



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

REGISTROS DE ENFERMAGEM: A MENSAGEM SOBRE O CUIDADO CONTIDA NA  
LINGUAGEM ESCRITA

DANIEL ARAGÃO MACHADO

Rio de Janeiro

2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

REGISTROS DE ENFERMAGEM: A MENSAGEM SOBRE O CUIDADO CONTIDA NA  
LINGUAGEM ESCRITA

Relatório final de dissertação apresentada ao corpo docente do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo

DANIEL ARAGÃO MACHADO

Rio de Janeiro

2010

**M149 Machado, Daniel Aragão.**  
**Registros de enfermagem : a mensagem sobre o cuidado contida na linguagem escrita / Daniel Aragão Machado, 2010.**  
**100f.**

**Orientador: Nélia Maria Almeida de Figueiredo.**  
**Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.**

**1. Enfermeiros – Linguagem. 2. Registros de enfermagem. 3. Comunicação escrita. 4. Análise do conteúdo (Comunicação). 5. Cuidados em enfermagem – Planejamento. I. Figueiredo, Nélia Maria Almeida de. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.**

**CCD – 610.73014**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

REGISTROS DE ENFERMAGEM: A MENSAGEM SOBRE O CUIDADO CONTIDA NA  
LINGUAGEM ESCRITA

LINHA DE PESQUISA

O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar

MESTRANDO: DANIEL ARAGÃO MACHADO

ORIENTADORA: NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO

Rio de Janeiro

2010

DANIEL ARAGÃO MACHADO

REGISTROS DE ENFERMAGEM: A MENSAGEM SOBRE O CUIDADO CONTIDA NA  
LINGUAGEM ESCRITA

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Presidente: Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO

---

1º Examinador: Profª Drª Maria José Coelho – UFRJ

---

2º Examinador: Profº Drº Renan Tavares – UNIRIO

---

Suplente: Profª Drª Silvia Tereza Carvalho de Araújo – UFRJ

---

Suplente: Profº Drº Willian César Alves Machado – UNIRIO

Aprovado em: 07/ 01/ 2010 na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Rio de Janeiro  
2010

Dedicado a meus pais José Carlos e Zélia, meus avós Vanda, Irene e João (*in memoriam*), pelos ensinamentos que contribuíram para a construção de tudo que sou hoje.

## **AGRADECIMENTO**

Gostaria de lembrar das pessoas que contribuíram para tornar este sonho possível e foram fundamentais para a construção do conhecimento na minha vida pessoal e acadêmica.

Primeiramente agradeço a Deus e minha família por me acompanharem em toda vida ajudando nas dificuldades e participando das alegrias.

Agradeço a Professora Dr<sup>a</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo pela paciência e dedicação comigo, por ensinar como ser um enfermeiro e uma pessoa melhor, por transformar a minha vida e fazer com que, a cada dia, seja mais apaixonado pela pesquisa em enfermagem.

Ao Professor Dr<sup>o</sup>. Renan Tavares pela co-orientação, por mostrar os caminhos certos para o estudo sobre linguagem e composição de minha banca examinadora.

Agradeço aos queridos Professores: Dr<sup>a</sup>. Teresa Tonini, Dr<sup>a</sup>. Enirtes Prates, Dr<sup>o</sup>. Osnir Claudiano da Silva Junior, Dr<sup>o</sup>. Roberto Carlos Lyra da Silva, Dr<sup>o</sup>. Carlos Roberto Lyra da Silva, Ms. Eva Maria Costa, Dr<sup>o</sup>. Wellington Amorim, pelas orientações e possibilidades de pensamento em novas vertentes para o cuidar.

Agradeço aos Professores: Dr<sup>o</sup>. Willian César Alves Machado, Dr<sup>a</sup>. Maria José Coelho, Dr<sup>a</sup>. Silvia Tereza Carvalho de Araújo por fazerem parte de minha banca examinadora e contribuírem para a construção desta dissertação mostrando novos caminhos e possibilidades no estudo.

Aos meus amigos inseparáveis nessa jornada: Ádane Viana – que permaneceu ao meu lado como aluno especial do curso de mestrado e durante todo momento de avaliação das bancas examinadoras, Fabiano Júlio, Dorvalina Catarina, Delmar Teixeira e Alinny Lama.

À meu grande companheiro e pessoa fundamental nos momentos em que necessitava de cópias e impressões de documentos importantes rapidamente, Moacir Barroso – responsável pela xérox da EEAP.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por acreditar e contribuir financeiramente para a construção deste trabalho.

## RESUMO

Esta investigação foi motivada por diversas pesquisas já realizadas por estes autores, onde, a partir da análise dos dados obtidos, chegamos a conclusões surpreendentes, ou ao menos não esperadas, que foi identificar que os registros eram limitados à qualidade, quantidade e essência. Pressupomos que os enfermeiros, através da linguagem escrita, transmitem mensagens para os membros da equipe de saúde, com isso, informam em documentos, qual o estado de saúde do cliente. À medida que aprofundávamos nossas reflexões, notamos que estes utilizam uma linguagem muito particular, tal como, uma mensagem cifrada somente entendido por aqueles que compartilham o mesmo espaço de cuidar. Sendo assim definimos o objeto como: O conteúdo da linguagem escrita dos enfermeiros e as mensagens contidas nela sobre os clientes cuidados em UTI. Partindo deste, definimos os objetivos: Descrever quais são as mensagens dos enfermeiros que estão contidas na linguagem escrita acerca dos clientes cuidados; identificar qual é o conteúdo das mensagens contidas na linguagem escrita sobre clientes cuidados em UTI; e analisar o que foi identificado como conteúdo das mensagens. Trata-se de um estudo observacional, onde escolhemos o método quanti-qualitativo e da análise de conteúdo com a pretensão de descrever, caracterizar e analisar o conteúdo e a mensagem contidos nos registros sobre o cuidado de enfermagem. O estudo foi realizado em três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de grande porte da cidade do Rio de Janeiro, sendo ele uma instituição privada. Após a coleta e análise do material, definimos as categorias como: **CATEGORIA 01: O comum, autorizado e decifrável nos registros como linguagem e mensagem do cuidado.** Trata do que os enfermeiros observam e o que relatam a partir disto. **CATEGORIA 02: O incomum, não autorizado e indecifrável nos registros como linguagem e mensagem do cuidado.** Refere-se a uma linguagem cifrada, encontrada nos textos. **CATEGORIA 03: O registro sobre os cuidados e condutas como linguagem e mensagem dos enfermeiros.** Refere-se a como os enfermeiros trabalham com as condutas para o cuidado. Concluímos que os enfermeiros não registram situações fundamentais que envolvem condutas de cuidar e não deixam transparecer uma organização processual nos registros que fazem. Os registros mostram-se reduzidos, incompletos e cifrados, denunciam uma realidade que tem sido comum nos diversos espaços onde clientes e enfermeiros se encontram. Notamos que houve uma certa homogeneidade no que interessa registrar que não espelha o sujeito, mas a doença. As condutas para as implementações da terapêutica se voltam para a área biomédica e não para diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: Registro de enfermagem e linguagem escrita



## ABSTRACT

This research was motivated by several previous studies by these authors, which from the data analysis, we reach surprising conclusions, or at least not expected, that was to identify the records were limited to the quality, quantity and essence. We assume that nurses, through the written language, send messages to the members of the healthcare team, thus, inform on documents, which the state of health of the client. As we deepen our reflections, we note that they use a very particular language, such as an encrypted message only understood by those who share the same space to care. Being thus we define the object as: The content of the written language of the nurses and the messages contained in it on the well-taken care of customers in ICU. From this, we define the objectives: to describe what are the messages of the nurses that are contained in the written language on customer care, to identify what is the content of the messages contained in the written language on customer care in the ICU and to analyze what was identified as content messages. This is an observational study, where we choose the method quantitative and qualitative content analysis with the intention to describe, characterize and analyze the content and message contained in the records of nursing care. The study was conducted in three intensive care units (ICU) of a large hospital in Rio de Janeiro, one of them is a private institution. After collecting and analyzing the material, we define three categories: **CATEGORY 01: The Common, authorized and decipherable records as language and message of caution.** It's nurses who observe and report from that. **CATEGORY 02: The unusual, unauthorized and indecipherable records as language and message of caution.** Refers to a coded language, found in the texts. **CATEGORY 03: The record on the care and behaviors such as language and message of the nurses.** Refers to how nurses work with the pipes for care. Conclude that nurses do not record situations involving fundamental behaviors of caring and do not show an organization in procedural records that do. The records are insufficient, incomplete, encrypted, say a reality that has been common in many areas where clients and nurses are. We note that there was certain homogeneity in the interests register which is not mirror the subject, but the disease. Ducts for the implementations of the therapeutic turn in the biomedical area and not for diagnoses and nursing interventions.

Keywords: Nursing report and written language

## RESUMEN

Esta investigación fue motivada por diversas investigaciones ya realizadas por estos autores, donde, a partir del análisis de los datos obtenidos, llegamos a conclusiones sorprendentes, o al menos no esperadas, que fue identificar que los registros eran limitados a la calidad, cantidad y esencia. Presupomos que los enfermeros, a través del lenguaje escrito, transmiten mensajes para los miembros del equipo de salud, con eso, informan en documentos, cual el estado de salud del cliente. A medida que profundizábamos nuestras reflexiones, notamos que estos utilizan un lenguaje muy particular, tal como, un mensaje cifrado solamente entendido por aquellos que comparten el mismo espacio de cuidar. Siendo así definimos el objeto como: El contenido del lenguaje escrito de los enfermeros y los mensajes contenidos en ella sobre los clientes cuidados en UTI. Partiendo de este, definimos los objetivos: Describir cuáles son los mensajes de los enfermeros que están contenidos en el lenguaje escrito acerca de los clientes cuidados; identificar cuál es el contenido de los mensajes contenidos en el lenguaje escrito sobre clientes cuidados en UTI; y analizar lo que fue identificado como contenido de los mensajes. Se trata de un estudio observacional, donde escogemos el método quanti-cualitativo y del análisis de contenido con la pretensión de describir, caracterizar y analizar el contenido y el mensaje contenidos en los registros sobre el cuidado de enfermería. El estudio fue realizado en tres Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de un hospital de grande porte de la ciudad de Río de Janeiro, siendo él una institución privada. Después de la recolección y análisis del material, definimos las categorías como: **CATEGORÍA 01: El común, autorizado y decifrável en los registros como lenguaje y mensaje del cuidado.** Trata del que los enfermeros observan y lo que relatan a partir de esto. **CATEGORÍA 02: El incomum, no autorizado e indecifrável en los registros como lenguaje y mensaje del cuidado.** Se refiere a un lenguaje cifrado, encontrada en los textos. **CATEGORÍA 03: El registro sobre los cuidados y conductas como lenguaje y mensaje de los enfermeros.** Se refiere a como los enfermeros trabajan con las conductas para el cuidado. Concluimos que los enfermeros no registran situaciones fundamentales que envuelven conductas de cuidar y no dejan transparecer una organización procesal en los registros que hacen. Los registros se muestran reducidos, incompletos y cifrados, denuncian una realidad que ha sido común en los diversos espacios donde clientes y enfermeros se encuentran. Notamos que hubo una correcta homogeneidad en el que interesa registrar que no espelhada el sujeto, pero la enfermedad. Las conductas para las implementações de la terapéutica se vuelven para el área biomédica y no para diagnósticos e intervenciones de enfermería.

Palabras llaves: Informe de Enfermería y el lenguaje escrito

## SUMÁRIO

Considerações Iniciais.....	13
Enquadramento Teórico.....	20
Sobre ENFERMAGEM, LINGUAGEM ESCRITA e MENSAGEM.....	20
Sobre REGISTRO como COMUNICAÇÃO ESCRITA.....	23
Enquadramento Teórico-metodológico.....	29
Sobre o Método.....	29
Sobre os momentos metodológicos.....	33
A) Espaço físico – a UTI.....	33
B) Produção de dados – Prontuários.....	34
C) Sobre o método de coleta.....	36
Trabalhando as informações colhidas nos registros.....	38
Primeiro momento: Pré-análise.....	38
Segundo momento: Explorações do material.....	39
A) Linguagem e as mensagens para avaliação dos níveis de consciência do cliente.....	39
B) A linguagem e as mensagens para os sinais e sintomas expressos no corpo.....	42
C) A linguagem e a mensagem cifrada.....	50
D) A linguagem e a mensagem dos Sinais Vitais – Hemodinâmica.....	55
E) A linguagem e a mensagem para os cuidados/ condutas de enfermagem.....	59
A busca da categorização.....	63
Organograma de Produção e Organização da Análise.....	64
Introdução à análise das categorias – o real e o inesperado.....	66

Primeira categoria: O comum, autorizado e decifrável nos registros como linguagem e mensagem do cuidado.....	68
Segunda categoria: O incomum, não autorizado e indecifrável nos registros como linguagem e mensagem do cuidado.....	74
Terceira Categoria: O registro sobre os cuidados e condutas como linguagem e mensagem dos enfermeiros.....	81
Considerações finais.....	90
Bibliografia.....	94
Cronograma.....	98
Anexos.....	99
Anexo nº 01.....	99
Anexo nº 02.....	100

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta investigação é o aprofundamento de uma pesquisa anteriormente realizada por nós intitulada: “*Registros em Saúde: Bases teóricas a partir do prontuário do cliente para a construção de Protocolos Interdisciplinares em registros de enfermagem*”.

No referido estudo, avaliamos a qualidade, a quantidade, o que se referia apenas à enfermagem e se esses possuíam um caráter interdisciplinar dentro dos registros elaborados por enfermeiros. Quando incluímos a interdisciplinaridade, nossa meta foi utilizar seus componentes como meio básico para a comunicação com os demais profissionais da equipe de saúde. Para fundamentar esse tema nos ancoramos nos pensamentos de Hilton Japiassu (1976) e Ivani Fazenda (1994) que destacam a disseminação da interdisciplinaridade no Brasil.

A partir da análise dos dados obtidos, chegamos a conclusões surpreendentes, ou ao menos não esperadas, que foi identificar que os *registros* eram limitados à qualidade, quantidade e *essência*<sup>1</sup>. Identificamos que existia uma “*ausência*” de informações importantes sobre o cliente e que suas implicações poderiam influir na memória (escrita) da enfermagem, caminhando para uma morte anunciada, isto é, a enfermagem não registra o que exerce como cuidado.

Como uma *experiência primeira*, sabíamos que estávamos diante de um obstáculo epistemológico necessário à formação do espírito científico, entendido por Bachelard (1996, p. 29) quando diz que:

*“O primeiro obstáculo é a experiência primeira, a experiência colocada antes e acima da crítica – crítica esta que é necessariamente, elemento integrante do espírito científico. Já que a crítica não pôde intervir no modo explícito, a experiência primeira não constitui, de forma alguma, uma base segura”.*

Nesse sentido, entendendo que o mais importante na ciência são as perguntas que ficam, ou que emergem das considerações últimas. Esse primeiro conhecimento produzido sobre os registros nos instigou continuar investindo em estudos relativos ao mesmo tema como bolsista de iniciação científica, como especialista em enfermagem clínica e cirúrgica, especialista em enfermagem intensiva de alta complexidade e, agora, como mestrando em enfermagem, integrante da linha de pesquisa “O Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de

---

<sup>1</sup> *Essência* é entendida pelos autores levando em consideração a maneira a que Aristóteles se refere, trazendo-a como elemento indissociável da palavra a qual se refere. Nos referimos, no estudo supracitado, aos elementos essências para a classificação de um registro de enfermeiros como tal, baseando-se em Virgínia Henderson (1989) com seus princípios das necessidades humanas básicas.

Pesquisar e de Ensinar” da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Quando continuamos a trabalhar com as informações presentes nos diversos estudos, percebemos que pulsava, por parte dos enfermeiros, um “estilo cifrado” de registrar/escrever sobre a situação dos clientes ou, sobre os cuidados realizados. Isso nos estimulou a um primeiro questionamento: Quando o enfermeiro realiza seus registros, que *mensagens*<sup>2</sup> estão contidas em sua linguagem escrita?

Sobre a linguagem escrita, temos apoio em Correa & cols. (2001, p. 11) quando dizem que “a linguagem escrita é anexada à produção de texto”, e se utilizam dos autores Pontecorvo, Orsolini e Resnick (1996) para dizer que: “a palavra *texto* conota a centralidade da escrita no processo de letramento”. Segundo as autoras, “o texto é a essência da linguagem, de forma que se tornar letrado é aprender a produzir e compreender textos”. De fato, referem, “a competência lingüística do indivíduo deve ser considerada algo muito além da palavra, da frase, devendo abranger tipos mais amplos de enunciados”.

Com estas reflexões iniciais, acreditamos que a construção deste estudo tem origem no pressuposto de que quando os enfermeiros realizam seus registros sobre as condições dos clientes ou sobre o cuidado prestado a eles, transmitem através da linguagem escrita, mensagens para os membros de sua equipe e da equipe de saúde. Com isso, informam em documentos – produção de textos – qual o estado de saúde do cliente, indicando intervenções diversas para toda equipe interdisciplinar, principalmente para a equipe de enfermagem.

Esse pressuposto está no estudo anterior, não tão explicitado como agora, mas que se associava a um problema maior que era a falta do hábito de registrar, que foi apresentado como variável do estudo primeiro, mas que, no entanto, não é objeto dessa propositura.

À medida que aprofundávamos nossas reflexões sobre as categorias encontradas no estudo anterior e continuávamos no exercício de cuidar em terapia intensiva, descobrimos que existia uma *forma explícita* nos registros sobre o cuidado prestado pelos enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI's). Eles se utilizam de uma linguagem muito particular, tal como, uma *mensagem cifrada* e centrada no discurso biomédico, tão somente entendido por aqueles que compartilham o mesmo espaço de cuidar. Observamos que os registros sobre o

---

<sup>2</sup> Entendemos *mensagem* como um espaço de conteúdos contidos na *linguagem* que possui significados próprios do cuidado de enfermagem, oferecendo-lhe uma característica própria.

cuidado de enfermagem seguem categorias analíticas como: códigos para doenças, medicamentos, cuidado, registro e evolução.

Cabe ressaltar que quando falamos em registro do *cuidado de enfermagem* nos referimos ao registro de uma ação incondicional do trabalho de enfermagem que envolve movimentos corporais, impulsos de amor, ódio, alegria, tristeza, prazer, esperança e desespero, pensar e sentir todos os sentidos. É o registro de uma “ação que transcende práticas e emoções” (FIGUEIREDO, PORTO E MACHADO, 1996). Assim, consideramos o real registro de enfermagem aquele que contemple estes elementos, diferenciando do registro da *assistência de enfermagem*, o que para nós é o fazer da enfermagem, não menos importante, mas insuficiente para englobar a complexidade de um Cuidado de Enfermagem.

Freqüentemente os conteúdos dos registros analisados são específicos da área da saúde, mas nem por isso, são entendidos por todos. Observamos a adequação da forma do discurso ao contexto, “o que determina uma série de decisões dos produtos e suas conseqüências à nível pragmático, semântico e verbal”, Teberosky (1997, p. 86).

Segundo Correa & cols. (2001, p. 11):

*“A produção de textos, oral ou escritos envolve conhecimentos diversos: cognitivos, lingüísticos e sociais. O produtor de textos [enfermeiro]<sup>3</sup> se depara com a necessidade de se gerar idéias e conteúdos [acerca dos clientes que cuidam]<sup>3</sup>, de fazer escolhas lingüísticas apropriadas (estrutura, organizadores textuais) de maneira que o texto atenda às demandas cognitivas (lógicas) e sociais (finalidade comunicativa do texto, contexto de produção [transmitir dados sobre a evolução do cliente]<sup>3</sup>).”*

Esse texto ao qual nos referimos é o registro de enfermagem que é produzido no espaço onde o cliente do cuidado se encontra, o qual neste estudo, escolhemos a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este espaço é entendido por Santos (1999, p.19), como:

*“Um conjunto indissociável de sistemas de objetivos e sistemas de ações que podemos reconhecer suas categorias analíticas internas. Entre elas estão a paisagem, configuração territorial, divisão territorial do trabalho, espaço produzido ou produtivo, rugosidades e as formas de conteúdo”.*

Partidários deste entendimento consideramos os profissionais que atuam dentro do ambiente de terapia intensiva, parceiros e participantes do mesmo sistema de objetivos e ações. Sendo assim, o conteúdo desta linguagem escrita deveria ser clara e objetiva, independente da

---

<sup>3</sup> Relacionamento com a Enfermagem feita pelos autores.

divisão territorial do trabalho, isto porque este espaço também é o lugar onde a comunicação verbal ou não verbal acontece entre os profissionais e os clientes<sup>4</sup>.

Segundo Jakobson (1977, p. 11), “no processo de comunicação, o destinatário da mensagem a decodifica através de um signo interpretante”. Ao analisar este trecho, pensamos que os leitores de registros de enfermagem podem retirar deste conteúdo, interpretações próprias, que possam indicar o cuidado de enfermagem realizado tendo por base a necessidade do cliente.

Para Jakobson (1977, p. 11):

*“[o instrumento principal da comunicação portadora de informação é a língua]. Não tanto a língua dos intelectuais, dos escritores, das pessoas douradas, opressivamente controlada pela gramática, como o falar de todos os dias, cujos trocadilhos, cujas invenções verbais, notadamente das figuras da linguagem, nos revelam as estruturas subliminares (patterns) a que recorre ao povo”.*

Esse mesmo autor, Jakobson (1977, p.23), afirma que:

*“um processo de comunicação normal opera com um codificador e um decodificador. O decodificador recebe uma mensagem. Conhece o código. A mensagem é nova para ele e, por via do código ele a interpreta”.*

Neste estudo, o codificador [enfermeiro], transmite a mensagem através de um código [língua portuguesa] e pretende transmiti-la a um decodificador [integrante da equipe de saúde que conhece o código]. O objetivo desta comunicação é a divulgação da mensagem [informação sobre a evolução clínica do cliente], para quem interessar decodificá-la [interpretá-la]. A intenção de qualquer codificador é ser entendido por cada decodificador, porém nem sempre esse objetivo é alcançado, como podemos observar no trecho escolhido por nós.

Para melhor esclarecer, reproduzimos abaixo o recorte de um registro de enfermagem, aqui entendido como uma mensagem que para nós apresenta-se cifrada – língua portuguesa na forma de cifra. Este registro foi retirado de um grupo específico que atua no espaço de uma UTI.

***“... pct em c.p. devido a TCE ap acid. de carro. Tem 35a, gest. 6m. L. tomo inform. les. sev. ,  
área hemo. ext. e FPT. S.V. em monitor, inst., Vent. por prot. vent. Família ct e inf q pct é  
doadora de org...”.***

---

<sup>4</sup> A denominação de cliente está de acordo com a portaria SAS (Secretaria de Desenvolvimento Social/ Ministério da Saúde) 202 de 19 de junho de 2001, que corroborou com o que determina a portaria nº 88 do Gabinete do Ministério da Saúde da mesma data, no que tange a necessidade de criação de uma nova cultura de atendimento aos usuários dos Serviços de Saúde, pautada no mais amplo respeito a vida humana, bem como os direitos de cidadania daqueles que eventualmente façam uso deles. É preciso destacar que ainda muitos profissionais da área da saúde se recusam a compreender o sujeito do cuidado como cliente. Surge a necessidade de adequação do novo modelo de cultura preconizado pelos órgãos oficiais.



