destinados a prestar assistência a pacientes adultos. Trata-se de uma instituição inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) cuja missão é “Ser um hospital de referência e excelência, prestando assistência complexa e hierarquizada, formando e qualificando recursos humanos, produzindo conhecimento, atuando no sistema de saúde e valorizando os princípios de humanização com racionalização de recursos e otimização de resultados”. A pesquisa de caráter qualitativo é um recurso utilizado para o desenvolvimento de estudos destinados a aprofundar o conhecimento sobre o real empírico. Por isso o âmago do trabalho garante-se pelo referencial teórico sobre o qual se apoia o pesquisador, bem como pela interação que se estabelece entre ele e o campo em que desenvolve seu trabalho (TRIVINÓS, 1990).

O percurso analítico e sistemático, portanto, tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem com matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (MINAYO, 2012, p. 626)

Vislumbrou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento adequado neste estudo. A prática interativa de longos anos, na qualidade de membro de uma equipe de trabalho e também de observadora de uma série de fenômenos vinculados ao cotidiano da UTI contribuiu para a aproximação interativa e interpretação dos discursos. Optar pela fala como fonte de informação pressupõe a exploração de uma capacidade exclusiva do homem, pois é

na qualidade de ser falante que este se diferencia. Trata-se, portanto, de explorar uma forma de comunicação que permite expor os pensamentos, transmitir sentimentos, representar e apresentar o real e o irreal. Falar é essencialmente dizer, afirma Heidegger (1995), o que nos remete a outro significado, qual seja, fazer ver e entender qualquer coisa, fazer algo aparecer e esse surgimento torna-se possível quando uma teoria permite estabelecer a ponte entre o dizer e o fazer, entre a representação e a ação.

Alguns critérios nortearam a escolha dos enfermeiros a serem entrevistados. Considerando o fato que a equipe está subdividida em plantões, a proposta foi incluir representantes dos três turnos: matutino, vespertino e noturno. Outro aspecto considerado, em função da teoria que subsidia a discussão, foi o aperfeiçoamento profissional, sendo selecionados enfermeiros que já haviam terminado ou cursavam especialização na área, no decorrer do trabalho, entretanto, foram incluídos enfermeiros sem essa especificidade. O motivo desta decisão foi incluir enfermeiros com mais de um vínculo empregatício.

Partindo da proposição feita por Castro (2011, p.130) de que “não são os números que dão sentido à interpretação, mas sim a interpretação que dá sentido aos números”, o procedimento de coleta de dados se iniciou sem número definido de enfermeiros para as entrevistas, uma vez que o critério era reunir informações que pudessem apontar aspectos relevantes da prática dos enfermeiros da UTI sob o signo da tecnologia. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando o parecer 60/98 do Comitê de Ética em Pesquisa FCM/Unicamp, foi realizada a gravação e transcrita integral e textualmente para análise dos dados. “A transcrição é valorizada como solução que cumpre função dupla: em si, como texto e de pertencimento ao *corpus* documental do projeto”(MEIHY; HOLANDA, 2013, p. 44).

O tratamento das informações se iniciou com a transcrição de 10 entrevistas gravadas. Bourdieu (1997) nos ensina que esse procedimento produz uma transformação decisiva no discurso oral, portanto precisa se fazer acompanhar de algum recurso capaz de “direcionar o olhar do leitor para os traços pertinentes que a percepção distraída e desarmada deixa escapar”. A releitura dos textos à luz do referencial teórico conduziu à elaboração de categorias empíricas, e, num momento posterior, ao confronto com as categorias analíticas previamente estabelecidas como parâmetro da investigação, construídos sob os auspícios do trabalho crítico de Michel Foucault, o qual remete à origem das nossas vontades morais, políticas e de saber – referencial que já havia sido considerado na formulação das perguntas para as entrevistas.

A operação de categorizar destina-se a classificar os elementos constitutivos do conjunto, por meio do qual procede-se à diferenciação e, em seguida, ao reagrupamento segundo o gênero dos aspectos, com critérios previamente definidos, como afirma Bardin (2011). Neste estudo, o critério de categorização utilizado foi o léxico, com as palavras sendo emparelhadas segundo o sentido ou sentidos próximos.