A “tradução” [ou decodificação] desse registro é: “... paciente em coma profundo devido a traumatismo crânio encefálico após acidente de carro. Tem 35 anos, com seis meses de gestação. Laudo de tomografia informa lesão severa, área hemorrágica extensa e fora de possibilidades terapêuticas. Sinais Vitais ao monitor, instáveis. Ventilando através de prótese ventilatória. Família está ciente e informa que paciente é doadora de órgãos...”.

Ainda tentando esclarecer o que falamos, Jakobson (1977, p. 80), diz que:

*“O aspecto probabilístico do discurso encontra insigne expressão na maneira pela qual o ouvinte considera os homônimos, ao passo que, para quem fala a homonímia não existe. Quando se diz “vão” (adjetivo) ou “vão” (do verbo ir), ao passo que o ouvinte depende das probabilidades condicionais do contexto. Para o receptor, a mensagem apresenta grande número de ambigüidades onde não havia qualquer equívoco para o emissor”.*

Assim como na fala, as mensagens escritas podem ter um significado para o emissor – codificador e uma determinada interpretação para o receptor – decodificador. Os textos encontrados e analisados por nós em estudos anteriores sugerem interpretações ambíguas relativas à mensagem. Essa é uma questão que pulsa em nossas reflexões. Cada receptor poderá ter sua interpretação pessoal, fato que não deve ocorrer quando o que está em causa é a condição clínica do cliente; nesse caso, para esta informação não cabe interpretações diferentes. Ela, a mensagem, deverá ser a mais objetiva e clara possível.

O texto aqui apresentado como uma linguagem cifrada e depois decifrado por nós, fortalece a problemática deste estudo e traz como afirma Correa (2001, p. 11) “um gênero do texto produzido (...)”. O conhecimento sobre os gêneros textuais tem origem nas experiências vividas em situações e contextos sociais do cotidiano de cada indivíduo.

Esse registro nos fez acreditar que, além de um conteúdo específico e diferente traz, também, embutido uma nova qualidade do texto. Apesar deles existirem de diversas formas, apresentam-se de difícil compreensão, isto é, em experiências no espaço de cuidar, temos percebido que os enfermeiros estranhos ao ambiente: UTI, não compreendem o que é registrado, deixando claro que é uma linguagem escrita pertencente a um grupo específico.

Ao relacionarmos o registro destacado acima e as afirmações de Jakobson (1977), observamos uma característica ou tipo de mensagem inerente a um determinado grupo de enfermeiros transmitida em seus registros. Essa relação faz surgir questões que devem ser respondidas neste estudo, tais como: Que mensagens estão contidas na linguagem escrita dos enfermeiros quando registram seus cuidados no âmbito da Terapia Intensiva? Essas mensagens são claras para qualquer receptor decodificador?

No entanto, temos clareza que só encontraremos respostas se existirem registros. Assim, esse estudo pressupõe que os enfermeiros elaboram textos através da linguagem escrita, que expressam mensagens acerca do cliente que cuidam, sendo que, essa linguagem escrita apresenta-se de maneira adequada.

Cabe destacar que a ausência ou presença de registros inadequados não se enquadra no que determina a Resolução COFEN 272/ 2002 em seu artigo 1º, que determina que ao enfermeiro incumbe a evolução de enfermagem, que “é o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes”.

O mesmo ocorre em relação ao código de ética dos profissionais de enfermagem em seu Capítulo I, Seção I, das relações com a pessoa, família e coletividade, artigo 25º é de responsabilidade e um dever do enfermeiro, registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Essa problemática e questões aqui apontadas definem o **objeto** de investigação como: O conteúdo da linguagem escrita dos enfermeiros e as mensagens contidas nela sobre os clientes cuidados em UTI.

Definido o objeto de investigação, estabelecemos como **objetivos** do estudo:

- Descrever quais são as mensagens dos enfermeiros que estão contidas na linguagem escrita acerca dos clientes cuidados.
- Identificar qual é o conteúdo das mensagens contidas na linguagem escrita sobre clientes cuidados em UTI;
- Analisar o que foi identificado como conteúdo das mensagens contidas na linguagem escrita acerca dos clientes cuidados;

Este estudo justifica-se pela necessidade de ampliar as informações transmitidas pelos enfermeiros, assim como, a busca pelo tipo mensagem de escrita, o que determina o que fazem como profissionais.

Poderá nos indicar se há uma nova forma de registro sobre o cuidado exercido pela enfermagem. É necessário que os enfermeiros comuniquem-se através do conteúdo de seus registros de modo que possam ser entendidos por todos e conseqüentemente exerçam uma função

legal. Esse modo que pode ser “claro” ou “obscuro” na forma de se comunicar, até mesmo quando não registram ou “cifram” os conteúdos de suas mensagens.

Pretendemos encontrar respostas para a questão do registro de enfermagem que continua a nos incomodar. É de suma importância investigar como os enfermeiros estão registrando sua prática e que sentido podemos identificar. Orlandi (2002, p.37), diz, ao interpretar as formas do silêncio, que “para nosso contexto histórico social, um homem em silêncio é um homem sem sentido”, isto é, há sentido no que falam ou escrevem. Ainda revertendo este pensamento para a enfermagem, concluímos que, ao não registrar seus cuidados ou registrá-los de modo incompreensível, pode descaracterizar a enfermagem como uma profissão que busca cientificidade, como afirma Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Wilma de Carvalho, “a enfermagem é uma ciência em vias de construção”. Sem registro não há possibilidade de produzir conhecimento, assim, tal ausência não contribui para que a enfermagem alcance o status de ciência.

Podemos também, resgatar a importância legal e profissional dos registros que se perdem lentamente em outros registros simplificados. Isso deverá chamar a atenção de que é preciso saber que o registro é comunicação e que por isso é cheia de *cifras*, que precisam ser interpretados em benefício do cliente.

Continuaremos a resgatar e preservar a memória escrita do cuidado de enfermagem, elaborado por enfermeiros, caracterizando a mensagem transmitida por eles nos registros, como uma linguagem própria. Essa propriedade a que nos referimos diz respeito ao tipo de registro freqüentemente encontrado no âmbito da Terapia Intensiva, como pudemos ver anteriormente no texto extraído de evoluções de enfermeiros atuantes desse espaço.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### SOBRE ENFERMAGEM, LINGUAGEM ESCRITA E MENSAGEM

A Enfermagem, como qualquer outra profissão da área da saúde, tem uma função social, regulamentada a partir da Lei do Exercício Profissional em vigor e que tem como objetivo uma prática de cuidar do outro independente do ambiente onde ocorre o cuidado. Fundamenta-se cientificamente no exercício de suas ações e se mantém historicamente através de sua memória, que necessita de *registros*<sup>5</sup> de ações práticas de cuidar. Registros que devem descrever o quê, o porquê e o como faz. É através do que registra sobre seus clientes que novas atitudes são tomadas; que novos problemas são identificados; que novos processos são instaurados e sistematizados.

Um dos exemplos de ações, que se tornaram conhecidas através de registros, diz respeito ao sistema de assistência aos pacientes e à administração hospitalar que tiveram uma grande modificação já no século XV, com o Enfermeiro São Camilo de Lellis. Enfrentando muitas discórdias e tabus, este exigiu ventilação nas enfermarias e banho de leito nos pacientes internados. São Camilo cria o prontuário e exige que cada paciente tenha uma prescrição médica individual, prescrição de regime alimentar, um relatório de enfermagem a cada turno e que haja a passagem de plantão.

A exemplo das medidas tomadas por São Camilo, os hospitais de Roma, Gênova e Milão passaram a adotar informações escritas sobre os pacientes. Se tudo isso não tivesse sido registrado pouco saberíamos das intervenções de São Camilo para a profissão, que à época, não era chamada de enfermagem, mas entendida por pessoas que cuidavam de enfermos.

Provavelmente muitas experiências foram perdidas ao longo dos séculos devido à falta de registro ou por demora na decodificação das mensagens registradas, muitas pela linguagem utilizada e outras pelas descrições de desenhos rupestres, utilizados muitas vezes para retratar a época vivida.

---

<sup>5</sup> Registro neste estudo é uma ação onde o enfermeiro cria um texto acerca das condições do cliente – identifica, intervém e evolui sobre o estado daquele que ele cuida. Registro como uma linguagem escrita que contém mensagens acerca do cliente, de enfermagem, do contexto e das condições do cuidar.

No século XIX os registros de Florence Nightingale foram fundamentais para a fundação da Enfermagem Moderna, inclusive mostrando a importância da higiene, eliminação de infecções e o ambiente das organizações dos serviços.

O século XX é o espaço-tempo desencadeador de novas funções e atividades exercidas pela enfermagem, destacando-se: a organização dos serviços, processos administrativos e de cuidar, sistematização da assistência, auditorias, relatórios científicos e/ou serviços e produção de conhecimento como atividade científica onde os registros têm papel fundamental não só como ações de comunicação entre enfermeiros, clientes e equipe, mas como a preservação de sua memória.

Cada vez mais, é solicitado de nós enfermeiros o registro sobre o que fazemos, sobre problemas que identificamos e os resultados obtidos com nosso cuidado através de investigações.

Nesse estudo, trabalhamos com a idéia de que os progressos atuais, os registros não somente acerca de fatos, mas de problemas evidenciados no corpo dos clientes, máquinas utilizadas para o auxílio do cuidado e no ambiente provavelmente interferiram na linguagem, conseqüentemente no tipo de mensagem que os enfermeiros de terapia intensiva utilizam para transmitir o cuidado prestado. Futuramente esta mensagem na qual nos referimos dirá respeito a homens simbióticos – máquina humana ou homem máquina.

Passaremos a cuidar de braços e pernas mecânicos, corações, cérebros e pulmões artificiais, sinapses nervosas trocadas por conexões ópticas, olhos com diferentes níveis de *pixels* e etc, como parte integrante de um corpo prioritariamente biológico. Caminhamos para uma humanidade onde a tecnologia e os avanços da ciência virão a interferir diretamente nos corpos dos clientes, auxiliando em sua sobrevivência. A este fato voltamos nossa preocupação, o que conseqüentemente, influenciará nos cuidados a estes clientes dentro do ambiente hospitalar.

Há de se considerar que ao registrar, produzimos um texto através de uma linguagem escrita rica em mensagens decodificáveis, ou não, sobre o cuidado que fazemos.

Certamente, o cuidado de enfermagem não terá história e nem valor se não for registrado. E sem registro de uma profissão, não há maneira de resgatá-la, marcá-la em devido valor, entender e saber o que fez e faz. A ausência de registro torna ineficiente a tomada de decisões objetivas por parte dos enfermeiros, quando praticam o cuidado.

É sabido que a prática de enfermagem evoluiu em termos de conhecimentos técnico-científicos, mas ainda enfrenta um grande desafio, que é aplicar teoria à prática e adquirir novos

conhecimentos a partir da experiência vivenciada por ela, a enfermagem baseada em evidências, que provavelmente demandará, de nós enfermeiros, novos registros.

Santos (2001) em seu estudo sobre a percepção dos enfermeiros sobre o sistema manual de registro afirma que os enfermeiros são insatisfeitos com o sistema manual de registro porque o consideram limitado e ultrapassado, além de alegarem que os outros profissionais não lêem o que a enfermagem registra. Assim este autor conclui que o registro manual não satisfaz a complexidade da assistência de enfermagem, considerando-o desmotivante. Será este um dos motivos que levam a enfermagem estar cifrando e simplificando seus registros? Porque os outros profissionais não lêem o que é registrado pelos enfermeiros? Afinal, registramos o quê?

Dentre os instrumentos utilizados pela profissão, Nightingale instituiu a anotação das observações acerca do estado de saúde detalhado dos doentes em um relatório diário, dando origem ao que atualmente chamamos de “evolução de enfermagem”. (SILVA, 1995).

Desde 1970 que a enfermagem busca formas de registrar sua prática de definir processos e de fazer diagnósticos.

Em 1967, a enfermeira e professora Wanda de Aguiar Horta, afirmou que o futuro da enfermagem como ciência e sua autonomia profissional estava fundamentada no Processo de Enfermagem. Dizia que só assumiria sua responsabilidade legal perante o ser humano e comunidade sob sua responsabilidade, quando aplicasse sistematicamente uma metodologia de enfermagem – que imprescindivelmente necessita de registros.

A autora sugeriu etapas do processo, definindo-as como: Histórico de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Plano assistencial de enfermagem; Plano diagnóstico de cuidados; Evolução de enfermagem; e Prognóstico de enfermagem. Diante disso é possível perguntar como é possível atender todas essas etapas sem registrar?

O prontuário é um documento legal e de valor incomensurável, tanto para o paciente como para o hospital e para a própria comunidade. A anotação perfeita em prontuário de “tudo quanto se relacionar com o doente e com a enfermagem” constitui uma das obrigações legais do pessoal de enfermagem, expressamente disposta no Decreto 50.387/61, que regulamenta a Lei 2.604/55 do exercício profissional.

Ainda hoje, os programas de treinamento para o ingresso nos serviços hospitalares, onde os responsáveis pelo seu desenvolvimento são enfermeiros, fazem referências às anotações (registros) como atividade integrante e inerente à execução das tarefas de enfermagem.

Segundo Ribeiro (1972), “teoricamente todas as enfermeiras concordam com o valor do prontuário e a necessidade das anotações de enfermagem”, mas, na prática, observa-se que os prontuários continuam a não merecer a devida atenção do pessoal de enfermagem.

Um dos maiores problemas na enfermagem, apresentado pelos seus profissionais está relacionado aos registros de suas ações/atos. Hoje, a enfermagem perde sua história e a oportunidade de se estabelecer melhor como profissão científica por falta de registros claros, coerentes, conectados em suas partes, isto é, existe uma orientação de registro que diz respeito a: I) registros de tudo que encontra como sinais e sintomas mensuráveis através de instrumentos como temperatura corpórea, pressão arterial e pulsação; registra sinais de desvios no corpo como: manchas, coloração e temperatura da pele e de mucosas, movimentos anormais de marcha, de olhos, dentre outros; II) Os signos da expressão corporal (aquilo que o doente não informa), o que é percebido, o subjetivo, o que demonstram com expressões faciais, na posição do corpo, registra o diagnóstico e o plano de intervenção, a evolução e os resultados, utilizando-se de diversas orientações teóricas.

Em dias atuais, não de modo geral, existem instituições e serviços de saúde que registram sua prática. No entanto, em sua maioria, limitam-se ao registro de sinais e sintomas de ordem biomédica e esquecem de registrar características importantes como especificidades do cuidado de enfermagem.

Observar sinais, signos e gestos expressos pelo corpo do cliente, conversas, são exemplos de ações exercidas por enfermeiros que fazem parte do cuidado prestado e não são registrados em nenhum documento. Assim, a própria enfermagem vem perdendo não só sua essência, mas também seu espaço profissional.

É fato que os registros de enfermagem vêm sofrendo transformações em seu texto. Perdem espaço para uma linguagem específica, às vezes, cifrada de acordo com a área de atuação dos enfermeiros, mudando a forma de apresentação aos profissionais que lêem os prontuários dos clientes.

## **SOBRE REGISTRO COMO COMUNICAÇÃO ESCRITA**

É relevante destacarmos que os registros de enfermagem se originam de uma relação de cuidar e observar outro indivíduo. O objetivo desse registro é a informação sobre o sujeito do

cuidado. Eles reproduzem a linguagem falada e que às vezes são carregadas de mensagens do cuidado com o cliente. Informações captadas a partir do que observam, ouvem e sentem.

Vale destacar que nesse estudo nos deteremos apenas à linguagem escrita através da mensagem – mesmo assim ela não está desarticulada da linguagem falada, ambas estão imbricadas no processo final de registrar. Também é importante lembrar que linguagem diz respeito à língua que, por sua vez, é carregada de mensagens que estão na escrita ou na fala.

A distinção entre linguagem e língua, foi estabelecida por Saussure da seguinte forma:

*“A língua é um produto social da faculdade de Linguagem e ao mesmo tempo um conjunto de convenções necessárias adotadas pelo corpo social para permitir o exercício dessa faculdade nos indivíduos. Tomada em conjunto, a Linguagem é multiforme e heteróclita; sobreposta a domínios diversos – físico, fisiológico e psíquico – também pertence ao domínio individual e ao domínio social; não se deixa classificar em categoria alguma de fatos humanos porque não se sabe como determinar a unidade”.* (Cours de linguistique générale, 1916, p. 15, apud, Abbagnano, 2007).

Ao transformar o que falamos em textos, exaltamos a essência da linguagem, criamos imagens para a fala que são relativas ao sentido, por exemplo: “ Cliente apresenta-se hipertenso, cianótico, observou o horário correto da administração do medicamento”.

Ao observar os enfermeiros trabalhando em seus espaços de cuidar, ouvindo sua conversa ou lendo sobre seus registros é possível perceber o que eles falam e quais os tipos de mensagens podem ser transmitidas em seus registros. O enfermeiro registra, ou deveria registrar, o que emerge das interações corporais quando cuidam, e dessas interações, criam linguagens constituídas de gestos e de expressões. Desse registro podem surgir códigos de mensagens que possivelmente estarão na linguagem falada e escrita.

Embora a enfermagem não escreva fundamentada no saber lingüístico, parece correto afirmar que seus registros são operações de domínios consensuais próprios que resultam em ações – registros escritos – que devem apresentar sistemas de operações do pensamento e da prática, os quais aparecem em sua linguagem escrita sobre o cuidado.

Esta linguagem escrita também possui imagem, o que é dito por Santaella e Noth (1997, p.67), quando afirmam que “há duas linguagens, uma falada e outra escrita, e que há diversas formas de escrita. Há escrituras que brotam do mímico e do gesto”. Também afirmam que: “Há outras formas de escritas vinculadas propriamente ao olhar”. Na enfermagem, os registros são decorrentes do olhar [observar o cliente], tocar e ouvir os sinais e sintomas do corpo que é cuidado.



Para estes mesmos autores o que é mais fantástico na escritura, foi a intervenção do alfabeto fonético. Longe de ser uma cópia do som (imagem do som), o alfabeto codificou visualmente a descoberta de que os idiomas nascem de uma bateria combinatória, isto é, de um sistema de regras para a combinação basicamente arbitrária de um número finito e altamente reduzido de sons. Essa descoberta é importante na enfermagem quando se utiliza das informações cedidas pelo cliente que cuida – cópia do som – para transpor, em forma de registro, para um papel, tudo aquilo que será importante para a orientação do seu cuidado – mensagem escrita.

É a partir de suas interações corporais – entendemos assim como a linguagem constituída por gestos –, não só com seus clientes, mas com os outros profissionais que os cercam, que elas criam conteúdos de mensagens e os registram, ou deveriam registrar, nos prontuários dos clientes para o conhecimento de toda a equipe de saúde.

É possível afirmar que os textos escritos pelos enfermeiros interessam como um meio de comunicação para ele e para outros profissionais da equipe de saúde. Seus registros podem traduzir como avanço ou retrocesso na profissão e nos seus praticantes a partir de um estilo implícito nos registros. A este estilo implícito, refiro-me a linguagem que é utilizada nos ambientes hospitalares, principalmente na terapia intensiva. Ao afirmar que estes registros traduzem um avanço, seria uma maneira de pensar nos registros como uma evolução na linguagem utilizada por enfermeiros.

Textos que dizem respeito aos aspectos do corpo como: textura da pele, circulação, sinais vitais, aparência, sons diversos, cor e odor, seus medos, angústias e expectativas, além de buscar saber como essa mensagem escrita é constituída, queremos captar o que nasce como linguagem “técnica”, que na leitura não é identificável. Como exemplo: *G I, com FU 3cm, CA 92cm e SV norm*. Traduzindo: Gesta I, com fundo de útero medindo 3cm, circunferência abdominal de 92cm e sinais vitais normais. Esses registros abreviados começam a aparecer com certa constância em prontuários dos clientes internados em unidades de terapia intensiva – *códigos híbridos*<sup>6</sup>.

Podemos fazer um paralelo com as afirmações de Santaella e Noth (1997, p.69), quando abordam a questão tecnológica quando afirmam que:

*“... uma nova geração de designers gráficos que se deliciam na manipulação de letras, palavras configurações e desenhos nas telas informatizadas movidas a luz e cores que se multiplicam ao infinito, esse código híbrido já preenche todas as condições para se tornar dominante”.*

---

<sup>6</sup> Híbrido nesse estudo é entendido como um composto de elementos de línguas diversas.

Olhando para esse “*código híbrido*” nos questionamos, como enfermeiros, o porque disso acontecer? Será que as tecnologias encontradas hoje nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estão contribuindo para a codificação dos registros de enfermagem?

Inconscientemente os enfermeiros estão preparando registros codificados. Essa é uma forma de pensar que podemos estar nos encaminhando para novas formas de nos comunicar através de registros. É o que os autores acima citados nos apóiam e confirmam o que acabamos de dizer, quando fazem a seguinte afirmativa:

*“Não fosse pelo peso da presença da fala, da oralidade no cinema e televisão que faz equilibrar na balança a abrangência da escrita e imagem, a fala estaria reduzida hoje a situações de comunicação face a face” – “já é possível se pensar numa gramática dos tipos possíveis de funções desempenhadas pela imagem em relação a fala: função condutora, substitutiva, complementar, subordinada e ilustrativa. Disso se pode concluir que o código hegemônico deste século não está nem na imagem, nem na palavra oral ou escrita, mas nas interfaces, sobre posições e intercursos, ou seja, naquilo que sempre foi do domínio da poesia.”*

Eles falam a partir da linguagem escrita como em poesias, o que não impede de pensar na mensagem escrita de enfermagem como poesia, mas de registros que trazem uma “poético-estética” de lidar com o outro e registrar sobre isso. É também possível dizer que o registro é o dispositivo pelo qual a enfermagem faz suas anotações em prontuários que, são ao mesmo tempo, documentos históricos comuns aos enfermeiros, clientes, instituição e demais profissionais da área da saúde. Provavelmente, através deles, os enfermeiros apresentem o seu modo de observar, cuidar do cliente, criando conteúdos de mensagens inovadoras.

Os registros de enfermagem sobre os aspectos mais subjetivos decorrem de signos que o corpo expressa e que se tornam escritos. Se fizermos uma analogia quando Santaella e Noth (1997) ao dizerem que: “... o gesto é captado no desenho, na pintura...” – nós dizemos: É captado no corpo! – “... traz embutido tempo da leitura da imagem...” – É o tempo do cuidado e da captação do gesto! É impossível medir se nesses casos sua concepção foi lenta ou sofrida? Quantas interrupções e retomadas por intercorrências institucionais? Quantos retoques foram exigidos até sua finalização?

No entanto, mesmo quando não há esse tipo de registro, ao menos alguns sinais do processo de cuidar sempre ficam registrados na materialidade do produto, o cuidado realizado no corpo, tais como: repetições de traços (de cuidados), como das de tinta fina, esboços, rascunhos, correções, uma verdadeira exposição do tempo envolvido no processo de criação da imagem – na criação do texto após horas de cuidado.

Provavelmente encontraremos um estilo de registro que é sempre de um grupo, em um determinado espaço de tempo e que envolve o sujeito-perceptor – o enfermeiro, sua equipe e o objeto percebido – o sujeito de cuidado – o cliente.

Bardin (1977, p.35), em um esquema sobre os domínios possíveis de aplicação da análise de conteúdo fala dos números de pessoas implicadas na comunicação quando destaca o código como suporte lingüístico e a ESCRITA é uma delas. Ela pode ser um monólogo ou diálogo, grupo restrito ou comunicação em massa. Ao que nos interessa nesse estudo é o *diálogo* e *grupo restrito*.

Com relação ao *diálogo*, como código lingüístico e suporte escrito, Bardin (1977, p.31), define como: cartas, respostas a questionários, a testes projectivos e trabalhos escolares. *Grupo restrito* é relacionado à ordens de serviços numa empresa, todas as comunicações escritas trocadas dentro de um grupo.

Sabemos que articular esses teóricos com temas de enfermagem não é tarefa fácil e podemos cometer alguns “erros de analogia e de interpretação”. Mesmo sabendo desta possibilidade, esta parece a melhor opção para construir um texto onde não temos referente em enfermagem.

Segundo Santaella (1983, p.15): “a semiótica é a ciência geral de todas as linguagens e lingüística é a ciência que estuda a linguagem verbal”. Essa mesma autora, diz que quando consideramos a linguagem verbal escrita, não podemos considerar somente o modo de codificação alfabética criado e estabelecida no Ocidente a partir dos gregos, mas também os hieróglifos, pictogramas, ideogramas, formas essas que se aproximam do desenho.

Esse assunto não reporta apenas ao que é específico da área da lingüista e da filologia, que na idade moderna passou a ser designada como o estudo histórico da língua, mas ao que interessa ao sujeito que é linguagem, *que se apresenta a nós como movimentos corporais expressos em ações*.

Longe de pensar que os textos de enfermagem interessam a mídia como meio de comunicação é importante dizer que seus textos interessam aos leitores que lêem seus registros, evoluções, prontuários – documentação do cliente – e que é a partir deles que conhecemos os avanços ou retrocessos de sua evolução acerca da doença. Além disso, todo texto de enfermagem, nesse aspecto de registro é manual e envolve diversas pessoas escrevendo sobre o mesmo cliente.

Finalmente sabemos que a construção de textos está maciçamente em torno do que dizem os teóricos de semiologia – Semiótica. Por isso é inevitável passar por Saussure (1969) 1907 – 1911 – que fundou a lingüística estrutural e do estruturalismo nas ciências humanas e culturais do século XX. Ele não entende a língua sem fatos humanos e diz que a semiologia não pode ser conhecida como ciência se não for construída no seio da vida social. Sendo assim, ela é constituída de parte da psicologia social, por conseguinte a psicologia geral. Essa ciência deve mostrar como se constroem os signos e que leis os regem.

Sabemos que a língua “é um sistema de signos que exprimem idéias e é comparável por isso a escrita, ao alfabeto dos surdos, aos ritos simbólicos, aos sinais militares”, Saussure (1969). Isso pode nos ajudar a fazer uma leitura dos textos de enfermagem e encontrar signos. Por exemplo, neste registro de enfermagem:

***“na enfermaria 10, o cliente do leito 15, o senhor José, 43 anos, apresenta-se triste, cabisbaixo, com anorexia. Diz que está com medo do tratamento, tem uma família para criar e como é autônomo, precisa prover o sustento da família. Sua venda está fechada e precisa de alguém de confiança para substituí-lo...”***

Essa é uma a linguagem escrita que envolve as ciências da vida, e por isso, apresenta-se cheia de signos (significados e significantes) que estão destacados, porém não discutidos, como uma abordagem semiótica neste estudo e que tem uma imagem construída a partir da escrita.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

### SOBRE O MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, onde escolhemos o método quanti-qualitativo e da análise de conteúdo onde pretendemos descrever, caracterizar e analisar o conteúdo e a mensagem contidos nos registros de enfermagem sobre os clientes internados em UTIs. Utilizaremos a busca em prontuários, analisando-os e buscando interpretar os achados.

Quanto à pesquisa qualitativa Minayo Et. Al. (1995, p.21) preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado porque se trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização das variáveis.

Quanto à pesquisa quantitativa para Polit e Hungler (1995, p.18) envolve a coleta sistemática de informações numéricas normalmente mediante condições de controle onde se analisam as informações estatisticamente, mas neste estudo é voltado apenas para a organização dos achados não interferindo no experimento.

Para uma abordagem quanti-qualitativa, Polit e Hungler (1995, p.277), dizem que é aquela que “permite a complementação entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana”. Minayo (1997, p. 22), ainda complementa que “a diferença entre os dois métodos é de natureza, o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente excluindo qualquer dicotomia”.

Essa afirmação nos leva a refletir no que Bauer e Gaskell (2002) dizem a respeito das duas abordagens. Basicamente eles atribuem à abordagem quantitativa, uma análise estatística dos dados, e a abordagem qualitativa, uma análise interpretativa dos dados. Isso nos faz refletir que mesmo que a análise seja estatística necessitamos interpretar os dados para identificar o que dizem.

Estudo descritivo segundo Handem, Matioli e Pereira (2004), tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o

estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, como o questionário e a observação sistemática.

Cervo e Bervian (apud Handem, Mاتيoli e Pereira, 2004, p.118) ao abordarem o tema: análise documental, afirmam que neste tipo de pesquisas são investigados documentos a fim de se poder “descrever e comparar usos e costumes, tendências, diferenças e outras características”. A fonte da pesquisa pode ser extraída de documentos escritos ou não, como filmes, vídeos, slides, fotografias ou pôsteres. Estes documentos são utilizados em função de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (CARDOSO, 2000, p.31).

Para análise e discussão dos resultados produzidos quanti-qualitativamente optamos pela abordagem de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977) que tem como seu ponto de partida a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada.

Encontramos em Franco (2007, p.11), quando concorda com Pêcheux (1973, p.43) uma explanação sobre uma distinção que merece destaque - lingüística X análise de conteúdo -, já que o foco de nosso estudo é a análise de conteúdo. Eis:

*“O objeto da lingüística é a língua, quer dizer o aspecto coletivo e virtual da linguagem, enquanto que o da análise de conteúdo é a palavra, isto é, o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem... O papel da lingüística resume-se, independentemente do sentido deixado à semântica, à descrição de funcionamento da língua, para além das variações individuais ou sociais tratadas pela psicolingüística. Já, a análise de conteúdo trabalha a palavra, quer dizer, a prática da língua realizada por emissores identificáveis. A lingüística estuda a língua para descrever seu funcionamento. A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”.*

Partindo dessa premissa, entendemos que essa seria a opção mais pertinente, pois identificamos que não é só a enfermagem que está codificando seus registros. De uma maneira geral, os registros encontrados atualmente no âmbito hospitalar seguem uma linha que se diferencia da seguida em épocas anteriores, em relação à linguagem utilizada. Percebemos que de alguma forma os enfermeiros utilizam e traduzem a mensagem escrita do cuidado realizado por eles, porém não podemos afirmar que esta está de comum entendimento a todos os profissionais de enfermagem e demais interessados.

Neste estudo faremos o papel de um lingüista, que segundo Jakobson (1977, p. 78) é quem recodifica e traduz nos símbolos de uma metalinguagem os símbolos já existentes, que

estão em uso na língua da comunidade lingüística em questão. Do que falamos seria relativo às mensagens utilizadas por enfermeiros ao registrar o cuidado praticado.

Parece importante definir uma hipótese como guia quando afirmamos que é possível verificar o conteúdo dos registros sobre o cuidado de enfermagem diante dos documentos do cliente. Podemos identificar o que os enfermeiros registram, como o fazem e se esses conteúdos possuem clareza, coesão e síntese, capazes de serem lidos e decodificados por outros profissionais que manipulam os prontuários dos clientes além deles.

Os registros feitos pela enfermagem devem ser corretos, objetivos, descritivos e completos, evitando qualquer informação diagnóstica ou interpretação de seus achados. Observamos no recorte escolhido como problema que o registro de enfermagem não está sendo considerado pela própria enfermagem, o mesmo vem sendo realizado de maneira inadequada.

Buscar entender o que registram as enfermeiras poderá resolver questões que nos interessam. Sem destaque para a ausência, estaremos atentos à mensagem que é transmitida nos textos elaborados sobre o cuidado – de que forma os enfermeiros registram seus cuidados, a que regras eles obedecem quando registram?

Outra preocupação que temos, é que estas informações são importantes para a equipe de saúde, isto se considerarmos que a enfermagem permanece 24 horas diárias cuidando dos clientes, detectando e registrando seus sinais e sintomas. Assim, podemos pensar em registros que dêem uma identidade à enfermagem no que diz respeito à comprovação do cuidado que realiza e a manutenção da memória do cuidado.

Nosso interesse está no nascimento de novas formas ou novos conteúdos sobre o registro do cuidado e na possibilidade de aprofundarmos sobre o que é e o que escrevem os enfermeiros quando cuidam. Isso nos desperta uma reflexão sobre o que a enfermagem registra como ação fundamental da sua prática.

Identificar mensagens de conteúdos contidos na linguagem escrita do cuidado de enfermagem em prontuários de clientes internados em UTI leva-nos a pensar em uma forma de comunicação fundamental para a memória da profissão, cuidado, cliente e instituição.

Para Franco (2007, p. 07), a definição de símbolos, sinais e “mensagens de Deus”, marca a primeira tentativa de responder à questão “o que essa mensagem significa?”, que teve como foco a exegese dos textos bíblicos para que fosse possível compreender e interpretar as metáforas e as parábolas. Paralelamente investigaremos os conteúdos contidos nas mensagens escritas por

enfermeiros, buscando elementos que nos facilitem analisar supostos códigos encontrados e nos permita atribuí-los significados.

Quanto a isso começamos a introduzir Bardin (1977, p.29), quando diz: “desde que se começou a lidar com comunicações, que se pretende compreender para além de seus significados imediatos parecendo útil o recurso à análise de conteúdo”.

Quanto à análise de conteúdo, segundo Bardin (1977, p.31), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e não inclui um único instrumento, mas de uma série de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. Isso só poderá ser feito a partir de uma série de procedimentos de diversos objetivos obrigatórios, como se apresentam a seguir como termos passíveis de análise de conteúdo.

Para Bardin (1977, p. 32) o campo de aplicação da análise de conteúdo é vasto e, em última análise, “qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significação de um emissor para um receptor controlado ou não, por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo”.

Quanto à decisão analítica, funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Portando, a análise de conteúdo é um tratamento de informações contidas nas mensagens e pode ser uma análise de “significados” (exemplo: análise temática) embora possa ser também uma análise dos dados “significantes” (análise léxica, análise dos procedimentos).

Bardin (1977, p.39) ainda nos mostra que a análise de conteúdo é uma técnica que consiste em apurar descrições de conteúdo muito aproximativas, subjetivas, para por em evidência com objetividade a natureza e as forças relativas dos estímulos que o sujeito é submetido.

Como ela é feita do trabalho que o analista faz que é o de podar aquele que delimita as *unidades de codificação*, ou as de *registro*. Está de acordo com o material ou código e podem ser: a palavra, frase, minuto, ou até mesmo o centímetro quadrado.

Aqui decodificamos o que isso significa na linguagem de Bardin (1977, p. 30), quando nos diz que:

*“seja qual for a natureza do seu suporte o terreno da eleição é o código lingüístico que possuem duas funções: a primeira é a heurística – diz que a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, a propensão a descoberta – para ver o que dá. A segunda é a administração de prova – hipóteses sobre a prova de questões ou de afirmações provisórias*



*servindo de diretrizes, apelarão para o método de análise sistemática para serem verificadas no sentido de uma confirmação ou infirmação. É a análise de conteúdo para servir de prova”.*

Quando surge ambigüidades na referência dos sentidos dos elementos codificados, é necessário que se definam *unidades de contexto*, superiores a unidades de codificação. Isso significa dizer que as unidades de codificação não tendo sido consideradas ou tomadas em consideração ou no recenseamento das frequências permitem, contudo, compreender a significação dos itens obtidos repondo-os no contexto. Ela leva em consideração a totalidade de um “texto” passando pelo crivo da classificação.

Esse trabalho é denominado *análise categorial* que leva em consideração a totalidade de um texto – uma espécie de gaveta ou *rubricas significativas* que permitem a classificação de elementos de significação constitutiva das mensagens.

A análise de conteúdo tem a intenção e a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, ou eventualmente de recepção, inferência essa, que recorre a indicadores (quantitativos ou não). É dito que o analista trabalha como um arqueólogo; trabalha com vestígios: “os documentos”. Estes podem revelar vestígios que serão as manifestações de estados, de dados ou fenômenos.

## SOBRE OS MOMENTOS METODOLÓGICOS

### A) ESPAÇO FÍSICO – A UTI

O estudo foi realizado em três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de grande porte da cidade do Rio de Janeiro, sendo ele uma instituição privada. Esta foi a melhor maneira de buscar registros sobre o cuidado de enfermagem, possibilitando-nos a descobertas de formas de conteúdo utilizadas por enfermeiros que trabalham em UTI’s. Entendemos que apesar do cuidado de enfermagem seguir o mesmo princípio em qualquer ambiente hospitalar, a necessidade tanto institucional quanto de clientela pode ser diferenciada de acordo com o local onde serão coletados os dados.

A opção pela UTI deve-se ao acesso aos documentos onde os enfermeiros registram, nas 24 horas, o que fazem identificando, intervindo e evoluindo. Analisaremos uma quantidade significativa de textos/ registros – linguagem escrita, rica em mensagens sobre as condições

clínicas dos clientes e sobre os cuidados prestados. É um espaço de especialidades podendo caracterizar uma identidade particular acerca de clientes e enfermeiros.

Nossa análise foi facilitada por um ser local onde temos certa experiência de trabalho assistencial e conseqüentemente, manipulando alguns prontuários e observando os registros dos enfermeiros ao longo dos anos, temos maior facilidade em decodificar, mesmo que em certas vezes isso não sendo possível, as mensagens contidas neles. Isso nos causa uma inquietação, nos motivando à realização desse estudo.

Na instituição escolhida para a coleta de dados, temos um total de 04 Unidades de Terapia Intensiva, da qual, uma tem como foco a especialidade de Neuro-Intensivismo (08 leitos), outra Cardio-Intensivismo (10 leitos), um UTI dedicado a clientes em pós-operatório (12 leitos) e um UTI com características gerais (14 leitos). A estes números somamos uma quantidade mínima de enfermeiros por turno de trabalho, divididos em uma escala de trabalho de 12x36 (que se distribui como: a cada 12 horas trabalhadas, 36 horas de repouso), de 02 enfermeiros na unidade Neuro-Intensiva, 02 na Cardio-intensiva, 04 no UTI Geral e 02 no UTI Pós-operatório, gerando um total de 10 enfermeiros por turno nas unidades. Entendemos como turno, às 12 horas referentes ao serviço diurno (compreende de 07 horas às 19 horas) e as 12 horas referentes ao serviço noturno (compreende das 19 horas às 07 horas)

Cabe ressaltar que optamos por não analisar os registros dos enfermeiros que trabalhavam na UTI Pós-operatória existente no hospital escolhido para realização do estudo. Apesar de sabermos que esta unidade possui características de Terapia Intensiva como as demais, a clientela que por ali passa, em sua maioria, possui um reduzido tempo de internação, podendo influenciar na quantidade de registros encontrados. Sendo assim, não optamos por analisar dados daquele local.

## B) PRODUÇÃO DE DADOS – PRONTUÁRIOS

O espaço de produção de dados são os prontuários dos clientes, onde buscaremos evoluções dos enfermeiros (textos) sobre o cuidado realizado com os clientes que compreenderam desde o momento de sua admissão até sua alta, considerando a sua condição clínica.

Cabe ressaltar que **não foram considerados os nomes dos clientes aos quais os prontuários pertencem, tão pouco o nome do profissional que realizou o registro.** Buscaremos somente a análise do registro de enfermagem em si e a mensagem contida naquele texto.

Assim sendo, julgamos não haver necessidade de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido tanto para o cliente quanto para o profissional.

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, levando em consideração o atendimento a Lei 196/96, mesmo que não tenham seres humanos envolvidos diretamente na pesquisa e mediante autorização do coordenador da instituição para a coleta dos dados. Preservamos o nome da instituição mesmo após prévia autorização para realização da coleta de dados.

Optamos pela coleta de 30 registros de enfermagem, sendo este o “*n*” de nosso estudo. Como citado anteriormente, não consideramos o número de clientes e sim os registros de enfermagem em si – textos, para que assim pudéssemos extrair a mensagem neles contida.

O critério numérico será o de *registros (textos)* e **não** de clientes. Isto é, apenas um cliente poderá ter vários registros de enfermeiros diversos em seu prontuário. A quantificação da totalidade dos materiais colhidos será feita com base nestes registros, ou seja, se em um mesmo prontuário tivermos 15 registros, o número de textos analisados poderá ser igual a 15. Porém, os registros de fato analisados passaram pelo método de randomização selecionado por nós.

Os passos que seguimos para coletar informações e produzir dados foram as seguintes:

1<sup>a</sup>) Buscar o registro do profissional enfermeiro através do método de randomização, realizar uma fotocópia do mesmo e posterior digitação do texto com um intuito de facilitar a análise – preservando a identidade do cliente, enfermeiro e instituição, somente nos importará o texto e a mensagem contida nele.

2<sup>a</sup>) Destacar os conteúdos das mensagens de acordo com áreas do conhecimento de enfermagem.

3<sup>a</sup>) Leitura e organização das mensagens, identificação de possíveis novos conteúdos, de estruturas que possam confirmar as questões norteadoras desse estudo, os propósitos das mensagens e elementos de significação.

As informações relevantes, classificadas por nós, que foram encontradas nos registros de enfermagem no momento da coleta de dados foram anotadas em local separado identificando a

qual registro pertenciam, segundo identificação criada pelos autores, para uma posterior explicação, caso houvesse necessidade.

### C) SOBRE O MÉTODO DE COLETA

Para coletarmos os registros dos prontuários presentes na instituição escolhida, utilizamos a forma de randomização que consiste em selecionar ao acaso, ou seja, aleatoriamente textos escritos por enfermeiros sobre as condições dos clientes e os cuidados a eles prestados.

Os dados foram coletados no período de 25 de fevereiro à 07 de março de 2009. A maneira de escolha dos registros se deu da seguinte forma:

- A) Partindo do princípio de se tratar de uma instituição privada, mesmo que o cliente permaneça por longos períodos internados, seus prontuários são reduzidos quanto à quantidade de folhas referentes a sua evolução clínica devido à possibilidade de dano físico ao material. Sendo assim, parte deste é arquivado em local próprio destinado pela instituição, permanecendo evoluções referentes a até quatro dias anteriores ao presente. Ou seja, se a coleta de dado se deu no dia 25 de fevereiro, provavelmente encontraremos registros de profissionais que examinaram tal cliente desde o dia 21 de fevereiro. Salvo situações onde a presença destes registros é de extrema importância, como: resultados de exames, avaliações de especialidades clínicas diferenciadas, etc. Esta foi a disposição que encontramos ao manipular os prontuários.
- B) Já entendidos da escala de trabalho daquele local, sabíamos que poderíamos encontrar registros de vários enfermeiros em diversos clientes, e isso é de extrema relevância para nós, devido a possibilidade de variação de formas de registro e mensagem transmitida, tomando por base que cada enfermeiro apresente uma maneira de realizar o cuidado de enfermagem mesmo que estes sigam o mesmo princípio. Optamos então por sortear de maneira aleatória o registro que iríamos analisar – por cada cliente. Colocamos em três urnas, sendo uma referente ao Dia do Registro (sempre de maneira que os dias de escolha compreendessem até quatro dias anteriores à presente data), outra sobre Turno Analisado (Diurno ou Noturno) e outra referente ao Cliente de Análise (nesta urna levamos em considerações o número de leitos existentes na unidade) assim clareamos as possibilidades que tínhamos para análise. Notamos que todos os prontuários seguiam a mesma apresentação quanto ao registro de enfermagem. Tínhamos durante o turno, um registro que consideramos “principal”, ou seja, com uma análise mais detalhada sobre a condição

do cliente. E ao logo do período de trabalho, qualquer alteração relevante no quadro clínico<sup>7</sup> do cliente era evoluído/ registrado no decorrer do prontuário durante aquele dia. Optamos então por esse registro considerado “principal” devido a maior riqueza de detalhes encontrados.

C) Depois de escolhidos os textos a serem analisados, os retiramos do prontuário e optamos pela fotocópia, do tipo Xérox, do texto em si. Cabe ressaltar que preservamos a identidade do cliente, do enfermeiro que registrou e também da instituição (mesmo que tenhamos consentimento para a realização do estudo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de protocolo institucional 138/09).

D) Em posse destas fotocópias, optamos por digitalizar na íntegra os textos com o intuito de facilitar a análise do material encontrado. Tentamos fazer com que esta digitalização, utilizando o programa de edição de texto Word<sup>®</sup>, retratasse o mais fiel possível o original, sendo assim, utilizamos para retratar os símbolos encontrados no texto os mesmos símbolos que encontramos neste editor utilizado por nós. Não nos deparamos com nenhuma dificuldade para representar os símbolos encontrados nos originais.

Para oferecer maior privacidade aos produtores, assim como, facilitar a localização daquele texto dentro de nossa análise, atribuímos numerações para identificá-los. Sendo assim, cada texto analisado fica identificado como: Enfermeiro 01; Enfermeiro 02; etc.

E) De posse destes materiais, iniciamos a fusão entre os dados encontrados e as bibliografias que sustentam esta dissertação de mestrado.

---

<sup>7</sup> Entendemos por Quadro clínico como a forma pela qual o cliente responde a terapia e aos cuidados a ele prestados. A maneira que se encontra propriamente dita, as variações hemodinâmicas a suas repercussões.

## TRABALHANDO AS INFORMAÇÕES COLHIDAS NOS REGISTROS

Para iniciarmos a consolidação dos dados, é necessário mencionar alguns protocolos de cuidado ao paciente que são utilizados pela instituição e efetivamente aplicados pelos enfermeiros.

Acreditamos ser relevante esta menção devido a nos 30 registros analisados (100% de nossa amostra), há aplicação dos mesmos no início e no decorrer do texto. Como esse não será foco de nossa análise, cabe ressaltar alguns desses protocolos que são mais utilizados e qual a finalidade dos mesmos:

- *Protocolo de risco de lesão cutânea* – Escala de Braden: A este protocolo utilizado na instituição, atribuímos a importância de prevenir lesões à pele dos clientes cuja classificação está de acordo com uma escala internacional utilizada pela instituição.
- *Protocolo de nível de consciência* – Escala de Glasgow e Rass: Para a classificação é atribuído valor de acordo com essas duas escalas. A primeira refere-se ao nível de consciência dos clientes, a segunda refere-se ao nível de consciência quando o cliente utiliza algum tipo de medicamento sedativo.
- *Protocolo de avaliação de dor* – Escala visual analógica: Utilizada para clientes lúcidos e atende a padrões validados internacionalmente sobre quantificação de dor.
- *Protocolo de prevenção de queda*: tem por objetivo nortear as ações pelos profissionais relativos aos cuidados e condutas para prevenção de quedas do leito dos pacientes. Definição de queda: é o deslocamento não intencional do corpo para o nível inferior à posição inicial.