A obra de Laurence Bardin possui uma ancoragem consistente no rigor metodológico, com uma organização propícia à compreensão aprofundada do método e, ao mesmo tempo, traz aos pesquisadores um caminho multifacetado que caracteriza a Análise de Conteúdo como um método que, historicamente e cotidianamente, produz sentidos e significados na diversidade de amostragem presentes no mundo acadêmico (FARAGO; FOFONCA, 2011).

RESULTADO

Inquestionavelmente o século XX e os primórdios do século XXI estão marcados por inúmeras transformações decorrentes da evolução científica e tecnológica, cujas repercussões tornam-se perceptíveis em todos os campos do conhecimento, inclusive no da saúde. O domínio da tecnologia trata essencialmente de intervir no curso das coisas, seja para impedir certos estados de se reproduzirem, seja, ao contrário, para fazer aparecerem estados que espontaneamente não surgiriam, são transformações ditadas pelo sistema de valores que comandam a ação humana (LADRIÈRE, 1979). A percepção de como o homem se instrumentalizou para suplantar os limites de sua capacidade se desvela por meio do extraordinário domínio da técnica e das incomensuráveis conquistas da ciência; Hobsbawm (1996) menciona a dificuldade para precisar com exatidão, quando a capacidade de certas habilidades humanas de produzirem resultados sobre-humanos se tornou parte da consciência comum.

No século XVIII, o hospital, uma instituição até então comandada por religiosos e destinada a assistência e salvação da alma, passou a ser concebida como instrumento terapêutico, um espaço destinado à cura, sob responsabilidade do médico. Como a experiência clínica passou a constituir uma forma de conhecimento, foi necessário reorganizar o hospital, redefinir socialmente o indivíduo doente, colocá-lo em um espaço coletivo e homogêneo para, então, se estabelecer a relação entre a assistência e a experiência, assim como entre o socorro e o saber (FOUCAULT, 1977).

A percepção de como o médico e o enfermeiro encontraram-se dentro da instituição hospitalar tange o tema do poder sob dois aspectos; em primeiro lugar a posição do médico: ela é derivada de uma profunda reformulação na carreira mediada pelo ordenamento do saber, por meio de um movimento que atingiu não apenas o conhecimento, mas a forma de conduzir a aprendizagem, de instituir e legalizar a prática médica a partir da reorganização epistemológica da doença. O segundo aspecto de poder na reforma hospitalar atingiu a enfermagem, que travava uma luta pela ordenação moral de seus praticantes e utilizava-se da disciplina para impor um regime de trabalho extenuante, rigidamente hierarquizado, cujo saber se pautava em estabelecer as reformas necessárias na estrutura física da instituição, para compor o ambiente desejável para a ação da natureza sobre o corpo doente, bem como propiciar uma reorganização administrativa, o que favorecia o desenvolvimento do saber médico.

A compreensão de como o poder médico se estabeleceu, a forma como o poder disciplinar imposto à enfermagem promoveu a ordenação dentro do hospital – assim como os mecanismos que permeiam as interações dentro da instituição – permitem compreender a imagem socialmente vinculada dessas profissões. E esse quadro de representações remete às razões subjacentes ao interesse dos enfermeiros quando manifestam suas aspirações em termos de carreira universitária, no sentido de privilegiar a medicina em detrimento da enfermagem.

E8 – Na realidade (a enfermagem) não era minha primeira opção, na realidade eu queria fazer medicina.