Ressaltamos a facilidade que obtivemos na coleta de dados, assim como, a colaboração dos enfermeiros, médicos e todas as demais equipes colaboradoras da instituição, que facilitaram o momento das retiradas de algumas partes pertencentes ao prontuário do cliente para que pudéssemos realizar a fotocópia do material.

O processo de organização da análise se deu em dois momentos:

PRIMEIRO MOMENTO: PRÉ-ANÁLISE

De posse de todos os textos, conteúdo dos 30 registros de enfermeiros sobre os clientes que cuidaram, iniciamos então uma operação de busca de como, por que e o que propõem os enfermeiros em seus registros.

Após análise minuciosa e exaustiva, identificamos nos textos uma linguagem que nos era familiar, esperada e outra cifrada, desconhecida e não decodificável. À medida que repetíamos a leitura, destacamos no texto, com canetas coloridas, o que era conhecido como informação acerca da situação e do tratamento de cliente. (destacado na cor vermelha) e o que estava codificado (destacado na cor verde). Desse modo, ao final da operação, saltava a nossos olhos textos decodificáveis e outros cifrados, criando num primeiro momento o *corpus* do estudo.

Identificamos neste *corpus* que os registros possuem uma linguagem e nos encaminhavam, em dados brutos a mensagens do que fazem ou qual a situação do cliente. Eram relatos que iniciavam com o nível de consciência, estado anatomo-fisio-biológico, mensurações de sinais de vida e tratamento/ situações específicas dos clientes.

#### SEGUNDO MOMENTO: EXPLORAÇÕES DO MATERIAL

Neste, tratamos os dados brutos de maneira significativa – considerar os registros como dados válidos. Assim, resolvemos destacar e mensurar cada registro, separando-os em rubricas, destacando do texto o que estava colocado, como:

#### A) LINGUAGEM E AS MENSAGENS PARA AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA DO CLIENTE

Quadro 01

ENFERMEIROS	MENSAGEM
01	<u>Acordada</u> , interage com o examinador
02	<u>Sonolento</u> , fácil de despertar, lúcido respondendo com clareza
03	<u>Sonolento</u>
04	<u>Lúcido</u>
05	<u>Acordada</u> , agitada, desorientada

06	<u>Acordado</u> , <u>lúcido</u> “algo orientado”
07	<u>Sedada</u> , sem interação com o examinador
08	<u>Sonolenta</u> , respondendo as solicitações verbais com dificuldade
09	<u>Lúcida</u> , orientada, respondendo as solicitações verbais
10	Não reage [este termo para os autores é considerado sinal de gravidade], <u>sedada</u>
11	<u>Acordado</u> , pouca interação com o meio - Glasgow 9
12	<u>Sedada</u> com MDZ 2ml/h. Rass: -4
13	<u>Sonolenta</u> , pouca interação com o examinador
14	<u>Acordado</u> , responde as solicitações verbais, com períodos de confusão mental
15	<i>Sem registro do nível de consciência</i>
16	<u>Sedado</u>
17	<u>Sonolenta</u> , desperta aos chamados, responde as solicitações
18	<u>Sedada</u> com MDZ 2ml/h. Rass: -4
19	<i>Sem registro do nível de consciência</i>
20	<u>Lúcido</u> , <u>orientado</u>
21	<u>Sedado</u> com MDZ e propofol, Rass: -3
22	<u>Lúcido</u> , <u>orientado</u> , cooperativo
23	<u>Lúcido</u> e <u>orientado</u>
24	<u>Sedado</u> , rass: -3
25	<u>Acordada</u> , <u>orientada</u> , glasgow 15
26	<u>Lúcido</u> , <u>orientado</u> , atende as solicitações
27	<u>Acordado</u> , não interage com o examinador
28	<u>Lúcido</u> , <u>orientado</u> , cooperativa as solicitações
29	<u>Sonolenta</u>
30	<u>Sonolenta</u>

► COMENTÁRIOS



Aqui é imprescindível se aproximar e olhar para o cliente e se acordado, lúcido ou sonolento há possibilidade de interação e saber qual sua posição consciente no espaço em que está, o dia, mês e ano, por exemplo. Provavelmente a conduta frente ao cliente estaria registrada, incluindo o que foi identificado e realizado como cuidado.

O que surge como dado importante, é que os enfermeiros se interessam por registrar o nível de consciência mesmo quando os clientes estão acordados. Aparentemente, analisando os registros, podemos imaginar que eles não conversam com seus clientes [ou ao menos não relatam este fato], assim como, não registram dados sobre a vida, necessidades, desejos, além de afirmarem com frequência que: “eles não interagem com o examinador” - como se os clientes não estivessem no leito.

O Quadro 02 mostra como se apresentam os clientes no que diz respeito a consciência.

Quadro 02

Nível de consciência	Quantidade de registro
Sedado	07
Acordado	08
Sonolento	06
Lúcido	08
Não reage	02
Sem registro	02

Neste quadro, o que nos chama a atenção seria a avaliação dos enfermeiros quando afirmam que: “o cliente não reage” (Enfermeiro 02). Como não reagem? A que os clientes não reagem? Não reagem aos cuidados de enfermagem, a estímulos, ou não em relação a seus familiares? Será que os enfermeiros têm a percepção de significantes emitidos pelos corpos em coma? O corpo fala mesmo quando aparentemente não exista expressão aos olhos destreinados de recém egressos no ambiente hospitalar.

Esses registros não são seguidos de nenhuma orientação como intervenção de enfermagem, mesmo quando afirmam que: “o doente está acordado, mas não interage” (Enfermeiro 27).

No entanto, foi possível identificar que em sua maioria, os registros iniciam-se com a preocupação em saber sobre o nível de consciência dos clientes: registros de *respostas do inconsciente*. Isso teoricamente demonstra a preocupação dos enfermeiros quanto à resposta dos clientes a seus estímulos, demonstra o início de abordagem do enfermeiro ao cliente, pelos registros apresentarem-se no início dos textos.

## B) A LINGUAGEM E AS MENSAGENS PARA OS SINAIS E SINTOMAS EXPRESSOS NO CORPO.

Quadro 03

ENFERMEIROS	MENSAGEM
01	<p>...“hipocorada, hidratada, acianótica, eupnéica, afebril. Pele com turgor e elasticidade (símbolo) , <i>MMSS</i> sem edemas, presença de flebite em <i>MSE</i> em uso de reparil gel. Acesso venoso em jugular” (...).</p> <p>...“Abdome flácido peristalse presente, diurese em fralda, região sacra e dorso íntegro, <i>MMII</i> sem edemas pulsos palpáveis extremidades aquecidas, ventilando em ar ambiente”.</p>
02	<p>...“acianótica, anictérica, mucosas coradas, pele com turgor e elasticidade diminuídos”.</p> <p>...“íntegros, simétricos, boa perfusão, apresenta fragilidade capilar, pele com turgor e elasticidade diminuídos”.</p> <p>...“Ap. Respiratório: eupneica, em ar ambiente sem suporte”...</p> <p>...“Dorso apresenta pequena ulcera por pressão, grau III, com esfacelo”...</p> <p>...“Ap. Urinário: Diurese espontânea em fralda.”</p> <p>...“simétricos, íntegros, com boa perfusão, sem edema. Apresenta hiperemia em calcâneos.”</p>
03	<p>... “sem queixas álgicas até o momento. Ao exame físico hipocorada (+/4+), hidratada, acianótica, anictérica, afebril, pele com turgor e elasticidade cutânea diminuídos. Ventilando espontaneamente em ar ambiente. <i>MMSS</i> sem edemas, pulsos palpáveis, extremidades aquecidas, boa perfusão capilar. Apresenta equimose em dorso da mão E em uso de reparil gel. Em tempo: com sutura em</p>

	região occipital. Acesso venoso periférico em <i>MSD</i> (jelco 22) salinizado sem sinais flogísticos em sítio de punção. Abdome flácido, indolor a palpação superficial, peristáltico. Dorso e sacra íntegros. Diurese presente e espontânea com bom débito. Função intestinal ausente até o momento. <i>MMII</i> sem edemas, pulsos palpáveis, extremidades aquecidas, panturrilhas livres.
04	... “Hipocorada, acianótica e anictérica. Pupilas isocóricas e fotorreativas. <i>MMSS</i> e <i>MMII</i> livres de edemas, com extremidades aquecidas e pulsos palpáveis. Mantendo órtese em mão <i>E</i> para sustentação. Curativo em região cefálica externamente limpo e seco. Curativo em região abdominal com <i>pollymen</i> instalado, externamente limpo e seco. Ferida cicatrizada em região sacra e trocanterica <i>E</i> .
05	... “Acianótico, anictérico, hidratado, normocorado, pele íntegra” ...“Pac c/ sutura em reg. Craniana. ...Abdômen flácido ...Dorso íntegro ... <i>MMII</i> s/ edemas” ... “eupnéica, saturando a 91% ao ar ambiente” ... “diurese espontânea presente, evacuações ausente até o momento”
06	... “Acianótica, anictérica, hipocorada +/4+ e mal distribuída. Pele com turgor e elasticidade diminuídos. Pulsos palpáveis e extremidades aquecidas. <i>MMSS</i> edemaciados +/4+. <i>MSD</i> com equimoses de fragilidade capilar. <i>MMII</i> sem edemas. ... “Abdome depressível, peristáltico, sem evidências de visceromegalias. <i>COE</i> para infusão de dietoterapia + administração de medicamentos. Resíduo gástrico zero nas últimas 24h. <i>FI</i> ausente”.
07	... “pupilas isocóricas e reagentes ao feixe de luz, hipocorada +2/+4, acianótica, anictérica, hidratada, extremidades aquecidas, pulsos palpáveis, bom preenchimento capilar. <i>MMSS</i> e <i>MMII</i> edemaciados +4/+4... ...“* Integridade cutânea: curativo cirúrgico em região saupra-púbica.”
	... “Hidratada, hipocorada, acianótica e anictérica.” ...“Ventilando espontaneamente em ar ambiente, sem esforço respiratório.

08	<p><i>MMSS</i> perfusos e aquecidos, sem edemas.</p> <p>Abdome globoso e flácido, indolor à palpação superficial, peristalse presente.</p> <p>Aferido circunferência abdominal.</p> <p>Dieta <i>VO</i>.</p> <p>Diurese espontânea presente. <i>FI</i> ausente até o momento (UFI 01/03).</p> <p><i>MMII</i> perfusos e aquecidos, sem edemas.”</p>
09	<p>... “apresentando desatração, normocorado, hipertenso 180 x 90 mmHg, acianótico, anictérico, <i>MMSS</i> e <i>MMII</i> livres de edema, com integridade cutânea, sem queixas álgicas.”</p> <p>... “Abdômen globoso, despresível peristalse +, relata última função intestinal ontem (19/ 02/ 09) às 07:00h).”</p>
10	<p>... “pupilas isocóricas e fotorreagentes, hipocorda (+/4+), hidratada, acianótica e anictérica, pulsos palpáveis, extremidades aquecidas e bem perfundidas, dorso íntegro, membros edemaciados (+/4+)...</p> <p>...“Suporte enteral pelo <i>CNE</i> fluindo dietoterapia à 30 ml/h <i>RG</i>=0, abdome globoso, flácido e peristáltico, <i>FI</i>: presente.”</p> <p>... “normotensa, bradicardico, afebril c/ diurese pelo <i>CVD</i> débito satisfatório.”</p>
11	<p>... “Paciente do sexo masculino, 63 anos, proveniente da emergência, diagnóstico de insuf. resp. aguda – <i>PNM</i> comunitária. Iniciou quadro de odinifagia e disfagia, evoluiu c/ dispnéia e há +/- 2 dias evoluiu p/ dispnéia de repouso, procurando então a emergência deste hospital. Realizada <i>VNI</i> na emergência”...</p> <p>... “pupilas isofotorreagentes. Corado, acianótico e anictérico. Extremidades aquecidas, enchimento capilar preservado. <i>MMSS</i> sem edemas. <i>MMII</i> levemente edemaciados. Integridade cutânea preservada.”</p>
12	<p>... “pupilas isofotorreagentes. Sem sinais de dor, score: 3pts. Hipocorada +/- 4+, acianótica, anictérica, hidratada. <i>MMSS</i> discretamente edemaciados. <i>MMII</i> livres de edemas, pulsos palpáveis, extremidades aquecidas, panturrilhas livres. Em uso de protetor de cabeça + botas salva-pés. Integridade cutânea preservada.” ...</p> <p>... “Abdome obeso, flácido peristáltico” ...</p> <p>... “normocárdica, normotensa, eupneica, afebril, oligúrica, glicemia horária”</p>
	<p>... “Pupilas mióticas e isocóricas. Acianótica, anictérica, hipocorada e hidratada.</p>

13	<p><i>MMSS</i> e <i>MMII</i> edemaciados, pulsos palpáveis e extremidades aquecidas. Integridade cutânea: lesão estágio II com <i>metaline</i> a atadura em calcâneo D.”</p> <p>... “Abdome globoso, timpânico e peristalse presente.”...</p> <p>... “Normocárdica, hipotensa, eupineica e febril. Anúrica, realizando diálise contínua com saída de 100 ml/h. Normoglicêmica.”</p>
14	<p>... “hipocorada, acianótica, anictérica. Integridade cutânea preservada. Sem edemas. Curativo cirúrgico em região abdominal limpo e seco externamente. Pulsos periféricos, palpáveis, boa perfusão capilar.</p> <p>... “Abdome globoso, flácido. Dois drenos de J. Pratz, um em cada flanco. Drenagem hemática pelos drenos.”</p>
15	<p>... “□ Exame físico: Anictérica, hipocorada, Turgor e elasticidades diminuídas. Fragilidade cutânea e Capilar.(...).Edema em <i>MMSS</i>. <i>PAM</i> em radial esquerda: boa curva ao monitor, bom refluxo (externamente limpo e seco). Perfusão regular em <i>MMIIs</i>.”</p>
16	<p>... “Pupilas isofotorreagentes, corada hidratada, acianótica e anictérica. <i>MMSS</i> e <i>MMII</i> edemaciados. Pulsos palpáveis. Extremidades aquecidas.”</p> <p>... “Abdome globoso, flácido. Peristalse presente.”</p>
17	<p>“Anictérica, hipocorada, acianótica, afebril, Pele com turgor e elasticidade diminuída com intensa fragilidade capilar.”</p> <p>... “<i>MMSS</i> edemaciados ++/4+, pulsos palpáveis, perfusão diminuída. Apresenta fragilidade em uso de <i>ativoderm</i> e manchas hiperocrômica e hematoma.”</p> <p>... “<i>MMII</i> edemaciado pulsos palpáveis perfusão diminuída.”</p> <p>...“Abdome globoso, peristáltico, indolor a palpação.”</p>
18	<p>...“Pupilas mióticas, isofotorreagentes, normocorada, hidratada. Acianótica, anictérica, afebril.”</p> <p>“<i>MMSS</i> e <i>MMII</i>: extremidades aquecidas, pulso palpável, livre de edemas.</p> <p>“Integridade cutânea: Ferida operatória cefálica limpa e seca sem flogose.”</p> <p>... “ventilação espontânea em ar ambiente.”</p> <p>... “Abdome flácido, peristáltico, sem visceromegalia. Dieta via oral. FI ausente.”</p> <p>... “Hipotensa, normocárdica, eupnéica.”</p>
	<p>... “Glasgow 15; acianótica, anictérica, hipocorada, apresentando, êmese de</p>

19	<p>coloração esverdeada; feito zofran; hidratada; MMSS sem edemas; queixa-se de desconforto no local da PAM; que foi sugerido pelo plantonista à retirar + CVD; panturrilhas livres; segue MPC + OP.”</p> <p>“√ Integridade da pele preservada.”</p>
20	<p>... “Pupilas isofotorreagentes, hipocorada, hipohidratada. Acianótica, anictérica, afebril, <i>MMSS</i> e <i>MMII</i>: Extremidades aquecidas, livre de edema, pulso palpável. Mantendo tala em MSE.”</p> <p>... “Integridade cutânea: Lesão estágio II com necrose em sacra. Ferida operatória e cefálica, mantendo curativo.”</p> <p>... “Traqueostomizada, acoplada à macro 6 lts/mim.”...</p> <p>... “Abdome distendido, tenso, peristáltico. <i>COE</i> para gavagem, em dieta zero. Eliminações intestinais presente em <i>SD 01/03/09</i>.”</p> <p>“Diurese espontânea em uso de fralda, anúrica.”</p>
21	<p>... “pupilas fotorreagentes; D discórica; acianótica; anictérica; hipocorada; hipohidratada; sem sinais de dor; MMSS e MMII aquecidos, pulsos +, mão D edemaciada + hematoma ; panturrilhas livres de empastamento”...</p> <p>“# Integridade cutânea: Hematoma + edema + escoriação em face, escoriação em ombro E, curativo cirúrgico em região nasal.”</p> <p>... “AR c/ MVUA c/ roncos em ápces e hemitórax bilateral, secreção mucóide à aspiração de TOT.”</p> <p>“# Padrão digestório: Abdome plano, peristalse inaudível, tenso, e distendido; R.G. ↑; glicemias alteradas; FI – até o momento.”</p> <p>“# Padrão Hemodinâmico: Afebril, normocárdico, hipotensa em uso de amina, diurese por CVD satisfatória, coloração esverdeada.”</p>
22	<p>... “hipocorada, acianótica, anictérica pulsos palpáveis e perfusos, <i>MMSS</i> e <i>MMII</i> livres de edemas, dreno de hemovac em região cervical. Curativo cervical.”</p> <p>... “Abdome flácido, peristálse”...</p> <p>... “Afebril, normotenso, normocárdico”...</p>
23	<p>... “Acianótica, anictérica e hipertensa. <i>MMIIS</i>, livres de edemas, pulsos palpáveis e extremidades aquecidas.”...</p> <p>...“Abdome globoso peristáltico. FI ausente”...</p>

	... “afebril, hipoglicêmica, normotensa, normocárdica”...
24	<p>...“Hipocorada, acianótica e anictérica. Pupilas isocóricas e fotorreativas. MMSS e MMII discretamente edemaciados, com extremidades frias e pulsos palpáveis. Luvas para aquecimento de mãos. Curativo em região cefálica, cirúrgico, externamente limpo e seco. PIC instalada com valores dentro da normalidade. Ausência de calota craniana em lado E, evito posicionar em DLE. Mantendo DVE fechada e zerada em tragus. Calota craniana sepultada em região abdominal, curativo externamente limpo e seco. Região sacral e dorso íntegros”.</p> <p>...“Abdome plano, flácido, indolor à palpação e peristáltico à ausculta. FI ausente até o momento.”...</p>
25	<p>... “abertura ocular espontânea. Pupilas isofotorreagentes. Hipocorada, hipohidratada, anictérica e acianótica. MMSSII aquecidos, edemaciados, com pulsos palpáveis e perfundidos perifericamente.”</p> <p>... “Equimoses em MMSSII. Lesões em MMSS e MIE.”</p> <p>“# Ap. Respiratório: Ventilando em ar ambiente, com auxílio de MNBZ à 5l/mim. Eupneica. MVUA sem RA.”</p> <p>“# Ap. Digestório: Abdome globoso, flácido, peristáltico, indolor à palpação Superficial e profunda. FI ausente até o momento. Dieta VO com boa aceitação”</p>
26	<p>...“Acianótica, anictérica, mucosas coradas, pele com turgor e elasticidade diminuídos.”</p> <p>...“MMSS: íntegros, simétricos, contidos, com PAM em axilar D, Curativo limpo e seco externamente. Edema +/4+.”</p> <p>... “eupneica, em macronebulização contínua.”</p> <p>...“abdome globoso, depressível, indolor à palpação superficial. Com SNE, dieta em <i>stand by</i>. FI ausente.”</p>
27	<p>...“hipocorada, Hidratada, acianótica, anictérica, afebril, Pele com turgor e elasticidade ↓ , MMSS sem edemas, pulsos palpáveis, extremidades aquecidas e perfundidas, Abdome globoso peristalse presente, SNE c/ dieta enteral diurese espontânea em fralda em uso de <i>dremodex</i> a cd troca de fralda (hiperemia perianal), acesso venoso salinizado em MSE jelco 20, MMII sem edemas pulsos palpáveis extremidades aquecidas e perfundidas,”...</p>

28	... “anictérico, acianótico, hipocorado, hipoidratado. MMSS e MMIIc/ edemas; Integridade cutânea preservada em dorso; Turgor e elasticidade da pele prejudicada”
29	...“Hipocorado (+/4+), anictérico, extremidades aquecidas. MMSS e II sem edemas. Pele íntegra. Abdome globoso, tenso (+/4+), peristalse débil, indolor à palpação. FI ausente até o momento. SNE com dieta 50ml/h. Retirado SNG.”
30	<p>...“acianótica, anictérica, mucosas coradas, pele com turgor e elasticidade diminuídos.”...</p> <p>... “<i>MMSS</i>: íntegros, simétricos, com boa perfusão”...</p> <p>...“eupneica, em ar ambiente, sem auxílio de <i>O2</i>”...</p> <p>...“abdome algo distendido, depressível, indolor à palpação superficial. Aceita dieta <i>VO</i>. FI ausente.”...</p> <p>...“Dorso: íntegro, normocorado”...</p> <p>...“<i>MMII</i>: íntegros, edema +/4+, boa perfusão. Apresenta hematoma em coxa <i>E</i>”...</p>

► COMENTÁRIOS

Cada fragmento destacado do texto são preparatórios para o encontro das categorias emergentes do estudo, que serão tratadas posteriormente, porém julgamos não retirar estas citações encontradas nos registros, para que os mesmos não fiquem sem sentido para acompanhamento do estudo.

Este é o texto mais denso e intenso encontrado nos registros e que nos indicam que os enfermeiros utilizam do olhar (observar), ouvir (escutar) e tocar para destacar no corpo físico-biológico sinais e sintomas de respostas sobre a doença e/ ou estímulos. Inicia nos olhos ao identificar reações pupilares e terminam na avaliação dos membros inferiores. Dentro desse processo de observar, identificam se as necessidades de oxigenação, alimentação e eliminação estão presentes.



A conclusão que chegamos na exploração e organização do material é de que a *linguagem* utilizada é a da doença – biomédica – comum no ensino e na prática de enfermagem, com *mensagens* que se comunicam em sinais e sintomas expressos no corpo dos clientes cuidados.

O enfermeiro destaca que o corpo do cuidado possui: reações de pupilas, mucosas, cor, elasticidade e turgor de pele, tipo de abdome, edema ou não em membros inferiores ou superiores, simetrias, temperatura, tipo de respiração, integridade (presença ou não de lesões), presença de escórias e risco de queda. Mas questionamos se estes sinais e sintomas são os únicos encontrados pelos enfermeiros, assim sendo, questionamos: será que os enfermeiros são capazes de observar além dos sinais clínicos?

Os registros são direcionados para outras áreas que não só a Enfermagem. Cabe lembrar que tudo o que foi encontrado nos textos produzidos pelos enfermeiros são de suma importância não só para estas outras áreas, mas também para que os próprios enfermeiros sistematizem a sua assistência.