Na análise crítica feita por Silva (1989) depreende-se que a enfermagem não conseguiu atingir o *status* de liberal, pouco caminhou para a construção de um saber próprio, o que em conjunto justifica o desprestígio social amargado pela categoria. Eleger a UTI como local de trabalho é, na visão do enfermeiro, um caminho para constituir a elite trabalhadora do hospital, de diferenciar-se, uma oportunidade para crescer profissionalmente. Essa distinção está vinculada ao aperfeiçoamento técnico, ao desafio de atuar nas situações mais complexas e dispor de maiores recursos. Evans (1991), presidente da *America Association of Critical-Care Nurse* (AACN), fornece uma síntese das razões que motivam os profissionais a atuarem nesse setor; segundo ela, o enfermeiro de UTI a vê como uma maravilhosa mistura de alta tecnologia, treinamento avançado, dificuldade intensa para tomada de decisão e cuidados profundos, constituindo-se na vanguarda da enfermagem, fato que se constata no discurso dos participantes deste estudo:

E3 – Desafio, eu acho, é uma área rica né, que traz muita coisa, você cresce bastante numa área complexa como a UTI, então era essa minha preferência, era realmente o meu desafio, chegar e tentar vencer a complexidade da UTI.

E7 – A enfermagem, ela não dava base científica muito boa, também era escassa em matéria de recursos materiais e humanos, por isso eu achei que UTI era o setor mais completo.

O que separa a unidade de cuidados intensivos e as restantes unidades de cuidados não representa a distinção técnica e social entre um serviço de ponta e um serviço especializado, mas sim a separação entre domínios de prestação de cuidados onde se disputa a definição de expressões técnicas e sociais de várias especializações, no contexto dos dilemas provocados pela coexistência da medicina interna com uma medicina especializada. Assim a unidade de cuidados intensivos é a sede nobre desta especialização, na convergência de técnicas, pessoal qualificado, protocolos de actuação rigorosos e métodos de trabalho aliciantes (CARAPINHEIRO, 1993, p127).

Machado (1982) nos alerta para o fato de haver uma contínua necessidade do poder se tornar competente, fato que se evidencia por meio do domínio dos peritos. Segundo o autor, a todos aqueles aos quais se delega poder, far-se-á inevitavelmente seguido de saber, uma vez que o saber funciona, na sociedade, dotado de poder. A segurança, a competência, a performance, a iniciativa e outras características observadas no desempenho de um enfermeiro *expert* gera um grau de confiança e satisfação que lhe permite compartilhar com o médico uma parcela de poder, que este profissional exerce sobre a vida do paciente.

A excelência requer envolvimento e confiança, afirma Benner (1984), mas também requer poder, um poder com diferentes faces: transformador, interativo, defensor, restabelecedor, participativo e capaz de solucionar problemas, ancorado-se no respeito mútuo e genuinamente utilizado em benefício do paciente conforme esta afirmação:

E1 – Eu esperava e ainda espero crescer bastante...a gente nunca vai chegar ao máximo, sempre vai ter uma coisa pra aprender...procurei o curso de especialização justamente pra isso, pra aprender mais, pra ter um conhecimento maior, que facilitasse cuidar do paciente, em caso de maior e melhores cuidados...Acho que a intenção quando ele busca um conhecimento maior é poder aplicar esse conhecimento em função do paciente,

da melhoria, da melhor qualidade de vida pro paciente, melhorar os cuidados assistenciais.

Para o enfermeiro o conhecimento se justifica e se faz necessário, pois nasce de um contexto de biopoder no qual a preservação da vida se configura como meta fundamental de trabalho; é em benefício do paciente que os profissionais atuam, e é para garantir ações apropriadas, destreza e eficiência que o aperfeiçoamento contínuo se faz necessário. O discurso não explicita a motivação fundamental nessa busca de saber, ou seja, que o domínio dos meios de otimização do trabalho confere parcela de um poder historicamente monopolizado pelos médicos.

O princípio que rege a “fabricação” dos corpos dos enfermeiros é político, seu objetivo consiste em conseguir fazê-los produzir e reproduzir poder. Neste sentido a tática aplicada é submetê-los a um regime de trabalho, com absoluto controle de sua capacidade produtiva. Trata-se de imprimir uma forma de dominação capaz de mantê-los ativamente exercitados e politicamente passivo, um caminho que conduz à total expropriação de suas forças:

E9 – Eu gosto, eu agora vou falar que não gosto!?...é cansativo, enfermeiro de UTI tem que ser jovem, tem que ter vitalidade, tem que ter vivacidade. Depois de certos anos, nos quais eu já me coloco, eu acho que não posso mais ficar...Eu não saio da UTI, eu não sei viver sem UTI.

E10 – É difícil a gente encontrar enfermeiras que tenham aquela garra que tem as enfermeiras de UTI...aquela vontade de crescer na profissão e fazer alguma coisa pelo paciente, nem que tenha que brigar, mas se faz alguma coisa pelo paciente...

o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 1986. p.8).

Embora haja sinais de resistência por parte dos profissionais de enfermagem, face a força desse poder que circula no hospital, são manifestações isoladas, às vezes extremas, para superar condições sociais historicamente arraigadas e assimiladas, que por isso mesmo assumem um caráter de naturalidade, que se torna responsável por camuflar as diferenças produzidas nos mais diversos espaços sociais.

Não há espaço, em uma sociedade hierarquizada, que não seja hierarquizado e que não exprima as hierarquias e as distâncias sociais, sob uma forma (mais ou menos) deformada e, sobretudo, dissimulada pelo efeito da naturalização que a inscrição durável das realidades sociais no mundo natural acarreta: diferenças produzidas pela lógica histórica podem, assim, parecer surgidas da natureza das coisas (basta pensar na idéia de “fronteira natural”). É o caso, por exemplo de todas as projeções espaciais da diferença social entre os sexos (na igreja, na escola, nos lugares públicos e até em casa) (BOURDIEU, 1997, p.160).

A divisão sexual do trabalho tem condicionado o mercado de trabalho, onde é possível detectar quais são as ocupações concebidas como femininas. Esse modelo determina quais

são os papéis adequados para os homens e mulheres, reservando para as últimas, as funções geralmente assemelhadas àquelas desenvolvidas dentro de casa.

E6 – O cuidar pra mim da enfermeira..acho que não tem nada de diferente do cuidar de uma mãe com seu filho...

E9 - ...eu acho que a mulher é mais forte com o sofrimento, a mulher consegue chegar perto da pessoa que tá sofrendo, cuidar...

Depreende-se, do exposto na fala dos colaboradores, que a mulher é portadora de características determinantes na escolha da profissão que desempenha. Trata-se, portanto, de ratificar uma construção simbólica e social responsável por atribuir à mulher uma atividade, cuja natureza das tarefas exercidas ou das habilidades necessárias para executá-las é pouco valorizada socialmente, e está vinculada culturalmente ao gênero feminino. Portanto “a posição relativa da mulher parece atenuar as reivindicações por equidade salarial, na medida em que sua posição socialmente inferior se transmitiria automaticamente ao prestígio da tarefa por ela desempenhada” (CASTRO; GUIMARÃES, 1997, p.111-112).

A história das profissões permite compreender o presente e traçar o futuro, especialmente pela forma como ela veio se construindo ao longo do tempo, pelo *modus operandi* de como saberes práticos e teóricos foram se aproximando, dando forma àquilo que posteriormente se converteu em profissão (PADILHA et al, 2011, p.25)

Na prática, o enfermeiro assume o papel de coordenador, organiza e distribui tarefas, deixando para os técnicos e auxiliares as ações de menor grau de complexidade; um fenômeno passível de ser identificado e visualizado em diversos campos de atuação dos profissionais de enfermagem, conforme ilustrado na descrição do funcionamento de uma Unidade de Queimados:

Nesse contexto, o enfermeiro assume a posição de *maestro da rotina*, posição essa que corresponde à expectativa da Instituição, ou seja, garantir que as rotinas sejam realizadas. Desempenhando esse papel, ele é respeitado pelos auxiliares na medida em que *põe a mão na massa*, participando e ajudando a finalizar as atividades. A valorização do enfermeiro está vinculada à sua contribuição para o *arremate do trabalho*; desse modo, valoriza-se o saber fazer, ou seja o profissional que tem habilidade para realizar, em menor tempo e com perfeição técnica as atividades (ROSSI, 1997, p. 172)

E7 – O enfermeiro não manda. Ele coordena, ele delega uma função pra algum auxiliar, técnico ou atendente, essa função não vai estar sendo delegada, tipo assim, não é em benefício do enfermeiro, é em benefício do paciente...