Não observamos nenhuma evidência de que os enfermeiros se preocupem em registrar o corpo do sujeito como emissor e portador de expressão, sentimentos e emoções. É fundamental que os enfermeiros ampliem seus interesses para fora dos sinais e sintomas clínicos. Os desejos, gestos, emoções são fatores que se agregam aos sinais expressos pelo corpo dos sujeitos e que precisam ser valorizados no momento dos registros.

Os enfermeiros são habilitados para identificar, através de tecnologias, temperatura, pressão arterial, respiração, estímulos cardíacos. As formas de ouvir o que os clientes dizem como sintomas deveriam ser melhor trabalhadas para que houvesse um consenso, o que seria importante na sustentação da profissão: Enfermagem.

A linguagem é viva e repousa em registros sobre o corpo doente, com desvio de saúde, e em algumas situações de extrema gravidade. Não há registros sobre dor, morte, espiritualidade e a inclusão de familiares ou parentes na assistência aos pacientes.

Os enfermeiros provavelmente não se dão conta de que seus registros são imagens de comunicação, o retrato do seu cuidado, a prova de que existiram como profissionais e reiteram a presença da profissão no espaço do cuidado. O registro tem signos e significados, que não estão relacionados apenas a conteúdos e a materialidade (cor, forma, textura, suporte), mas também há outros textos – o da ação de cuidar, como nos lembra Brasil (1999, p. 09).

## C) A LINGUAGEM E A MENSAGEM CIFRADA

Quadro 04

ENFERMEIRO	MENSAGEM
01	Ausente
02	10:15h: Realizado curativo em AVFD, óstio sem sinais flogísticos ( <i>carimbo e assinatura</i> ) ---- Utilizado Clorexidina alcoólica, micropore e gaze.
03	Acesso vascular: acesso periférico em MSD J20, fluindo SF 0.9% e PVP em VFD com cateter de HD triplo lúmem.
04	... “como auxílio de MNBZ, 5l/mim. MVUA sem RA. SatO2: 98%”... ... “acesso periférico em MSD J20, fluindo SF 0.9% e PVP em VFD com cateter de HD triplo lúmem.”...
05	Ausente
06	... “Ventilando com auxílio de TOT n 8,0, CL: 22cm, acoplado ao Servo 300 no modo PSC CPAP, FiO2: 21%, VC: 425, FR: 10irpm; Sat 97%, peep: 8. Ausculta pulmonar: MVUA ↓ bases.” ... “PVP SCD fluindo Ringer III a 42ml/h. PAM em ARE com curva fidedigna no monitor.”
07	... “* TOT + VM SERVO 300, em CPAP, FiO2 26%, PEEP: 11, SPO2 97% AP: MVUA sem RA.” ... “PVC <i>on line</i> . MCC + OD.” ... “*PVPID fluindo soroterapia + sedação em BI, PAM AFD como bom refluxo sanguíneo e boa curva, PVPFE para HD.”
08	Ausente
09	Ausente
10	... “Acessos: PAM em ARD pérvea + PVSCD (3L) fluindo propofol á 15ml/h + MDZ á 5ml/h + SF 0,9% á 21ml/h.”
11	... “√ Ap. resp.: Resp esp acoplado à macro à 5l/mim. SaO2= 90%, FR: 28. AP: MVUA c/ roncos e sibilos.”

12	<p>... “# TOT (8,5) CL: 24cm + VM no Servo 300 em PSV com FiO<sub>2</sub>: 0,30%; PEEP: 8; PS: 11; VC= 390ml; FR: 22irpm; SatO<sub>2</sub>: 98%. Ap. MV ↓ bases, s/ RA. Sem secreção à aspiração.”</p> <p>... “# PVFD 3L fluído: SF0,9% 21ml/h; MDZ à 5ml/h.”</p>
13	<p>“Ap. respiratório: TQT + VM acoplado ao <i>Bennett</i>, modo espontâneo, PEEP: 8 cmH<sub>2</sub>O, PS: 16cm H<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub>: 0,45, FR: 17irpm, SatO<sub>2</sub>: 96%. À ausculta: MVUA s/ RA após aspiração de TQT.”</p> <p>... “Acesso: PVP JIE 3L fluído em via medial fentanil + MDZ + SF0,9%. PVP em FD para HD com via distal fluído NORA. PAM art. Radial D com boa curva ao visor.”</p>
14	Ausente
15	<p>... “□TOT acoplado ao Servo 300 marcando os seguintes parâmetros: FiO<sub>2</sub>: 0,21%; modo PS/ CPAP, PEEP: 8cm H<sub>2</sub>O. Boa expansibilidade pulmonar. Sat 97%. Aspirado VAS → saída de pouca secreção por VAS. Aspirado TOT → secreção algo hemática algo espessa.”</p>
16	Ausente
17	<p>... “Linhas de infusão: AVP em femoral D (TL) salinizado s/ sinais flogísticos + AVP em MSD jelco 22 fluído heparina 10ml/h, digo, à 7,8 ml/h. Digo por AVP em SCD (TL).”</p>
18	Ausente
19	<p>... “√ Padrão respiratório: Ventilando em ar ambiente; Sat: 96%, Fr: 16 à 21 irpm; AP: MVUA s/ RA; RCR 2T BNF;”</p>
20	<p>... “AC: BNF em 2T.”</p>
21	<p>... “# Padrão ventilatório: VM por TOT n 7,0 à 28cm da comissura labial acoplado ao servo 300 em modo PRVC; VC: 390 ml; FiO<sub>2</sub>: 36%; PEEP: 8. AR c/ MVUA c/ roncos em ápces e hemitórax bilateral, secreção mucóide à aspiração de TOT.”</p> <p>... “# Acessos e infusões: PVP SCD 3L fluído em lúmex proximal: nora à 8ml/h; lúmex distal fluído propofol à 6ml/h; lúmex medial fluído esmolol à 5ml/h. AVP MSD jelco 20 fluído soroterapia à 23.3 ml/h. PAM fem. E c/ cateter flotrac c/ IC= 2.5; curva padrão ao monitor.”</p>

22	... “Acesso vascular: PV MSE fluindo soroterapia, PV MSD salinizado.”
23	Ausente
24	... “Padrão ventilatório: ventilando por TOT, acoplado ao VM. TOT n 8,0. MVUA sem RA. Aos parâmetros: VC: 500 ml; PEEP: 10; FiO2: 35%; FR: 14; ETCO2: 35; SatO2: 96%. Pouco secretiva.” ... “Acesso vascular: PVP em VSCLD com cateter 3L; fluindo Ultiva (4ml/h), propofol (8ml/h), SF 2% (80ml/h) e <i>dripping</i> de insulina. PVP em VSCLE com cateter de <i>Sawn-Ganz</i> . PAM em ARD com curva satisfatória ao monitor.”
25	... “#Acesso: PVP em SCD, 3L, fluindo SF0,9% + Heparina à 9,8ml/h, na via proximal; Vias distal e medial salinizadas.”
26	Ausente
27	Ausente
28	... “*Acesso: PVP MSD fluindo: Ringer 21ml/h”...
29	... “Acesso venoso em MSD J 20 sem sinais flogísticos fluindo RIII 21ml/h.”
30	... “Ap. respiratório: eupneica, em ar ambiente, sem auxílio de O2, com MVUA, FR: 19ipm, SpO2 95%.”

### ► COMENTÁRIOS

Esses trechos selecionados dos textos produzidos pelos enfermeiros mostram um tipo de mensagem transmitida por eles quando descrevem sobre determinados parâmetros retirados de equipamentos utilizados para o cuidado, presentes em uma UTI. Observamos a presença de cifras, abreviações e siglas com predominância em questões como descrição dos parâmetros ventilatórios e acessos venosos de determinados clientes.

Existe uma unanimidade nos registros destes enfermeiros quanto à presença de uma linguagem que aqui chamamos de cifrada. Estes registros não são necessariamente entendidos quando observados dentro de um contexto. Quando observados separadamente, ou seja, o retrato fiel do que está escrito, complicam ainda mais o entendimento por si só, não só de profissionais que ali exercem funções relativas à área da saúde, quanto aos externos àquele nicho profissional.

A codificação de registros sobre o cliente e o cuidados prestados influenciarão nas pesquisas sobre a profissão e na construção da Enfermagem como uma ciência da saúde.

A linguagem e a mensagem desses registros não são entendidas por qualquer profissional, a não ser aqueles que trabalham nesse espaço que é freqüentado por “poucos” ou pelos “especialistas”, aqueles que detêm o saber destas siglas e abreviações, não autorizadas, em sua grande maioria.

Provavelmente não é apenas este um dos motivos. Achemos importante destacar com quantas cifras trabalham aqueles que cuidam. Elaboramos em um quadro as cifras mais encontradas nos textos e tentamos decodificá-las abaixo. Essa decodificação só foi possível porque o ambiente de Terapia Intensiva e os cuidados ali realizados são familiares aos autores desse estudo, assim como os termos utilizados.

Quadro 05 – A diversidade de codificações e suas decodificações.

ORDEM	CIFRAS	DECODIFICAÇÃO
01	ARD	Artéria radial direita
02	AV em FD (TL)	Acesso venoso em femoral direita (triplo lúmem)
03	PVP em VSCLD (TL)	Punção venosa profunda em veia subclávia direita (triplo lúmem)
04	PVP em VJID	Punção venosa profunda em veia jugular interna direita
05	AP com MVUA	Ausulta pulmonar com murmúrios vesiculares universalmente audíveis
06	RA	Ruídos adventícios
07	RCR 2T BNF	Ritmo cardíaco regular em dois tempos
08	BNF	Bulhas normofonéticas
09	RG	Resíduo Gástrico
10	BH	Balanço hídrico
11	MMII	Membros inferiores
12	MMSS	Membros superiores
13	MSE	Membro superior esquerdo
14	MSD	Membro superior direito

15	AGE	Acido graxo essencial
16	AVP em VFD	Acesso venoso profundo em veia femoral direita
17	AVFD	Acesso venoso em femoral direita
18	UCI	Unidade cardio-intensiva
19	MNBZ	Macronebulização
20	J n 20	Jelco número 20
21	HD	Hemodiálise
22	MCC+ OD+ PNI+HGT	Monitorização cardíaca+oximetria digital+pressão não invasiva+haemogluco teste
23	VO	Via oral
24	BI	Bomba infusora
25	COE	Cateter oro-entérico
26	SNE	Sonda nasoentérica
27	FI	Função intestinal
28	TOT	Tubo orotraqueal
29	CL	Comissura labial
30	CVD	Cateter vesical de demora
31	TOT + VM	Tubo orotraqueal + ventilação mecânica
32	D1 – D5	Dia 01 – dia 05
33	UFI	Última função intestinal
34	MDZ	Midazolan <sup>®</sup>
35	AP	Auscul ta pulmonar
36	PNM	Pneumonia
37	TQT	Traqueostomia

Vale destacar que estas formas de codificação aparecem no texto de um modo geral e em especial naqueles que dizem respeito a tratamentos, medicamentos ou aparelhos, que são utilizados pelos clientes.

Outro fator importante são as inúmeras variações de siglas encontradas nos textos. É de conhecimento de todo profissional que trabalha em UTI's que existem algumas siglas que são padrões internacionais, podendo serem utilizadas em textos na área da saúde. Entretanto, nos

textos analisados, uma grande variação destas siglas internacionais são apresentadas. Esse fato nos leva a refletir no real conhecimento destes padrões e reavaliar os significados, para que quando haja necessidade de uma acareação nos registros não tenhamos avaliações inesperadas do cuidado exercido por enfermeiros.

Fatalmente a presença destas cifras farão parte dos registros em Terapia Intensiva não só pela equipe de enfermagem como também pela equipe de saúde, com o objetivo de se otimizar as evoluções, tornando essa ação mais objetiva e funcional de maneira que se adeque à agilidade do serviço e à exigüidade do tempo.

#### D) A LINGUAGEM E A MENSAGEM DOS SINAIS VITAIS - HEMODINÂMICA

Quadro 06

ENFERMEIRO	MENSAGEM
01	Hemodinâmica: PA: 136 x 76 mmHg FC: 68 bpm FR: 18 (símbolo) SatO2: 96%
02	Padrão hemodinâmico: PA.: 140 x 59 mmHg; F.C: 59 bpm. A.V. em F. D. (T.L.) salinizado. (carimbo e assinatura)
03	Padrões hemodinâmicos: PA: 152 x 56 mmHg, FC: 60 bpm; FR: 13 irpm; SO2: 93%.
04	Hemodinâmica: PA: 153 x 76 mmHg FC: 121 bpm FR: 20 irpm TEMP: 37 C
05	Padrões hemodinâmicos: PA: 153/ 67mmHg, 75bpm, 23irpm, 36.3 C.
	Hemodinâmica: afebril, eupnéica, hipertensa, FC: 83 bpm, glicemia tendendo a

06	elevada em uso de suporte insulínico SC.
07	* Normotensa, normocárdica, febril, CVD com DU. PVC <i>on line</i> . MCC + OD.
08	Ausente
09	Hemodinâmica: PA: 150 x 61 mmHg FC: 86bpm FR: 25 irpm T: 36,5 C SO2: 91%
10	Hemodinâmica: normotensa, bradicárdico, afebril c/ diurese pelo CVD débito satisfatório
11	√ Hemodinâmica: FC: 89bpm PA: 166 x 76mmHg M= 96mmHg Afebril DU espont – presente Glicemia ↑ - reiniciado dripping insulina à pedido do MP à 2ml/h conforme protocolo.
12	# normocárdica, normotensa, eupneica, afebril, oligúrica, glicemia horária.
13	Hemodinâmica: Normocárdica, hipotensa, eupneica e febril. Anúrica, realizando diálise contínua com saída de 100 ml/h. Normoglicêmica.
14	Taquicárdica (102bpm) com ritmo regular, hipotenso, afebril. Diurese por sonda vesical.
15	□ Diurese presente através de CVD (de coloração avermelhada, bom débito), afebril, taucardia leve, hipertensão moderada, satO2 97%.
	#Hemodinâmica: FC-



16	FR- Tax- PA- CVD – baixo débito
17	Padrões hemodinâmicos: PA: 135 x 82mmHg; P: 86 bpm; R: 16irpm, Sat 97%.
18	Hemodinâmica: Hipotensa, normocárdica, eupnéica, SpO2: 96%. Segue sob os cuidados de enfermagem.
19	√ Hemodinâmica: PA: 138 x 58mmHg, FC: 72bpm, Tax: 36.2 C; diurese através do CVD; mantém bom débito de coloração amarelo âmbar; glicemia OK;
20	Hemodinâmica: hipertensa, taquicárdica, SpO2: 95%. Segue sob os cuidados de enfermagem.
21	# Padrão Hemodinâmico: Afebril, normocárdico, hipotensa em uso de amina, diurese por CVD satisfatória, coloração esverdeada.
22	Hemodinâmica: Afebril, normotenso, normocárdico, diurese por CVD.
23	Padrão hemodinâmico: afebril, hipoglicêmica, normotensa, normocárdica, diurese em fralda.
24	Hemodinâmica: PA: 128 x 60mmHg FC: 90bpm FR: 14irpm Temp: 36 C Diurese por CVD com débito satisfatório. Segue aos cuidados intensivos.
25	# Hemodinâmica: Normocárdica, normotensa, afebril. Afebril. Diurese por CVD, bom débito, coloração âmbar. SatO2: 97%.
26	Padrão hemodinâmico: PA: 131x24 mmHg; FC: 60 bpm; FR: 16 ipm.
	Hemodinâmica

27	PA 125/ 75 mmHg FC 83 bpm FR 18 irpm SatO2 96%
28	* Hemodinâmica: Normocárdico Normotenso Afebril Eupneico
29	PA 135 x 75 FC 88 FR 21 SO2 96% Afebril, sem dor.
30	Padrão hemodinâmico: PA: 148 x 49 mmHg; FC: 59 bpm;T: 36

► COMENTÁRIOS

Consideramos que a mensagem transmitida nesses trechos selecionados representa somente a transmissão de uma linguagem que é registrada através de tecnologias de mensuração. São sinais que indicam a presença de um corpo vivo que possui pressão arterial, temperatura e incursões respiratórias - hemodinâmica, necessidades vitais. Observamos que este registro funciona como uma rotina, sem nenhuma intervenção, a considerar aquelas que apresentam alterações nos padrões hemodinâmicos de normalidade, o que não é objeto deste estudo.

A linguagem aqui utilizada diz respeito à parâmetros reproduzidos de tecnologias utilizadas no auxílio do cuidado. Geralmente a mensagem traduz, no momento que o texto é produzido, qual a condição hemodinâmica do cliente e não demonstra nenhuma intervenção de enfermeiros a partir dos valores apresentados, haja vista que posteriormente trataremos de outra linguagem encontrada sobre as “condutas de enfermagem”, e que ao compararmos com os parâmetros hemodinâmicos encontrados, vimos que não há relação entre eles.

Em suma, os registros encontrados sobre os valores hemodinâmicos, são *retratos* do que é observado no momento da avaliação dos enfermeiros.

## E) A LINGUAGEM E A MENSAGEM PARA OS CUIDADOS/ CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Quadro 07

ENFERMEIRO	MENSAGEM
01	Mantendo quadro clínico. Mantendo estabilidade hemodinâmica.
02	Ausente
03	Ausente
04	Segue aos cuidados intensivos.
05	Programação: Tilt Test amanhã. Solicitado parecer da ortopedia Segue aguardando (carimbo e assinatura)
06	Ausente
07	Realizado higiene corporal, oral, ocular. Trocado fixador de TOT e filtro bacteriológico. Trocado curativo de óstio de punção sem sinais flogísticos. Utilizado: gaze + clorexidina alcoólica + micropore. Trocado curativo de incisão cirúrgica em região supra-púbica. Utilizado: gaze + clorexidina alcoólica + micropore. Trocado curativo em MSE. Utilizado: gaze + atadura + clorexidina alcoólica.
08	Ausente
09	Ausente
10	Ausente
11	√ Procedimentos: - monitorização SV: PA, resp., SaO2, FC. - aferição de glicemia e Tax - Mensuração massa corpórea.
12	# Conduas: Vide BH.
13	Conduas: Vide BH.

14	Conduta: MCC + OD + PNI + HGT.
15	<p>Condutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizado higiene corporal + oral no leito</li> <li>- instalado filtro bacteriológico + fixador de TOT + nasodren</li> <li>- realizo curativo em subclávia direita e PAm em radial esquerda: óstio sem sinais flogísticos. Faço com transpore + gaze estéril + clorexidine alcoólico.</li> <li>- região inframamária encontra-se bastante hiperemiada → utilizo AGE</li> <li>- retiro curativo em coxa interna direita → passo AGE</li> <li>- pavilhão auricular direito → retiro e passo AGE</li> </ul>
16	<p># Cd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar nível de consciência</li> <li>- Avaliar pupilas</li> <li>- Realizar escala de dor</li> <li>- Cuidados gerais de enfermagem</li> </ul>
17	<p>Conduta:</p> <p>Avaliar padrões hemodinâmicos</p> <p>Avaliar nível de consciência</p> <p>Avaliar padrão respiratório</p>
18	<p>* Condutas de enfermagem*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar nível de consciência</li> <li>- Avaliar dor</li> <li>- Inspeccionar integridade cutânea</li> <li>- Avaliar pupilas</li> </ul>
19	Ausente
20	<p>* Condutas de enfermagem*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizado higiene oral, corporal, íntima e ocular;</li> <li>- Aplicado hidratação corporal;</li> <li>- Pesado no leito;</li> <li>- Realizado curativo abdominal. (ferida operatória). Utilizado SF0,9%, ativoderme, e 01 <i>polymen</i> grande e 01 <i>polymen</i> pequeno.</li> </ul>

	<p>- Apresenta escoriação em trocanter E. Utilizado 01 <i>polymen</i> grande + ativoderme.</p> <p>- Lesão estágio II em sacra com necrose. Utilizado SF0,9%, <i>polymen</i> grande.</p> <p>- Trocado <i>allevyn</i> e fixador de TQT.</p>
21	# conduta: Realizado higiene íntima + oral + ocular; Avaliar sinais de desconforto.
22	Ausente
23	<p>Condutas:</p> <p>Avaliar escala de dor</p> <p>Avaliar nível de consciência</p>
24	Segue aos cuidados intensivos.
25	<p>#Conduta:</p> <p>Avaliar padrão respiratório;</p> <p>Avaliar padrão hemodinâmico;</p> <p>Avaliar nível de consciência;</p> <p>Realizar higiene íntima + oral + ocular.</p>
26	Ausente
27	Ausente
28	Ausente
29	<p>Condutas:</p> <p>Realizado higiene corporal no leito</p> <p>Mudança de decúbito de 2/2h</p> <p>Monitorização hemodinâmica.</p>
30	Mantendo observação.

► COMENTÁRIOS

Nesta rubrica observamos uma particularidade. Nem todos os registros de enfermeiros analisados possuíam Condutas de Enfermagem descritas. Demonstramos este fato através do

destaque dado aos enfermeiros de acordo com a classificação numérica e os definimos como “Ausente”.

Nos registros de sinais, sintomas, exames realizados pelos clientes, preparação para o momento da alta, notamos que a linguagem continua centrada na doença. Normalmente, no que está proposto como intervenções, não existem explicações ou orientações trabalhadas. O que existe são orientações subentendidas como: “Segue aos cuidados”, “mantendo observação”, “vide BH” [entendido por nós como: Balanço Hídrico]. Mas do que tratam estes registros? Onde podemos encontrar suas ações?

A mensagem que pulsa na linguagem escrita é de um *mandar fazer algo* que foi, ou será feito; de uma orientação em observar, avaliar, medir e mensurar. Não há registro sobre os clientes e suas famílias, seus desejos, espiritualidade, emoções. Não há a presença da *arte do cuidar* nos registros de enfermagem. No entanto, é possível identificar uma frequência de verbos no infinitivo como: fazer, observar, avaliar, realizar, medir e mensurar, como uma ordem para que alguém as realize. Observamos em apenas três enfermeiros (07, 15, 20) o registro do que fizeram, através do verbo que utilizam: “feito” e “avaliado”.

Notamos frequentemente que os enfermeiros lançam mão de ilustrações no decorrer dos textos. Estas, como nos referimos na metodologia deste estudo, foram encontradas também no editor de textos Word<sup>®</sup> utilizado no momento da digitalização do material coletado, o que facilitou sua representação.