A ausência da dominação maciça e homogênea afasta a perspectiva de imaginar o poder como fator capaz de desagregar, de separar quem o detêm daquele que a ele se submete. Nesta dinâmica o poder passa pelo indivíduo e o coloca simultaneamente como um dos seus efeitos e ao mesmo tempo seu centro de transmissão. Assim sendo, o enfermeiro dentro dessa redesubmete-se ao poder médico, e ao mesmo tempo reproduz essa dominação a toda equipe de enfermagem. São relações de saber que dão legitimidade ao poder e, embora a condição de

portador de poder seja verbalmente negada, esse fato não elimina a interligação nem seus efeitos.

Não há pois, saber “neuro”, purificado, desafetado, como foi dito a respeito da ciência. Todo saber é político, não porque dele se possam deduzir consequências em política, nem porque a política se possa servir dele ou utilizá-lo mas, muito mais profundamente, porque não há saber que não seja fundado ou não encontre as suas condições de possibilidade em relações de poder (EWALD , 1993. p55).

A intensa observação faz parte de um processo de exposição no qual o paciente está ignorado, na composição homogênea de gravidade natural do setor, tendo sua identidade substituída pelo número do leito ou denominação de sua patologia. Escondido atrás das informações disponibilizadas pelo equipamento de monitorização, afastado da possibilidade de manifestar-se, sufocado perante as normas e rotinas que se impõem de forma avassaladora sobre suas particularidades, apagando traços de sua individualidade e, paradoxalmente, sendo objetivado, individualizado em função do risco de morte. O paciente torna-se alvo de um rígido sistema de controle modulado pelo tamanho do risco imposto pela sua doença, porque ela é tomada, segundo Foucault (1997), em um duplo sistema de observação: “um olhar que a confunde e a dissolve no conjunto das misérias sociais a suprimir; e um olhar que a isola para melhor circunscrevê-la em sua verdade de natureza”.

A tecnologia parece assumir, dentro do ambiente da terapia intensiva, uma característica de expansão da capacidade do olhar. Eis aqui um dos aspectos fundamentais do sistema de vigilância e controle sobre os corpos doentes, nos limites de suas funções, com significativos desvios nos parâmetros fisiológicos. Curiosamente, a ampliação do olhar, mediada pela técnica, trouxe consigo a possibilidade de compartilhar informações que se por um lado expande os saberes dos profissionais de enfermagem, por outro parece ferir a autonomia médica:

A presença crescentemente objetivadora da tecnologia material, porém, ampliou a capacidade do olhar *de todos*, e não apenas do médico. Assim sendo, o paciente e todos os outros agentes do trabalho médico que se envolvem direta ou indiretamente com o ato do médico individual – sejam tais agentes médicos também ou não – passam a ter acesso ao processo que se mantinha antes apropriado exclusivamente pelo produtor direto, e podem passar a exercer algum tipo de regulação sobre a prática. Logo, a perda do controle sobre o processo de trabalho não se manteve apenas no plano da *perda da propriedade* dos recursos tecnológicos, mas a própria presença dos equipamentos, para além da execução alterou a possibilidade de manter, para cada médico, isoladamente, o mesmo grau de controle que ocorria na medicina liberal sobre o projeto de seu trabalho e sobre a *avaliação da eficácia* (SCHARAIBER, p.203, 1993).

Na visão do enfermeiro os equipamentos são úteis para conduzir a vigilância do paciente. A incorporação de saberes se estabelece dentro de um processo de aprendizado natural e necessário para ter controle e domínio deste instrumental, uma vez que os dados fornecidos pelos equipamentos servem como uma refinada técnica de acompanhamento evolutivo do paciente, tanto pelo fato de permitir o acesso a informações intracorpóreas, como também pelo caráter contínuo da informação aferida.

E4 – porque através dos monitores...dá pra você ter uma visão de como extrair (informações) do paciente com mais facilidade...

O enfermeiro sabe que o trabalho neste paraíso tecnológico envolve a interligação de dois fatores cruciais: a evolução do paciente e o desempenho das máquinas. Ao longo de sua formação ele se torna capaz de elaborar um plano de assistência para atender às necessidades do paciente, mas na UTI há outro tipo de saber a ser incorporado – aquele que deriva da interligação do corpo com o equipamento que o mantém vivo. É necessário manter a harmonia no funcionamento de ambos e assegurar-se de que as alterações em um não causem prejuízo ao outro.

E4 – Claro que algumas vezes acontece do aparelho estar com defeito, você tem que ter visão para isso, você olha o paciente e olha um parâmetro apresentado na máquina, claro que não bate!!

O comportamento profissional do enfermeiro de UTI se configura, portanto, a partir de três processos que, segundo Ewald (1993) compõem a norma: a disciplina que visa os corpos onde inscrevem performances moduladas por um esquema de docilidade; a padronização definindo regras de convertibilidade e de compatibilidade para exigências e objetos; e as seguranças que se dirigem a populações geridas abstratamente sob o signo do controle. Em busca da aquisição de ferramentas necessárias para superar os efeitos deste modelo assistencial o enfermeiro se empenha na conquista do conhecimento, almejando prioritariamente a apreensão de saberes, que na perspectiva dele, enfermeiro, constituem ciência e devem, portanto, contribuir para subsidiar as ações, afastando o caráter puramente tecnicista das atividades desempenhadas.

E4 – a gente usa nossas artes de vez em quando lá (na UTI), mas o enfermeiro tem que ter conhecimento científico...a gente faz algumas coisas, assim empíricas, mas a maioria, das vezes é com conhecimento, sabendo porque tá fazendo aquilo, e como, e porque tá fazendo.

O saber técnico não se reduz portanto, à mera e simples execução de uma atividade. Ele incorporou as características e contornos de saber científico e se apresenta como tecnologia, a qual encontra-se profundamente integrada ao modo de organização de produção da indústria moderna. Embora o saber técnico e o conhecimento científico estejam imbricados ao longo da história para compor uma associação essencial e inevitável, não se pode ocultar a profunda diferença de objetivos entre o pensamento científico e o pensamento técnico, afirma Granger (1994).

Com auxílio da Teoria das Representações Sociais, Silva, Ferreira e Apostolidis (2014) analisaram os estilos de cuidar dos enfermeiros no interior da terapia intensiva, constatando que eles se constroem e re(constroem), no cotidiano assistencial, sob o signo da tecnologia; fato que lhes permite perceber a nítida transformação de suas práticas que emergem desse ambiente tecnológico.

Por entendermos o cuidado de enfermagem como um complexo construto, acreditamos que ele possa ter diferentes dimensões, o que não significa dizer que isso possa inviabilizar o entendimento de que ele é humano, ainda que tenhamos que nos apropriar de tecnologias e máquinas para cuidar (Marques; Souza, 2010, p.143)

O uso da tecnologia atingiu de forma avassaladora o trabalho dos profissionais de saúde. Entretanto, o trabalho do enfermeiro não se limita ao uso da técnica, porque a sua atividade deve estar necessariamente vinculada à humanidade do homem. Sendo assim é razoável supor que, ao pontuar suas competências e seus saberes, seja necessário conciliar os incomensuráveis benefícios da técnica com a refinada arte de cuidar do ser humano.

É5 – eu passei por alguns momentos olhando para a máquina, eu abandonei o paciente, mas de uns tempos para cá eu estou refletindo mais sobre isso, cadê o papel do enfermeiro? Da arte de cuidar?

São reflexões que buscam apreender o sentido da palavra técnica pensada à maneira grega, na qual, segundo Heidegger, (1997) *technè* tem a mesma significação de *epistemè*, ou seja, velar sobre alguma coisa, compreendê-la, conhecer-se em qualquer coisa, mas precisamente no fato de produzir qualquer coisa. É dessa perspectiva que o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro se aproxima do conceito original de técnica, na busca incansável de compreender o paciente, seja no sentido de conhecer a trajetória natural da doença – um caminho já assimilado durante sua formação acadêmica – seja pela percepção das repercussões deste quadro neste sujeito em particular. Tal compreensão permite ao enfermeiro estabelecer para o paciente um plano de cuidados que respeite sua individualidade; este fato manifesta a essência de um trabalho capaz de ultrapassar os limites do tecnológico e amortizar os efeitos de seus instrumentos, porque vai além de vigiar e aferir dados, ele atinge às necessidades do ser humano colocado sobre seu controle e responsabilidade.