## A BUSCA DA CATEGORIZAÇÃO

Consideramos os itens de A a E como rubricas, como demonstrado:

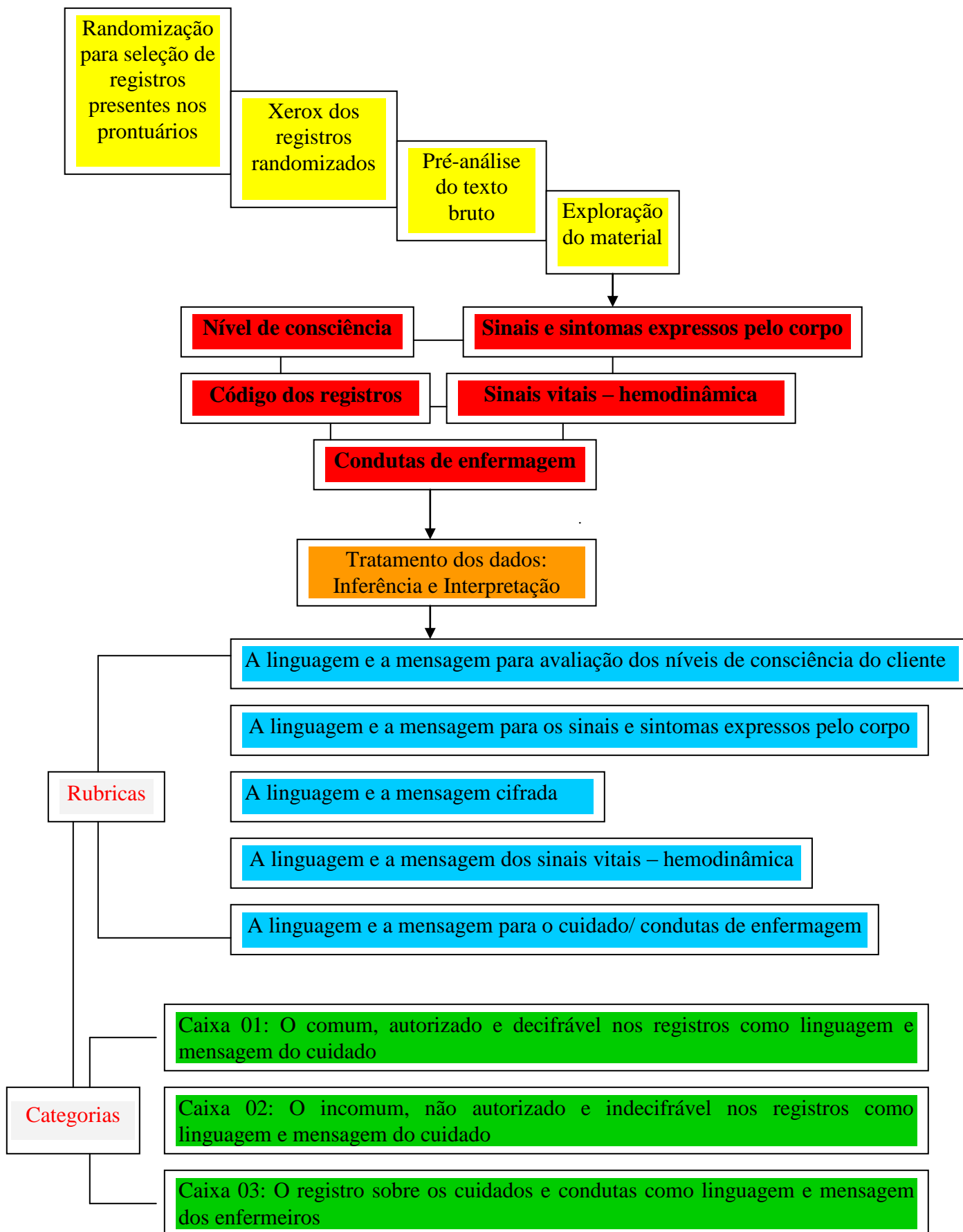
- A) A linguagem e a mensagem para avaliação dos níveis de consciência do cliente;
- B) A linguagem e a mensagem para os sinais e sintomas expressos pelo corpo;
- C) A linguagem e a mensagem cifrada;
- D) A linguagem e a mensagem dos sinais vitais – hemodinâmica;
- E) A linguagem e a mensagem para o cuidado/ condutas de enfermagem.

Nestas rubricas encontramos unidades de registro que são os elementos contidos em todas elas, onde cada uma representa um título genérico que dão conta do primeiro objetivo do estudo – Identificar qual é o conteúdo da linguagem escrita e que mensagens estão contidas nela sobre clientes cuidados em UTI.

Optamos, nessa nova organização para chegar à categorização, pelo sistema de procedimentos por “*caixas*”. Destacamos os temas que dizem respeito aos registros que são comuns, autorizados e decifráveis como **caixa 01**, aos temas incomuns, cifrados como **caixa 02** e aos que se referem aos cuidados e condutas dos enfermeiros como **caixa 03**.

Cada caixa representada influi na construção das categorias desse estudo. Para clarear nossa idéia de representação desse estudo sobre nossa construção do pensamento, trazemos um Organograma de Produção e Organização da Análise a seguir.

Organograma de Produção e Organização da Análise





De posse deste organograma que representa trajetória delineada no estudo, os quadros construídos e os comentários tecidos, definimos três categorias emergentes em nossa análise. Como segue:

CATEGORIA 01: O comum, autorizado e decifrável nos registros como linguagem e mensagem do cuidado.

CATEGORIA 02: O incomum, não autorizado e indecifrável nos registros como linguagem e mensagem do cuidado.

CATEGORIA 03: O registro sobre os cuidados e condutas como linguagem e mensagem dos enfermeiros.

Vale destacar que existe uma aparente uniformidade de registros, todos seguem um mesmo caminho: da situação geral para o específico de acordo com a situação clínica do doente.

## INTRODUÇÃO À ANÁLISE DAS CATEGORIAS – O REAL E O SURPREENDENTE

A leitura e organização do material produzido instauraram em nós reflexões profundas sobre os registros de enfermagem. Tivemos a intenção de encontrar na linguagem escrita sobre o cuidado, mensagens específicas dos enfermeiros que trabalham em UTI's, seus cuidados realizados e, conseqüentemente, uma familiaridade nos registros encontrados.

Não estávamos atrás de uma semiótica, embora não tenha sido possível desvencilhar-se dela. Entendemos ao estudar semiologia que esta é a arte dos sinais e sintomas e a descrição destes se dá de acordo com uma doença, como é feito pelos enfermeiros quando registram. Nos preocupamos não somente com a semiologia clínica, mas também com o viés que é ligado à linguagem utilizada pela enfermagem.

Não tínhamos a pretensão de buscar uma semântica própria (significado das palavras, estudo do sentido dos significados) muito menos uma sintaxe própria (parte da gramática que estuda a disposição das palavras na frase e das frases no discurso). Nossa busca se deu no que é composto no texto criado por enfermeiros, que desse conta do que é ou não registro/ linguagem escrita/ mensagem de enfermagem acerca do cliente que cuida. Buscamos uma linguagem registrada por eles que em sua essência fosse considerada discursiva, e que ela possuísse registros sobre cuidados ligados a outras unidades que vão se emaranhando no texto dando sentido as palavras e as frases no texto sobre cuidado.

Lendo e organizando encontramos textos que não trazem características específicas da enfermagem, mas de registros de 30 enfermeiros que se aproximam do texto biológico sobre sinais, sintomas e tratamento da doença. Esse é o fator que temos por opção estudar sobre os registros de enfermeiros.

Desvelar um conteúdo próprio? Esta era uma questão expectante que povoava nosso pensamento. Nos demos conta, no decorrer da busca e organização dos dados, o quanto é difícil encontrar nos registros uma linguagem própria de enfermagem. Enfermeiros continuam marcados por uma formação “biomédico-biológica”, o que se ultrapõe ao que queremos para construção de uma ciência própria, por isso a procura por um discurso (falado e escrito) próprio. Tínhamos o pressuposto de que os registros fossem feitos seguindo uma ordem e uma hierarquia, o que foi encontrado, mas não explicado.

Registrar o que fazem possibilita à enfermagem a oportunidade de criar um conjunto de convenções necessárias a partir dos domínios que detém sobre o corpo físico e psíquico que cuida.

Os registros não apareceram como narrativas de uma enfermagem que identifica necessidades e desejos de seus clientes ou família e que revela suas condutas e de suas intervenções.

Na leitura dos prontuários não encontramos um sentido “claro” de intervenções e prescrições acerca do cuidado, embora exista em silêncio, pois é feito, mas não é registrado (aprofundaremos na primeira categoria). Descobrimos também uma linguagem cifrada que só é entendida por aqueles que trabalham em UTI, como se esta fosse escrita às pressas e pudesse ser lida às pressas pela equipe de saúde, caracterizando-se como registros de uma tribo.

Nos deparamos com o registro-retrato de uma condição fiel e momentânea de condições clínicas apresentadas, onde a verdadeira enfermagem, ou aquela que idealizamos não se vê presente. Surpresa foi deparar com esse texto rico em dados biomédicos e pobre em cuidados de enfermagem, que denunciam alterações hemodinâmicas e sem uso de medicações para controlá-las.

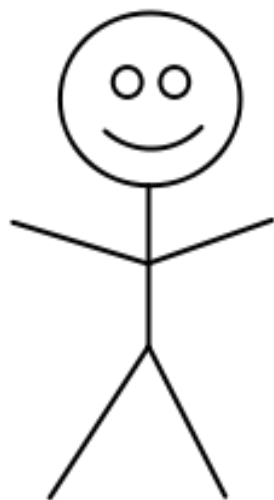
Diante dessas considerações, passemos a discussão das categorias na expectativa de termos alcançado o terceiro objetivo do estudo.

## **PRIMEIRA CATEGORIA:**

### **O COMUM, AUTORIZADO E DECIFRÁVEL NOS REGISTROS COMO LINGUAGEM E MENSAGEM DO CUIDADO**

Esta categoria trata do que os enfermeiros mais fazem quando registram sobre os clientes que cuidam, de como os observam e do que relatam a partir disto. Consideramos que registros sobre a ESCUTA não são realizados neste sentido – ouvir e registrar. O que os clientes dizem, ao menos aqueles que estão lúcidos, não é levado em consideração. Temos a sensação que não há conversa entre clientes e enfermeiros.

O material colhido por nós em 30 prontuários indica um modo orientador de registro que parte da observação de clientes através de seus NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA, SINAIS E SINTOMAS, COLORAÇÃO DA PELE E MUCOSAS, RESPIRAÇÃO, DIGESTÃO, ELIMINAÇÃO, HEMODINÂMICA e CONDUTAS DE ENFERMAGEM, como itens de uma cronologia, o que mostra como o corpo é olhado.



- 1) Níveis de Consciência
- 2) Sinais e Sintomas
- 3) Coloração da Pele
- 4) Coloração das Mucosas
- 5) Respiração
- 6) Digestão
- 7) Eliminação
- 8) Hemodinâmica
- 9) Condutas de Enfermagem

Essa imagem nos ajuda a pensar como os sujeitos do estudo observam e ouvem, o que gera um registro identificado por nós como LINGUAGEM (biomédica) e MENSAGEM (técnica), aliado a um mandar fazer algo explícito, mas que não se revela com clareza. As mensagens identificadas não dão conta do sujeito como um todo.

A idéia do mandar fazer encontra apoio em Maingueneau (1993, p. 41):

*“(...) deixando de lado tudo que depende das coerções genéricas e das coerções da forma discursiva considerada, para observar unicamente como o sujeito [dizemos: os enfermeiros] constrói a cenografia de sua autoridade enunciativa. A partir daí, ele determina para si e para seus destinatários, os lugares que o tipo de enunciado requer para ser legítimo... de tal forma que a legitimidade deste lugar de destinatário se funda por sua vez, em outro lugar, designado pelo texto”.*

Deste modo, não registrando adequadamente, nunca saberemos o que diagnosticam. Há uma *delimitação* entre o emissor e o receptor, os quais aqui considerados como os membros da equipe de enfermagem e de saúde em geral.

Quando destacaram registros sobre consciência, sinais vitais e hemodinâmica, nos parece quase impossível fazê-lo sem aproximação do cliente. Esta aproximação não é relatada porém supomos que ela aconteça – os textos referem que o cliente se apresenta orientado, confuso, sonolento, em coma e etc: são dados concretos que sugerem uma aproximação.

Mesmo que os sinais vitais possam ser mensurados pelas máquinas, não há detalhe sobre os achados, tão pouco qualquer reflexão sobre eles a partir das condições do cliente que cuidam. A mensagem se apresenta com falha de sentido, não há nada indicativo de que houve um TOQUE e uma OBSERVAÇÃO. Olhar em um sentido amplo pode indicar que os registros são decorrentes de uma clínica detalhada classificados por nós como “esperados”.

Sem registros das ações, das intervenções e etc, não é possível afirmar que os enfermeiros realizam exame clínico em seus clientes, estão atentos as suas evoluções físico-biológicas e acreditam que registrar é um processo de comunicação incompleto. Não acreditam assim que o cuidado só existe ou permanece como documento histórico, como algo já feito ou a ser feito, algo que permanecerá registrado para o futuro, Legal, o que liga um profissional experiente a um recém egresso na profissão, se estes registros de fato existir.

Aparentemente, a mensagem transmitida pelos enfermeiros quando relatam sobre o nível de consciência é apenas uma rotina automática e cotidiana. Então, por que querem saber sobre o nível de consciência de seus doentes? O que fazem quando identificam dessa maneira: “(...) em coma.”; “(...) sedado”; “(...) sonolento”; “(...) acordado, mas não interage.”? A resposta para essa questão seria fácil de descobrir se observássemos como os enfermeiros cuidam, mas nesse estudo o processo é inverso. Partimos do princípio que o cuidado é realizado, buscamos como os enfermeiros registram o que fazem como ações de cuidado, o que eles registram sobre o cliente, qual o tipo de linguagem utilizada, assim sendo, teríamos claramente a visualização deste fazer.

Se observar é uma função da enfermagem o que elas fazem depois disso? Olham, identificam, intervêm? E depois, o que fazem?

Se a linguagem é decorrente do que identificam como CONSCIÊNCIA ou como COR do corpo, eles só utilizam uma linguagem biológica e aparentemente fazem intercomunicação com aqueles que também cuidam do doente. Comunicação que acontece no tempo e na ação de cuidar de corpos em UTI, normalmente em coma, sedado ou acordado, dando textura, cor e som ao que vêem. Denunciam uma linguagem escondida para substituir por outra mais comum entendida na área médica, expressa dessa maneira: “(...) cianose de pele e mucosas”; “(...) umidade da pele”; “(...) turgor e elasticidade da pele”; “(...) hiperemia da pele”; “(...) responde aos estímulos”.

Palavras técnicas. Esta é a linguagem utilizada pelos profissionais enfermeiros. As mãos que registram são as mesmas que tocam o tecido mais sensível do corpo, com mais de três bilhões de receptores neurológicos. Para descrever na forma de texto, precisam tocar o cliente, senti-lo, manipulá-lo. A este toque, existem reações presentes no corpo que representam a subjetividade do cuidado que fatalmente, quando registradas, trazem características da verdadeira enfermagem presentes em unidades hospitalares.

Os enfermeiros ao registrarem o que identificam e intervêm criam um *corpus de conhecimento* sobre o corpo e os cuidados de enfermagem. Ao interagir com estes corpos que falam sem falar, constroem uma linguagem para si carregada de termos médicos, termos de doença, de sinais e sintomas, sem que consigam acreditar que agem semióticamente – sinais e signos captados quando cuidam.

Nesse particular, Ponzio, Calefato e Petrilli (2007, p. 262) dizem que:

*“ao estudar as linguagens não verbais, deve-se prestar atenção à escritura como prática que não se identifica com a ação de produzir sinais escritos e que é independente do fonema. Trata-se a escritura inerente à linguagem, como procedimentos de modelação específica do ser humano, independente do falar e autônoma da semiose funcional à satisfação de determinadas necessidades, inclusive aquelas relativas às diversas funções comunicativas.”*

O ambiente de Terapia Intensiva é um lugar que contribui para a construção de linguagens não verbais entre clientes e enfermeiros, rico em situações ópticas e sonoras que podem induzir novos registros. Isto pode significar que os enfermeiros, ao registrar “signos” relativos à pele – fora do signo verbal –, por exemplo, estabelecem um movimento que é seu, particular, mesmo que eles se originem no que é fisiológico do corpo. Fazendo um paralelo com estes mesmos autores (p. 263), “a escritura, assim compreendida, é prática orientadora segundo o movimento da obra”. [aqui, registros de intervenções e evolução em prontuários de clientes em UTI]. “O signo

manifesta toda amplitude da significância além da significação...”, é o que interessa à enfermagem que busca uma linguagem específica para o cuidado.

Quando os enfermeiros observam e registram, constroem uma obra escrita, pois só podem exercer este ato quando seus corpos olham e decodificam o que vêem. A escrita é uma forma de linguagem que dita como não verbal em si. Segundo Ponzo, Calefato e Petrilli (2007, p. 264):

*“Tem o intuito de satisfazer necessidades, as comunicativas, como artefatos signicos não verbais. No entanto, é uma produção que não esgota na satisfação das necessidades comunicativas, mas é algo específico do ser humano”.*

Podemos considerar que o registro é um acontecimento dentro do espaço de cuidar, que dá vida e importância ao prontuário do cliente, pois acolhe tudo que interessa sobre o mesmo – resposta do corpo ao tratamento e ao cuidado.

Os registros abordados nessa categoria são, também, produtos culturais entendidos como texto, como formas empíricas, o que chamamos de surpreendentes, do uso da linguagem verbal ou escrita e/ ou de outros sistemas semióticos, Pinto (1999, p. 07).

A produção dos enfermeiros em seus registros, entendidos como produção escrita acerca da situação do cliente inclui todo processo de comunicação (comunicacional) – produção, circulação e consumo de sentidos. Sentidos que quem registra dá ao que vê, sentidos interpretados por aqueles que lêem.

A implicação desta constatação não nos impede de mergulhar no que foi produzido e procurar mudar o rumo com a intenção de encontrar a contribuição destes dados na afirmação de que existe um olhar científico. Esse olhar sobre registros só foi possível porque os enfermeiros usam a observação como instrumento básico do cuidado.

É impossível negar que nos registros não haja aptidões e qualidades que se distanciam do que queremos para a enfermagem, mas de certa forma se aproximam do doente e de sua doença. Trata-se de aspectos do texto que são bem centrados no indivíduo [clientes em UTI] e que orientam certas atitudes e condutas, precisas ou não, valorizando-as ou não, no que diz respeito àquilo que entendemos interessar a enfermagem como registros de suas ações de cuidar.

A manutenção destes registros tão conhecidos, que por tantas décadas de discussão mostrou o processo de cuidar, de fazer diagnósticos e intervir, pode confirmar que há “algo” no espaço hospitalar que não mudou. Os registros têm acontecido e são nesta categoria, geradores de uma tensão epistemológica, porque não encontramos o que realmente queríamos – um registro próprio de enfermagem.

Segundo Bardin (1977, 76):

*“estes resultados, vê se bem, confirmam em parte hipóteses avançadas, ou melhor, aferem-nas. Por outro lado, a análise realizada segundo essa dimensão fornece outras informações, que dizem respeito a outras hipóteses iniciais, ou remete-nos para outras hipóteses não perceptíveis numa primeira leitura.”*

É impossível perceber neste estudo e não só nesta categoria que existe uma linguagem plural, cheia de significados claros e subjetivos e assim os enfermeiros vão enraizando um registro que não interessa, que não dá identidade e nem especificidade do que fazem.

Existe, aparentemente e empiricamente incapacidades ou falta de interesse em registrar o que eles chamam de Conduitas de Enfermagem que envolve as mesmas questões bio-fisiológicas carregadas da linguagem de doenças, dos sinais e dos sintomas.

Isto nos faz refletir sobre o que sabemos dessa profissão. Sabemos deste enfermeiro que não registra o que faz ou registra de forma incompleta seu cuidado, que quando o faz, que capacidade de seu conhecimento utiliza? Ao que parece, não se dão conta de que não registrar pode representar uma perda da auto-estima profissional.

Inesperado e ao mesmo tempo possível de ser compreendido como a linguagem de um olhar que se transforma em registro. OBSERVAR e REGISTRAR faz parte de como dissemos anteriormente, dos instrumentos básicos de enfermagem, estimulado e ampliado no ensino de semiologia, faz parte de um acontecimento no tempo de trabalho da enfermagem que vive as voltas com os corpos que cuidam. Considerando-se o cuidado como acontecimento, como não registrar o que está acontecendo?

Para Deleuze e Gattari (1992, p. 202) “o acontecimento não é de maneira nenhuma o estado de coisas, ele se atualiza num estado de coisas, num corpo, num vivido, mas ele tem uma parte sombria”. Traduzindo para nosso contexto, o registro acontece devido ao seu estado de coisa que acontece no corpo do doente na UTI, mas registros que dizem respeito específicos a enfermagem são “sombrios e secretos”, que segundo Deleuze e Gattari (1992, p. 203):

*“...isso não pára de subtrair ou de acrescentar a sua atualização: contrário do estado de coisas, ele [o acontecimento] não começa nem acaba, mas ganha ou guarda o movimento infinito ao qual dá consistência.”*

Ganhar ou guardar o movimento infinito, na enfermagem é registrar para (dês) consistência dos documentos do cliente, aos movimentos de seu processo de cura ou não.

Se os registros de enfermagem ainda mostram uma linguagem que dá mais consistência aos interesses da doença (característica da classe médica), esse mundo da enfermagem passa para



a virtualidade<sup>8</sup>. Isso se entendermos que a “comunicação escrita pode ser um campo rico para a análise desse signo-acontecimento”. Brasil (1999, p. 11). Virtual porque ela cuida, fica por horas conversando, tocando, mas sem registro fica realmente no que vemos e acreditamos que é real, mas como concreto, temos somente o virtual.

Os prontuários são espaços de comunicação da equipe de saúde sobre os clientes, e a enfermagem nessa categoria deixa transparecer uma linguagem para outros, que são resultados de sua observação, de mensurações que faz do pulso, respiração, temperatura e do que vê no corpo e mede nas eliminações. Isto pode significar uma linguagem sobre o cuidar e o aprender sobre os doentes.

Podemos ousar afirmar que esta é uma linguagem de “olhar clínico” que exige uma leitura especial, detalhada e que pode criar novas linguagens.

Criar uma nova linguagem envolve registrar o que existe na expressão do corpo, não só como sinais, mas como signos que somados a pequenos detalhes, que levam o enfermeiro a fazer seus diagnósticos de cuidar, intervenções de cuidar (condutas) e registros de cuidar.

Para Foucault (1963, p. 147):

*“o olhar clínico sistematiza-se num conjunto de discursos, sobre tudo e codifica-se numa linguagem de aprendizagem sobre o corpo, com descoberta estruturada, repetível, codificada das doenças”.*

Para ele “é uma linguagem que consiste numa exploração sistemática, codificada através de signos oriundos de corpos doentes”. É assim que esta categoria fundamenta sinais e sintomas de corpos doentes. Uma linguagem que não dá conta do sujeito, não cria uma especificidade para o cuidado, tão pouco um olhar clínico de enfermagem.

---

<sup>8</sup> Entendemos o termo “virtual” alusivo a uma realidade perceptiva induzida por termos técnicos capaz de substituir uma verdadeira intenção ou mesmo modificar tais percepções sobre o cuidado de enfermagem que é realizado.

## **SEGUNDA CATEGORIA:**

### **O INCOMUM, NÃO AUTORIZADO E INDECIFRÁVEL NOS REGISTROS COMO LINGUAGEM E MENSAGEM DO CUIDADO**

Antes de afirmar nossa surpresa sobre esta categoria, precisamos dizer que a linguagem aqui identificada pertence a uma mesma “*tribo*”, sobre temas que surgem como emergentes na forma de dizer e registrar dentro do CTI. As mensagens transmitidas nesta categoria são referentes a uma linguagem cifrada, a qual conhecemos algumas destas cifras mas que e outras são completamente desconhecidas para aqueles que não trabalham em UTI.