A instrumentalização do enfermeiro com conhecimentos específicos, acerca da utilização, riscos e benefícios do uso das tecnologias duras, no cuidado de enfermagem ao doente crítico, constituem-se em elementos essenciais que determinam não só um cuidado de qualidade e isento de riscos evitáveis, mas, principalmente, mais humanizado (SCHWONKE *et al.*, 2011 p192).

O enfermeiro quer afastar de seu processo produtivo o papel de executante daquilo que Granger (1994) denomina “tecnicidade de segundo grau”, cujo teor se vincula às tarefas repetitivas originárias do processo de comunicação entre o homem e a máquina, procedimento marcado pela supervisão de aparelhos, nos quais se reconhecem falhas e se interpretam mensagem que norteiam suas decisões. O desabrigar do enfermeiro, parece, tornar-se-á possível quando - deslocado desse papel institucionalmente construído, onde se implementam condutas prescritas e se executam técnicas vinculadas ao processo de tratar para atingir o objetivo médico - esse profissional passar a assumir o seu trabalho distanciando-se do caráter irresistível e de domínio ilimitado, que caracterizam a técnica moderna, para estar vinculado ao seu modo de comprometimento *causa efficiens*, construindo seu método próprio de trabalho, cuja participação seja imprescindível para manifestar a sua tecnologia de cuidar, que se assenta na ciência e na arte do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob a égide do pensamento de Foucault constata-se, no enfermeiro de UTI, o interesse pelo conhecimento específico, fato que lhe garante o *status quo*, enquanto vanguarda de sua profissão, uma vez que no contexto de ingresso ao ensino superior não conseguiu o acesso a uma profissão socialmente prestigiada. O caminho para aquisição do saber são os cursos de

aperfeiçoamento que amenizam a distância entre os conhecimentos obtidos na graduação e os saberes exigidos no momento do exercício profissional, em um setor especializado. Embora o argumento verbalizado - para esse empreendimento - seja atingir uma performance para melhor atender o paciente, ele também permite a conquista de um dispositivo capaz de assegurar uma posição diferenciada na rede de relações, na qual circula o poder.

O saber confere poder ao enfermeiro, que passa a exercer a força que daí lhe advém sob duas perspectivas: por um lado desenvolve competência que lhe permite compartilhar informações com outros profissionais da saúde, bem como uma parcela do poder que o médico exerce sobre a vida; e por outro ratifica e justifica a sua condição de coordenador das atividades da equipe de enfermagem na assistência ao paciente crítico.

Os recursos tecnológicos são imprescindíveis para sustentar a própria razão de ser da UTI: manter e recuperar a vida de pacientes gravemente enfermos. A “máquina” possui a capacidade de captar informações, que em algumas circunstâncias, não se manifestam na superfície visualizada do corpo; ela amplia as potencialidades de um olhar habituado à vigilância e ao controle, parte fundamental das atividades de um profissional moldado pela disciplina e afeito às normas e às rotinas. O enfermeiro também mantém-se atento à fidedignidade das informações que afere, uma estratégia para garantir a máxima segurança e minimizar os riscos.