É uma cifra que só é decodificada por poucos, ou por aqueles que controlam o espaço da UTI e cuidam de clientes graves. Este é um local da tecnologia, do imaginário, de lutas reais e subjetivas entre a vida e a morte como se também existisse um código cifrado entre elas.

Registros cheios de símbolos remetem a uma tecnologia ligada ao cliente e ao tratamento utilizado, além de criar um novo desenho do modo de registrar. Anteriormente citamos Santaella e North quando fazem referência aos *designers* gráficos que utilizam variações de cores e imagens para representar suas criações. Em enfermagem as variações que encontramos correspondem a símbolos referentes aos padrões hemodinâmicos, ou dispositivos implantados e até mesmo parâmetros de determinados equipamentos instalados no cliente.

A enfermagem usa também suas variações para desenhar sua linguagem quando registra sobre clientes e sobre condutas utilizadas que pertencem àquele ambiente rico em tecnologias – UTI.

É impossível desvincular-se das tecnologias no ambiente de terapia intensiva e o que observamos é que a simbologia proveniente dela é representada nos registros dos enfermeiros. Muitos dos símbolos encontrados em dispositivos utilizados no tratamento de clientes são transpostos para o papel.

Pensamos que esta influência traduza nos registros a tendência de uma linguagem escrita voltada aos cuidados tecnológicos. Porém, acreditamos que caímos em um impasse voltado à especificação dos termos e conceitos utilizados pelos integrantes da equipe de saúde que atua em UTI's. A enfermagem também acompanha esta maneira de se comunicar, provavelmente, para assegurar sua identidade – tribo da UTI.

Assim, as mensagens contidas nos textos dos enfermeiros, restringem-se àqueles que trabalham em unidades como estas analisadas, privando os outros (indivíduos que não fazem parte daquele ambiente de cuidado) do entendimento de seus textos. Observamos uma mudança na língua e na forma de registro, ou até mesmo, no interesse sobre o que registrar.

Observamos também na análise do material que, na grande maioria, são as siglas que representam padrões hemodinâmicos e/ou dados ventilatórios dos indivíduos cuidados. Estas possuem padronizações internacionais e nos textos analisados encontramos variações. Abaixo criamos um quadro onde mostramos as siglas padrões e as variações citadas nos textos.

Quadro 08 – Variações de Siglas

SIGLAS	VARIAÇÕES ENCONTRADAS	SIGNIFICADO
irpm	ipm	Incursões respiratórias por minuto
SatO <sub>2</sub>	SpO <sub>2</sub> ; SO <sub>2</sub> ; Sat ; SPO <sub>2</sub> ; SaO <sub>2</sub>	Saturação de oxigênio
PEEP	Peep ; peep	Pressão expiratória final
FiO <sub>2</sub>	FO <sub>2</sub>	Fração de Oxigênio Inspirado

A gama de variações encontradas nos textos nos remete a pensar no real conhecimento dos enfermeiros sobre as siglas estabelecidas na literatura que denotam parâmetros importantes no corpo do cliente. De fato, os valores atribuídos a estas siglas, podem e ajudam no cuidado exercido por enfermeiros dentro de ambientes de terapia intensiva, pois a nosso ver, auxiliam na agilidade que se deve ter para a assistência dentro destas unidades.

Outra questão que também nos chamou atenção na análise do material foi a quantidade exacerbada de abreviações de palavras da língua portuguesa presentes nos textos elaborados por enfermeiros, isso contribui para as cifras presentes nas mensagens dos enfermeiros que atuam em UTI's. Mostramos no quadro abaixo estas abreviações encontradas com as palavras que supostamente significam.

Quadro 09 – Abreviações das palavras

PALAVRAS	ABREVIACÕES
Aparelho	Ap.
Sem	s/

Com	c/
Paciente	Pac.
Insuficiência respiratória	Insuf. resp.
Para	p/
Função	Fção
Preservado	Preserv.
Esquerdo	Esq.
Cada	Cd
Artéria	Art.
Digestivo	Digest.

Essas abreviações encontradas são esclarecidas pelo contexto da frase. Obviamente, algumas destas são facilmente entendidas pelos que trabalham em ambientes de terapia intensiva e os conhecedores do código – língua portuguesa, porém aos que não pertencem àquele ambiente, certamente sentir-se-ão desconfortáveis ao lerem os textos.

Assim como nos dois quadros apresentados acima (Quadro 08 e 09), somamos a presença de siglas, como exposto no Quadro 05, o resultado desta equação lingüística é um novo desenho do registro dos enfermeiros sobre o cuidado. Surge uma adequação/evolução da linguagem utilizada nos ambientes de Terapia Intensiva e isso é refletido nas mensagens que os enfermeiros transmitem sobre o cuidado prestado aos clientes. Não queremos questionar esta evolução, mas entendemos que a linguagem dos registros passa por um processo de seleção natural. Fazendo um paralelo com Maturana e Varela (2007, p.21) quando afirmam:

*“No processo de evolução orgânica, uma vez cumprido o requisito ontogênico essencial da reprodução, tudo é permitido. Seu não-cumprimento está proibido, pois leva a extinção” .*

Acreditamos que a mensagem possa sofrer mudanças, porém observamos que são questões complicadoras do que fazemos e sabemos sobre o cuidado de enfermagem e não podem ser esquecidas. Ao utilizar esta linguagem cifrada, os enfermeiros tentam resolver questões colocadas como falta de tempo, orientação institucional e até mesmo economia de papel.

Estamos falando de convenções que são assumidas pelos enfermeiros quando registram sobre clientes. Estas convenções, cifras e símbolos estão de modo particular ligadas a situações

específicas dos clientes e aparecem com grande “vigor”, principalmente ao que diz respeito a medicamentos e a clientes em uso de ventilação mecânica.

Observamos que os enfermeiros criam imagens dando uma caracterização à linguagem utilizada que somente eles próprios decodificam. Criam para si uma linguagem que não é para a Enfermagem, mas para toda equipe de saúde que trabalha em Unidades de Terapia Intensiva.

Criam uma imagem que lhe atribuem uma especificidade e vão definindo uma semiótica ou semiologia do registro. Uma diz respeito ao discurso e outra aos signos “cônicos” ou “ícone”. Pinto (1999, p. 33).

Sobre isso, vejamos os registros como aparecem a seguir:

Quadro 09

ENFERMEIRO	MENSAGEM
06	<i>“Ventilando com auxílio de TOT n 8,0, CL: 22cm, acoplado ao Servo 300 no modo PSC CPAP, FiO2: 21%, VC: 425, FR: 10irpm; Sat 97%, peep: 8. Ausculta pulmonar: MVUA ↓ bases.”</i>
07	<i>“* TOT + VM SERVO 300, em CPAP, FiO2 26%, PEEP: 11, SPO2 97% AP: MVUA sem RA.” ; “PVC on line. MCC + OD.” ; “*PVPID fluindo soroterapia + sedação em BI, PAM AFD como bom refluxo sanguíneo e boa curva, PVPFE para HD.”</i>
10	<i>“Acessos: PAM em ARD pérvea + PVSCD (3L) fluindo propofol á 15ml/h + MDZ á 5ml/h + SF 0,9% á 21ml/h.”</i>
12	<i>“# TOT (8,5) CL: 24cm + VM no Servo 300 em PSV com FiO2: 0,30%; PEEP: 8; PS: 11; VC= 390ml; FR: 22irpm; SatO2: 98%. Ap. MV ↓ bases, s/ RA. Sem secreção à aspiração.” ; “# PVFD 3L fluindo: SF0,9% 21ml/h; MDZ à 5ml/h.”</i>

Num lance rápido de olhar, observamos um papiro como aqueles encontrados sobre civilizações antigas e para entendê-lo, necessitamos de interpretá-los. Procuramos os sujeitos do cuidado e encontramos aqueles que se comunicam com a enfermagem mesmo quando não falam.

Notamos que o sujeito do cuidado não é presente na mensagem da enfermagem sobre este. Poderíamos ousar dizer que morre uma língua e ressurgem mensagens na caverna virtual (UTI) cheia de signos.

Quanto a isso, são equivalentes aos signos da linguagem, embora estejamos falando de mensagem escrita ou linguagem escrita. Como nos apoiamos em Pinto (1999, p. 40), em alguns momentos estamos tomando de empréstimo o que ele diz:

*“Ao nos comunicarmos como emissores ou co-emissores de um evento comunicacional, desde aqueles primeiros momentos em que na primeira infância acordamos para a comunicação e a linguagem, estamos entrando num mundo das representações”.*

No que diz respeito aos registros de enfermagem estamos entrando no mundo das representações de uma escrita que se mostra cifrada.

Há uma embalagem nova nas mensagens escritas desta categoria que são lidas e vistas que diferem do que é rotineiro e entendido por qualquer profissional que analise este tipo de registro. Impulsiona-nos a pensar que os enfermeiros, emissores de linguagens cifradas nos registros, constroem textos onde colocam em jogo uma mensagem sobre os registros do cuidado de enfermagem e demarcam uma fronteira entre os que estão dentro do ambiente de uma UTI e os que estão fora. Não há nenhum interesse em compartilhar com o receptor – integrante da equipe de saúde – sobre o que se referem.

Se o prontuário é do cliente, se ele e sua família são assegurados legalmente para terem acesso aos registros, o que poderá acontecer quando lerem ao que escrevemos – incluímos-nos nesta citação por fazermos parte deste ambiente de cuidado.

Qual será o significado desses símbolos nos registros de enfermagem: \* ; # ; > ; +++ ; ↑ ; ↓ ; etc.? Não temos clareza do que eles significam, mas podemos inferir que eles têm sido meios de expressão escrita, como faziam nossos ancestrais nos *“prontuários pré-históricos de conversa”* [destaque dado por nós].

É sabido que nossos ancestrais utilizavam símbolos para a representação de eventos e acontecimentos marcantes das épocas. Os desenhos que encontramos em locais reservados denotam civilizações que, através desta linguagem, tinha a intenção de transmitir sua cultura ou até mesmo fazer com que outras civilizações futuras reconhecessem suas histórias e rituais.

Com a enfermagem parece não ser diferente. Há de fato uma simbologia referente ao registro do cuidado exercido. Características que sofrem influencia individual. Os símbolos não são idênticos em todos os registros, apesar de encontrarmos uma semelhança nos locais onde são

empregados no texto. Cada enfermeiro, aparentemente, possui uma marca própria no seu texto. Para que isso se torne uma certeza, seria necessária uma avaliação mais apurada na grafia de cada enfermeiro produtor do texto, o que não é o objeto desse estudo, porém é uma característica encontrada por nós nestes 30 registros analisados.

Existe uma cultura sendo implementada no Brasil e no mundo sobre o “*Informatiquês*” ou “*Internetês*” que é uma forma de escrita oralizada. Uma língua que se origina das comunicações via *e-mails*, *home pages*, *sites*, etc. Ao poucos muitos setores da sociedade adotam este tipo de comunicação aliado ao que já é comum e entendido por todos. Essa nova forma de expressão entra no ambiente hospitalar claramente através dos que ali trabalham, o que supostamente ajudaria a explicar essa quantidade exagerada de símbolos, siglas e cifras encontradas.

Essas mensagens podem ser entendidas como inerentes a um sistema de informação dos enfermeiros e podem servir aos próprios como meio de comunicação sobre a sua prática. Esse código escrito, permeado de signos e símbolos e que são resultantes do ver e do olhar dos enfermeiros podem ser considerados os *signos representativos da profissão*.

O que sabemos é que estes símbolos são representações visuais e mentais dos enfermeiros e que, aparentemente, são de seu domínio. No entanto, temos uma tensão nessa categoria que precisamos compreender e resolver: sobre o que entendemos sobre signos ou representação.

Para Santaella e Noth (1997, p.15):

*“Os conceitos unificadores dos dois conceitos de imagem [imagem como representação visual e imagem como representação mental] são os conceitos de signo e de representação. É na definição desses dois conceitos que reencontramos os dois domínios da imagem, a saber, o seu lado perceptível e seu lado mental, unificados estes em algo terceiro, que é o signo ou representação”.*

Diante dessa posição dos autores, torna-se imprescindível inferir que essa categoria é sobre signos ou a representação de algo que o enfermeiro faz enquanto se aproxima, cuida dos clientes e registra o que faz como cuidado. É um signo ou uma representação quando codificamos, criamos imagem que estão em uma linguagem escrita cifrada.

De fato a mensagem é transmitida, sem considerar qual tipo de linguagem é utilizada, ela é transmitida! Mas é fato também que essa mensagem segue uma linguagem escrita, onde nela, existem códigos que estão representados no texto como: símbolos, siglas, abreviações. Entretanto, devemos saber: A quem pertence esta linguagem? A quem este tipo de linguagem encontrada atinge? É entendida por todas as pessoas detentoras deste conhecimento? E os que

não o detêm? Será que esta linguagem pode ser considerada uma variação da já existente, ou será que ela é a mesma linguagem com a presença de novos signos encontrados no mundo globalizado em que vivemos?

Textos de enfermeiros com estas características encontradas e expostas são comuns. Uma vitória que consideramos neste estudo seria com relação à presença propriamente dita dos registros. Haja vista que em outras pesquisas sobre estes registros, as categorias emergentes discutiam sua ausência. Estamos certos de que a instituição analisada influencia neste fato, porém sua presença é um fator importante para a mudança do conceito de que os registros dos enfermeiros inexistem.



**TERCEIRA CATEGORIA:****O REGISTRO SOBRE OS CUIDADOS E CONDUTAS COMO LINGUAGEM E MENSAGEM DOS ENFERMEIROS**

Numa época em que buscamos definir o que é Conduta de Enfermagem, os registros que supostamente deveriam dar conta nos deixaram perplexos e reticentes, ou mesmo reagentes sobre o que identificamos. Entendemos que Conduta traz complexidade e cientificidade para resolver problemas, através de cuidados que o outro exige que se utilize como intervenção de enfermagem. Os textos dos enfermeiros ela se revela aparentemente insuficiente e está voltada a um mandar fazer que em princípio, não é o próprio enfermeiro que vai fazer.

Não há registro sobre exame físico, conversa e diagnóstico. O cliente se fragmenta e não há uma ordem, uma orientação, um caminho que indique que o cuidado é total e o cliente, singular. Os registros dos enfermeiros sobre condutas como cuidado são apresentados no quadro a seguir:

Quadro 10

ENFERMEIRO	MENSAGEM
01	Mantendo quadro clínico. Mantendo estabilidade hemodinâmica.
04	Segue aos cuidados intensivos.
05	Programação: Tilt Test amanhã. Solicitado parecer da ortopedia Segue aguardando (carimbo e assinatura)
07	Realizado higiene corporal, oral, ocular. Trocado fixador de TOT e filtro bacteriológico. Trocado curativo de óstio de punção sem sinais flogísticos. Utilizado: gaze + clorexidina alcoólica + micropore. Trocado curativo de incisão cirúrgica em região supra-púbica. Utilizado: gaze + clorexidina alcoólica + micropore. Trocado curativo em MSE. Utilizado: gaze + atadura + clorexidina alcoólica.
11	√ Procedimentos:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitorização SV: PA, resp., SaO<sub>2</sub>, FC.</li> <li>- aferição de glicemia e Tax</li> <li>- Mensuração massa corpórea.</li> </ul>
12	# Condutas: Vide BH.
13	Condutas: Vide BH.
14	Conduta: MCC + OD + PNI + HGT.
15	<p>Condutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizado higiene corporal + oral no leito</li> <li>- instalado filtro bacteriológico + fixador de TOT + nasodren</li> <li>- realizo curativo em subclávia direita e PAm em radial esquerda: óstio sem sinais flogísticos. Faço com tranpode + gaze estéril + clorexidine alcoólico.</li> <li>- região inframamária encontra-se bastante hiperemiada → utilizo AGE</li> <li>- retiro curativo em coxa interna direita → passo AGE</li> <li>- pavilhão auricular direito → retiro e passo AGE</li> </ul>
16	<p># Cd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar nível de consciência</li> <li>- Avaliar pupilas</li> <li>- Realizar escala de dor</li> <li>- Cuidados gerais de enfermagem</li> </ul>
17	<p>Conduta:</p> <p>Avaliar padrões hemodinâmicos</p> <p>Avaliar nível de consciência</p> <p>Avaliar padrão respiratório</p>
18	<p>* Condutas de enfermagem*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar nível de consciência</li> <li>- Avaliar dor</li> <li>- Inspeccionar integridade cutânea</li> <li>- Avaliar pupilas</li> </ul>
20	<p>* Condutas de enfermagem*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizado higiene oral, corporal, íntima e ocular;</li> <li>- Aplicado hidratação corporal;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesado no leito;</li> <li>- Realizado curativo abdominal. (ferida operatória). Utilizado SF0,9%, ativoderme, e 01 <i>polymen</i> grande e 01 <i>polymen</i> pequeno.</li> <li>- Apresentação escoriação em trocanter E. Utilizado 01 <i>polymen</i> grande + ativoderme.</li> <li>- Lesão estágio II em sacra com necrose. Utilizado SF0,9%, <i>polymen</i> grande.</li> <li>- Trocado <i>allevyn</i> e fixador de TQT.</li> </ul>
21	# conduta: Realizado higiene íntima + oral + ocular; Avaliar sinais de desconforto.
23	<p>Condutas:</p> <p>Avaliar escala de dor</p> <p>Avaliar nível de consciência</p>
24	Segue aos cuidados intensivos.
25	<p>#Conduta:</p> <p>Avaliar padrão respiratório;</p> <p>Avaliar padrão hemodinâmico;</p> <p>Avaliar nível de consciência;</p> <p>Realizar higiene íntima + oral + ocular.</p>
29	<p>Condutas:</p> <p>Realizado higiene corporal no leito</p> <p>Mudança de decúbito de 2/2h</p> <p>Monitorização hemodinâmica.</p>
30	Mantendo observação.

É possível, a partir da nossa organização, afirmar que eles se aproximam do cliente para determinar seu nível de consciência, cuidar do seu corpo (higiene), saber como está sua respiração, eliminação, identificar pressões na prevenção de úlceras por pressão e na administração de medicamentos, tudo isso é chamado por eles de condutas – o que para nós significa as Condutas Clínicas de Cuidar.

É mostrado que as condutas denotam a um corpo incompleto ou repartido por sinais e sintomas de aspectos que são possíveis mensurar e ver. Figueiredo e Machado (2009, p. 233) assim consideram os atos das enfermeiras como Condutas de Cuidar:

*“Dependendo da especificidade de cada profissional que cuida, seus atos e ações de cuidar podem ser ampliados e diversificados para mostrar o aspecto do que é saúde e o que é doença ou desvio de saúde”.*

Isso envolve o encontro com o outro, o interesse de identificar o que é possível cuidar.

Diante de um cliente em UTI, a primeira exigência é ter um “olhar clínico”, baseando-se na seguinte seqüência: como identificar e elaborar um diagnóstico; como conduzir o tratamento; e como avaliar respostas. Tudo deveria estar registrado, mas não é assim que acontece.

O corpo que merece a conduta adequada deve ser examinado, visto e escutado, diferente do que foi encontrado nos registros como conduta ou cuidado de enfermagem.

A enfermagem deveria fazer seus registros com uma linguagem própria, partindo de um raciocínio lógico para elaborá-los. Assim, como afirma Figueiredo e Machado (2009, p. 234): *“diante dos clientes, usamos a cognição para ordenar nosso conhecimento, desencadeada por mecanismos próprios de atividade do pensamento, fazendo análise e síntese”.* Por fim devem articular categorias teóricas necessárias a posições diagnósticas. Quando fazem isso é imprescindível o “olhar clínico” voltado para o corpo inteiro, o qual se movimenta como: corpo esqueleto; corpo pele; corpo nevoso/ cerebral; corpo cardiovascular; corpo hematológico; corpo respiratório; corpo renal; corpo digestivo; corpo reprodutor; corpo endócrino; corpo emoção; corpo espiritual; corpo necessidades e desejos; corpo ambiente.

Os registros dos enfermeiros nesse estudo não dão conta desse corpo inteiro. É o registro de um corpo sem sentidos, que não possui história, não tem presente e nem futuro. É um corpo consciência, respiração, digestão, hemodinâmica, com dispositivos implantados, com dor ou não. Não há registros sobre intervenções, cuidados e muito menos prevenções e prognósticos.

O olhar biomédico sobre os clientes continua imbricado nos textos dos enfermeiros quando retratam o cuidado com os clientes. Acreditamos que ainda exista crítica a esse modelo de assistência, o que não é nosso foco nesse momento reforçá-la, mesmo porque, viemos de uma formação acadêmica onde o modelo biomédico é inserido constantemente no cuidado de enfermagem.

Observamos que este modelo faz parte dos registros encontrados e sabemos que este não é o modelo que idealizamos, mas se fez presente, os registros existem. Há uma priorização de

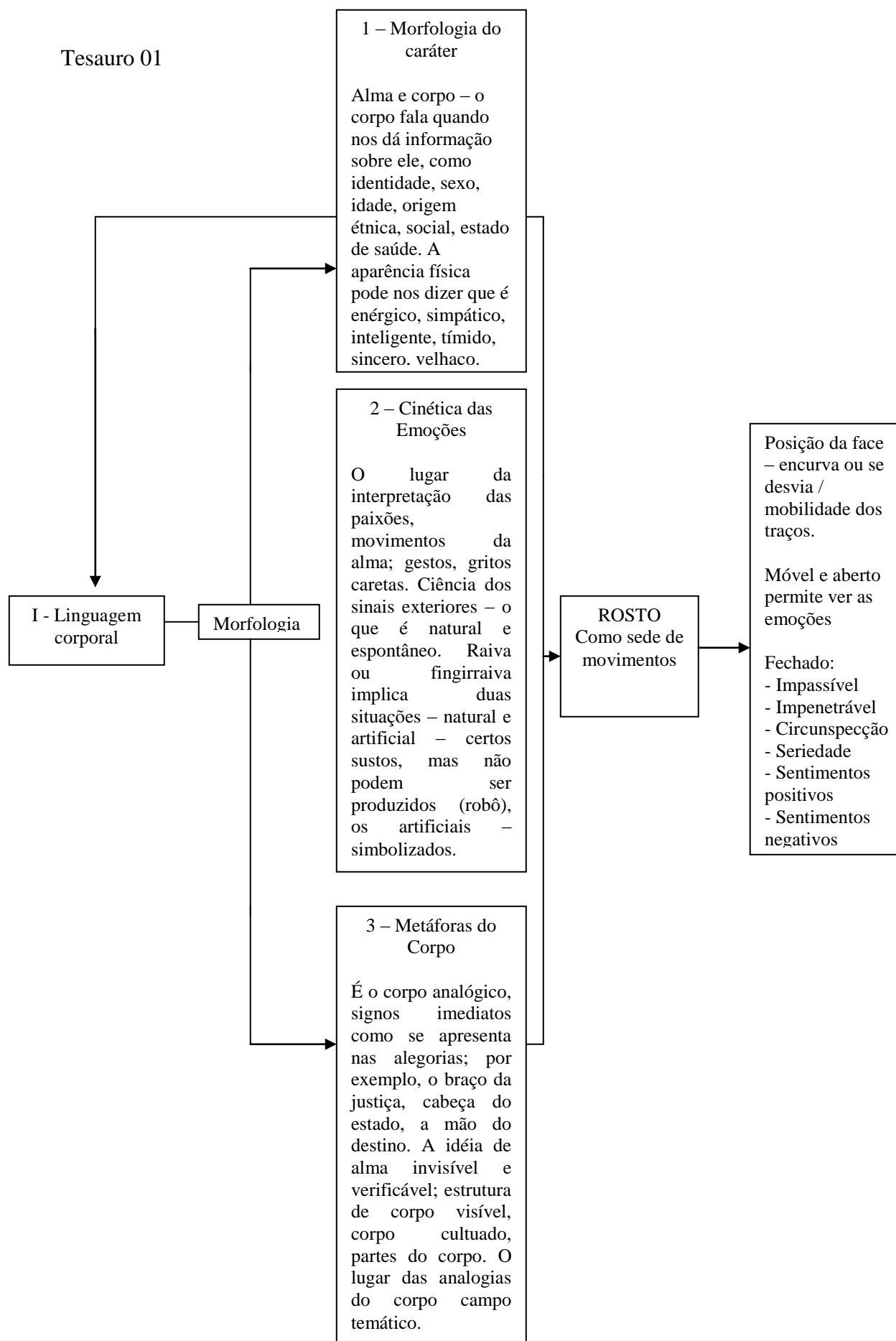
informações que digam respeito somente a questões relativas à evolução clínica propriamente dita. Essa é a evolução de enfermagem encontrada. Estudos posteriores mostrarão, se o que temos hoje, contribuiu positivamente, ou não, para a memória do cuidado de enfermagem.