O domínio da tecnologia é um mecanismo de conquista de saberes e poderes; entretanto, a presença das máquinas tem sido motivo para o distanciamento físico entre quem cuida e quem é cuidado. Nesse contexto o enfermeiro percebe a necessidade de conciliar as potencialidades da técnica com a refinada arte de cuidar do ser humano.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BENNER, Patrícia. **From novice to expert**. Califórnia: Addison Wesley Publishing, 1984.
- BOEHS, Astrid Eggert; PATRÍCIO, Zuleica Maria. O que é este “cuidar-cuidado”? uma abordagem inicial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.24, n.1, p. 111–116, 1999.
- BOURDIEU, Pierre. **A Miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- CARAPINHEIRO. Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Lisboa: Afrontamento, 1993.
- CARRILHO Manuel Maria. **Filosofia**. Lisboa: Difusão Cultural, 1994.
- CASTRO, Cláudio Moura. Memórias de um orientador de tese: um autor relê sua obra depois de um quarto de século. In: BIANCHETTI, Lucídio; MACHADO, Ana Maria Netto. **A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação e escrita de teses e dissertações**. São Paulo: Cortez, 2012.

CASTRO, Nadya Araújo; GUIMARÃES Iracema Brandão. Divisão Sexual do trabalho, produção e reprodução. In: SIQUEIRA Deis Elucy, POTENGY Giselia Franco CAPPELLIN Paola. **Relações de trabalho, relações de poder**. Brasília: Ed. UnB, 1997. p.177-212.

DENNIS, Karen E; PRESCOTT, Patricia A. Florence Nightingale: yesterday, today, and tomorrow. **Adv Nurs Sci.**, v.7, n.2, p.66-81, Jan;1985.

EVANS, S Ann. Critical Care Nursing: the ordinary is extraordinary. **Heart & Lung**. v. 20, n.3, p. 21-31A, 1991.

EWALD, François. **Foucault a norma e o direito**. Lisboa: Vega, 1993.

FARAGO, Cátia; FOFONCA, Cilene Eduardo. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. Disponível em: <<http://www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GRANGER, Gilles-Gaston. **A ciência e as ciências**. São Paulo: Editora da Unesp, 1994.

HEIDEGGER, MARTIN. A questão da técnica. **Cadernos de Tradução**, Florianópolis, n.2, p.41-93, 1997.

HEIDEGGER, Martin. **Língua de tradição e língua técnica**. Lisboa: Veja, 1995.

HOBBSAWM, Eric John Ernest. **Era dos extremos: o breve século XX; 1914 – 1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

KELLY, Fiona E; FONG, Kevin; HIRSCH, Nicholas; NOLAN, Jerry P. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. **Clinical Medicine**, v.14, n.4, p. 376–9, 2014.

KREMER-MARIETTI, Angèle. **Introdução ao pensamento de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

LADRIÈRE, Jean. **Os desafios da racionalidade**. Petrópolis: Vozes, 1979.

MACHADO Roberto, LUZ Rogério, LOUREIRO Angela, MURICY Kátia. **Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, Roberto. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MARQUES, Isaac Rosa; SOUZA, Agnaldo Rodrigues. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.63, n.1, p.14-4, jan./fev. 2010.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom; HOLANDA, Fabíola. **História oral: Como fazer, como pensar**. São Paulo, Contexto, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 621–626, 2012.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PADILHA Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SANTOS, Iraci. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.

PARRILLO, Joseph E. A silver anniversary for the Society of Critical Care Medicine - vision of the past and future: the presidential address from the 24th Educational and Scientific Symposium of the Society of Critical Care Medicine. **Critical Care Med.**, v.23, n.4, p.607-12, 1995.

SCHWONKE, Camila Rose G. Barcelos *et al.* Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n.1, p.189-92, jan./fev. 2011.

SILVA, Graciette Borges. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, Rafael Celestino da, FERREIRA, Márcia de Assunção. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n.6, p.1325-32, 2013.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção; APOSTOLIDIS, Thémistoklis. Estilos de cuidar de enfermeiras na Terapia Intensiva mediados pela tecnologia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.67, n.2, p.252-60, mar./abr. 2014.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WEIL, Max Harry; PLANTA, M.V.; RACKOW, Eric C. Critical Care medicine: introduction and historical perspective. In: SHOEMAKER, William C et al. **Textbook of critical care**. Philadelphia: Saunders Company, 1989.

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Ana Maria Kazue Miyadahira, orientadora da pesquisa.

À professora doutora Eleonora Menicucci de Oliveira pela inestimável contribuição na construção desse trabalho.