A inexistência de registros sobre movimentos corporais, impulsos de amor, ódio, alegria, tristeza, prazer, esperança, desespero e pensar, transmitem uma mensagem que nos leva a supor o afastamento dos enfermeiros do cuidado à beira de leito.

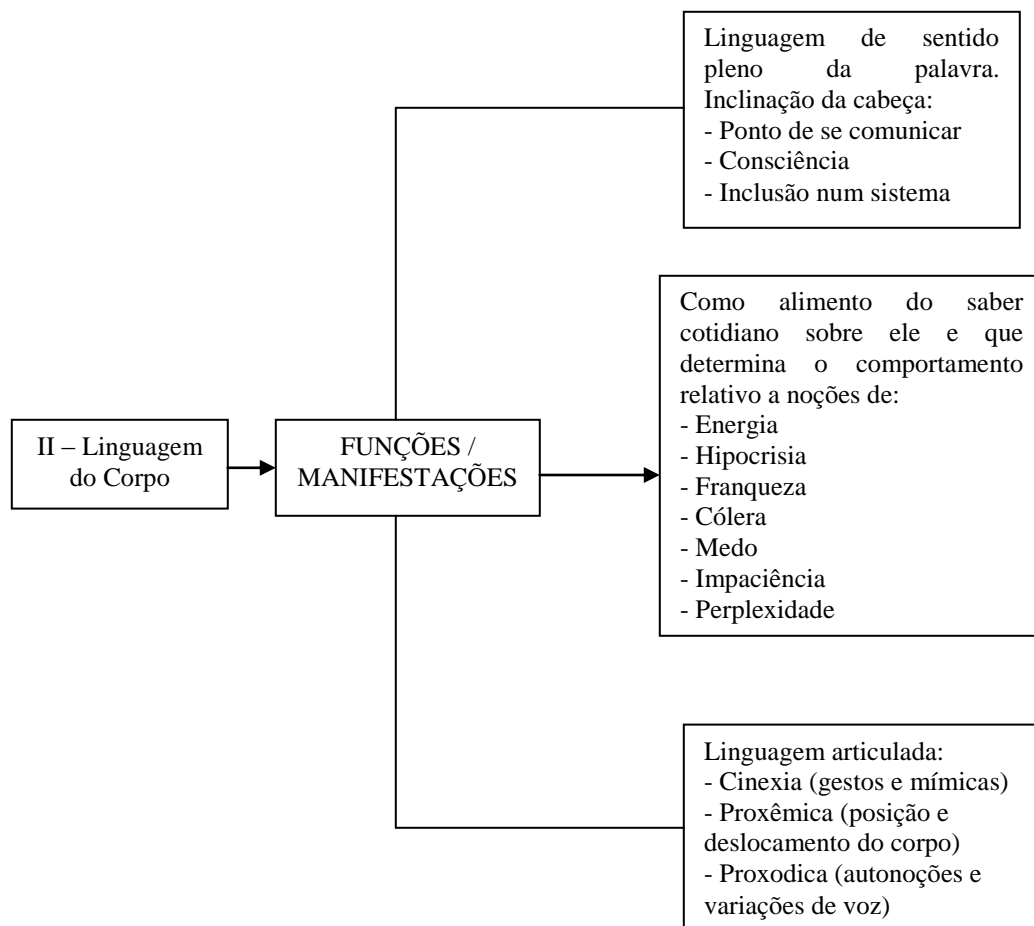
As condutas registradas como: “Segue aos cuidados intensivos”, “mantendo observação”, “vide BH” demonstram uma mensagem não conclusiva, onde não há possibilidade de imaginar qual cuidado foi realizado. Ao que parece, as condutas tomadas por enfermeiros são as mesmas que outro enfermeiro tomou anteriormente. O cuidado exercido por eles, objetivamente registrado, somente se encontram em cerca de 10% dos textos analisados.

Para criar uma linguagem no registro é preciso fundamentalmente pensar em uma linguagem do corpo que envolva saber, olhar e escutar: sua MORFOLOGIA e suas FUNÇÕES / MANIFESTAÇÕES. Figueiredo e Machado (2009, p. 240 e p.241), sugerem ao criarem um Tesouro baseado em Guiraud (1991), uma maneira de observar o cliente que poderia ser transportado para os registros dos enfermeiros. Esse Tesouro trata de uma organização do conhecimento sobre a linguagem do corpo, destacando temas que interessam a qualquer pessoa que cuida, norteando a sistematização do cuidado. Seguem estas organizações:

## Tesauro 01



## Tesauro 02



Os autores dizem que uma linguagem articulada serve, de um lado, para designar as coisas tais como são (ou nos parece) objetivamente em sua realidade e, por outro lado, para exprimir o que sentimos diante dessas coisas, o juízo que fazemos a respeito delas e o valor que lhes atribuímos.

Seja em que lugar estiver nosso cliente, o cuidado sempre envolverá o próprio e quem o cuida. Deve-se considerar que cada um dos sujeitos possui um conhecimento científico e empírico. Quando o cliente tem a capacidade de se comunicar temos seus valores explicitados, porém quando não tem, devemos considerar que ele sabe, por isso o quanto é importante o ato de conversar.

Mas nada disso foi encontrado nos registros estudados. Encontramos fragmentos de uma prática que é cotidiana, invariável e se complica quando o texto produzido não é claro,

inconsistente, sem definição do panorama geral da situação do sujeito. Atualmente, codifica-se numa linguagem incompreensível.

Os registros sobre exame físico são incompletos; os sobre processo de cuidar e diagnósticos são inexistentes. Essa é uma prática real nos movimentos de fazer, mas que não é vista e se perde quando não registrados.

Essa categoria envolve registros de atenção à vida, cuidados com ela, principalmente aquela que está sob risco. Não encontramos registros sobre cuidados de higiene, isto porque não tem sido uma prática esperada, registrar sobre o corpo em sua plenitude, que seja céfalo-caudal, emocional e espiritual. Esta é a vida: fisiológica e subjetiva.

O cuidado só permanecerá como história e evolução se for detalhadamente registrado. Se isso não acontece, a primeira impressão que temos é de que não há uma valorização da prática, não pensamos na ciência e provavelmente vamos perdendo os saberes e suas formas de fazê-los.

Segundo Colliere (2003, p. 103) ao falar sobre escrever o que fazemos diz:

*“O saber das pessoas letradas será objeto de consolidação e valorização, enquanto que os saberes empíricos serão objeto de desconfiança, de desconsideração, ou submetidos ao dismantelamento, à condenação”.*

Toda vida Colliere (2003, p. 104) nos diz que:

*“... a escrita permanece, já que esses saberes tecem a vida cotidiana – como é o caso dos cuidados correntes e habituais de apoio a vida”.*

*“... não haverá uma certa ironia do destino quando, cinco ou seis séculos após sua condenação se tornem objeto de investigação e as suas sabedorias penetrem nos templos da ciência pelas vias da antropologia, de história oral e até mesmo pela das ciências exatas”.*

O que nos parece é que não é uma questão de serem “letrados” que envolve os enfermeiros quando deixam de registrar o que fazem, mas de uma falta de cultura e crença de que seus registros são fundamentais, são documentos dos clientes e da Enfermagem que faz com que o seu fazer permaneça ao longo da história e ajude na evolução da profissão.

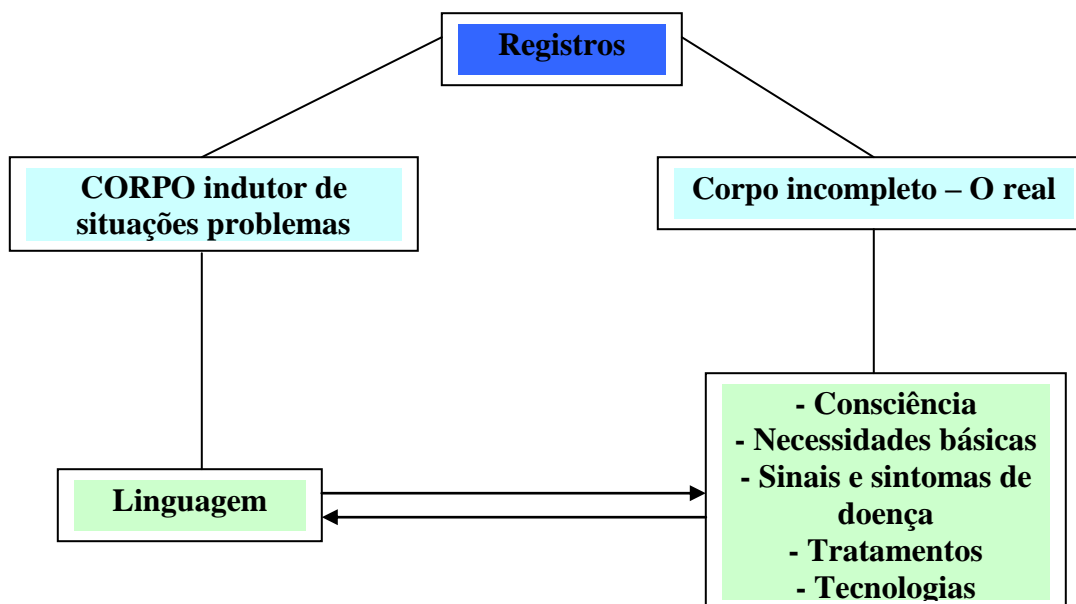
Grande parte dos enfermeiros acredita que seus registros não são lidos por outros profissionais, assim tentam justificar a ausência dos cuidados prestados e a aproximação cada vez maior do cliente sob o ponto de vista do saber da linguagem biomédica. Esta é uma justificativa sem fundamentação porque o valor de um registro de enfermeiro, principalmente em Unidades de Terapia intensiva é imensurável. Em particular neste ambiente, temos uma enfermagem que participa quase 24 horas próxima ao cliente, acompanhando todas as suas alterações e evoluções.



A questão de ser “letrado” acompanha a justificativa de que quanto mais letrado for, seu registro terá maior densidade, logo, maior valor. Mas não podemos esquecer que, letrado ou não, percepções de cunho subjetivo somente são evidentes a olhos que sejam treinados para esta avaliação. A capacidade de olhar, identificar e intervir em questões emocionais, espirituais, de humor, conforto e até mesmo de saúde de um indivíduo está imbricada nos enfermeiros, mesmo que muitos não se dêem conta deste fato.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo foi mais um desafio de nossa incursão sobre os registros de enfermagem. Os resultados nos encaminham ao pensamento de que hoje, a maioria dos registros segue orientações que parecem comuns aos enfermeiros integrantes do grande espaço chamado Unidade de Terapia Intensiva.



Os enfermeiros deixam de lado, em seus registros, situações fundamentais que envolvem condutas de cuidar e não deixam transparecer uma organização processual nos registros que fazem.

Cabe ressaltar que ao fim deste estudo, com a metodologia proposta, conseguimos alcançar os objetivos estabelecidos no início que eram de identificar, analisar e descrever quais os conteúdos das mensagens contidas na linguagem escrita sobre clientes cuidados em UTI's.

Confirmando muitas pesquisas sobre o corpo e cuidados, os enfermeiros deste estudo também registram sobre um corpo que se demonstra incompleto, doente, ainda que racional não participa, não sente, não se expressa a não ser pelos sinais biológicos que se traduzem em vida. Como verificamos nas categorias analisadas, os enfermeiros parecem estar alheios, ou até mesmo desinteressados na forma de registro de enfermagem que não privilegie apenas dados clínicos do cliente.

As questões subjetivas da vida do indivíduo cuidado são fatores traduzidos para o exterior através de problemas evidentes que, para nós com o olhar clínico, possamos atuar e solucioná-los. De fato esse ponto é importante e presente no cuidado em ambientes hospitalares, mas para que tenhamos certeza da atuação dos profissionais de enfermagem, o cuidado precisa estar registrado.

Os REGISTROS mostram-se reduzidos, incompletos e cifrados, denunciam uma realidade que tem sido comum nos diversos espaços onde clientes e enfermeiros se encontram.

O inesperado é saber que estamos em pleno século XXI, tempo de discussão de diagnósticos, processos e sistematização da assistência de enfermagem, como propostas para cuidar do cliente e o cliente, ele mesmo, sai do foco como sujeito do cuidado nos registros de enfermagem, que continuam valorizando a doença.

Essas considerações constituem um desafio. Acreditamos na viabilização de um registro de enfermagem em que estes profissionais valorizem dados importantes sobre o corpo do cliente cuidado no sentido de oferecer uma melhor qualidade na assistência. Devemos refletir sobre as questões levantadas neste estudo, sob pena de ter que redefinir os conceitos de sua assistência dentro deste ambiente.

Notamos que houve uma certa homogeneidade no que interessa registrar que não espelhada o sujeito, mas a doença. É evidente que os enfermeiros se preocupam com os níveis de consciência, respiração, digestão, eliminação e sinais hemodinâmicos, muito embora, as condutas para as implementações da terapêutica se voltam para a área biomédica e não para diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Existe uma economia assustadora nos registros, é uma linguagem “tribal” – pertencente na UTI – que não é de acesso a todos, principalmente daqueles que estão fora do CTI como está exemplificada no texto a seguir:

**“... paciente com PAV segundo o MP foi associado VANCO por OV de MA, em investigação de FI. Hoje LOTE, BEG, BOONG s/ ALT. Retirado CNE e CVD, FU na CU, aguarda vaga na SO para WC.”**

Tradução:

“... paciente com pneumonia associada ao ventilador, segundo médico plantonista foi associado Vancomicina por ordem verbal do médico assistente, em investigação de foco de infecção. Hoje, lúcida e orientada no tempo e no espaço, bom estado geral, boca, olhos, nariz e garganta sem

alterações. Retirado Cateter naso-entérico e cateter vesical de demora, fundo de útero na cicatriz umbilical, aguarda vaga na sala de operação para Winter Curetagem.”

Assim é possível dizer que:

- A) O sujeito não existe no acontecimento; ele não é considerado em suas condições gerais, intrínsecas e extrínsecas de sua existência e identidade.
- B) A verdade sobre o sujeito é parcial porque ele não é nem tem subjetividade em seus atos; por isso, os acontecimentos sobre sua condição são relativos.
- C) Não são registros fiéis acerca de um todo; os registros precisam ser traduzidos, não há interação nem indícios de cuidados que possam indicar amor e esperança entre os enfermeiros e clientes.
- D) Há uma sutil indiferença sobre o cliente e sua situação, uma certa distância em relação a ele como sujeito subjetivo, emocional e racional.

Notamos alguns problemas envolvendo a linguagem que os enfermeiros utilizam para expressar seu cuidado e conseqüentemente a mensagem transmitida por eles. Neste momento não nos cabe apresentar soluções para tal, mas apenas mostrar o que vem sendo alvo de preocupação há muito sentida.

Concluimos que a mensagem transmitida pelos enfermeiros em seus registros, valoriza o corpo doente, com sinais que traduzem a presença da vida. O cuidado que realizamos ou buscamos ainda inexistente nos textos dos enfermeiros. Precisamos pensar numa revisão epistemológica que considere a dimensão histórica dos registros para explicitar a relação real do sujeito do cuidado com a enfermagem.

Os registros devem dizer respeito ao ser que é cuidado, suas reações, necessidades, expectativas e desejos, suas melhoras ou pioras, alegrias e tristezas, suas (im) possibilidades; no que diz respeito aos aspectos sócio-culturais. A revelação do cuidado pode mostrar uma enfermagem que pensa no sujeito do cuidado em sua dinâmica interna (corpo biológico) e na sua dinâmica externa (corpo social).

Ao final deste estudo, temos a certeza de ter introduzido no pensamento de cada enfermeiro um momento de reflexão sobre o real objetivo da enfermagem. Obviamente, questões aqui expostas, valorizam o registro de enfermeiros sobre o cuidado realizado, isso mostra o quanto é importante este ato e o quanto é importante o que fazemos, porém não registramos

plenamente o que realizamos. Certamente, o cuidado que prestamos engloba muito mais do que mostramos nos registros, mas reafirmamos que ainda estamos na virtualidade.

Ainda que o túnel do cuidado esteja escuro, a luz no seu fim está próxima. Basta nós, como enfermeiros, ter vontade “política” para mudar o quadro delineado no estudo e que os próximos pesquisadores venham avaliar a transição no conteúdo das mensagens dos registros de enfermagem.

Nos comprometemos a continuar investigando registros de enfermeiros e tentar, a todo custo, transformar suas visões sobre os registros, mostrando o valor ali presente não só para a manutenção e preservação da saúde do cliente, como também para a valorização da nossa profissão.

## **BIBLIOGRAFIA**

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes Editora, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARTHES, Roland. **Elementos de Semiologia**. São Paulo: Editora Cultrix Ltda, 1964.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. P. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico. Contribuição para a psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BRASIL, André Guimarães. **Livro de Cabeceira – para pensar o signo como acontecimento**. Petrópolis: Vozes, 1999.

COLLIERE, Marie Françoise. **Cuidar – A primeira arte da vida**. 2ª Edição. Lourdes, Portugal: Editora lusociência, 2003.

CORREA, Jane; SPINILLO, Alina; LEITÃO, Selma. **Desenvolvimento da linguagem: escrita e textualidade**. Rio de Janeiro: NAU Editora: FAPERJ, 2001.

CUNHA, Antonio Geraldo da. **Dicionário Etimológico, Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. 2ª Ed. (revista e acrescida de um suplemento). 11ª reimpressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FAZENDA, Ivani C.A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Práticas de Enfermagem. Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios**. São Paulo: Difusão de Enfermagem, 2002.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; MACHADO, William César Alves. **Corpo e Saúde – Condutas clínicas de cuidar**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6ª edição. São Paulo: Forence Universitária, 2004.

FREITAS, Maria Tereza de Assunção. **VYGOTSKY e BAKHTIN – Psicologia e educação**. 2ª edição. São Paulo: Ática, 1995.

GUIRAUD, Pierre. **A linguagem do corpo**. Tradução: Lólio Lourenço Oliveira. São Paulo: Ática, 1991.

HANDEM, P. de C.; MATIOLI, C.P.; PEREIRA, F. G. C. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.

HENDERSON, Virgínia. **Princípios Básicos sobre Cuidados de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem?** 2ª edição. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1994.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em análise de discurso – 2ª edição**. Tradução de Fredo Indursk. Campinas, São Paulo: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1993.

MATURANA, Humberto R.; VARELA, Francisco J. **A Árvore do Conhecimento. As bases biológicas da compreensão humana.** 6ª Ed. São Paulo: Palas Athena, 2007.

MINAYO, Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social Teoria, Método e Criatividade.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MORRIS, Charles W. **Fundamentos de Teoria dos Signos.** Traduzido por Paulo Alcoforado e Milton José Pruto. São Paulo: Eldorado, 1976.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas Sobre Enfermagem. O que é e o que não é.** São Paulo: Cortez/ Ribeirão Preto: ABEn- CEPEn, 1989.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **As formas do Silêncio. No movimento dos sentidos.** 5ª. Ed. São Paulo: Editora da UNICAMP, 2002.

PINTO, Nilton José. **Comunicação e discurso: Introdução e análise de discursos.** São Paulo: Hecker Editora, 1999.

PONZO, Augusto; CALEFATO, Patrícia; PETRELLI, Susan. **Fundamentos de Filosofia da Linguagem.** Tradução: Ephraim F. Alves. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática – clínica e prática hospitalar.** São Paulo: Santos, 1998.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço Técnico e Tempo. Razão e Emoção.** 3ª edição. São Paulo. Hucitec, 1999.

SANTAELLA, Lúcia; NOTH, Winfried. **Imagem: Cognição, semiótica e mídia.** São Paulo: Iluminuras, 1997.

SANTAELLA, Lúcia; NOTH, Winfried. **Semiótica.** São Paulo: Experimento, 1999.



SANTAELLA, Lúcia. **O que é Semiótica**. Coleção primeiros passos. 26ª reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 2007.

SANTOS Sérgio Ribeiro; PAULA Adenyza Flávia Alves de; LIMA Josilene Pereira. **O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário**. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2003, jan/ fev.

SAUSSURRE, Ferdinand de. **Curso de Lingüística Geral**. Tradução de Chelini, José Paulo e Isidio Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1969.

TEBEROSKY, A. **Compor textos – Além da alfabetização**. São Paulo: Ática, 1997.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: Resgate necessário**. Porto Alegre: Luzzato, 1998.

## CRONOGRAMA

Atividades	1º Semestre de 2008	2º Semestre de 2008	1º Semestre de 2009	2º Semestre de 2009
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X
Indicação dos recursos metodológicos	X			
Elaboração do formulário de observação	X			
Elaboração do projeto	X			
Apresentação do projeto	X			
Entrega do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa	X			
Coleta dos dados		X		
Análise preliminar dos dados		X		
Qualificação do projeto			X	
Elaboração do relatório final da dissertação				X
Apresentação da dissertação				X

## ANEXOS

### Anexo nº 01

#### Solicitação de Autorização à Instituição

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_ .

**De: Daniel Aragão Machado**

**À: Comissão de Ética em Pesquisa**

**Assunto: Solicitação de Parecer para Pesquisa**

Vimos, por meio desta, solicitar-vos o parecer para a autorização de pesquisa em prontuários dos clientes, intitulada “REGISTRO DE ENFERMAGEM: O DIAGNÓSTICO DA LINGUAGEM ESCRITA DO CUIDADO”, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nébia Maria Almeida de Figueiredo, para fins conclusão do curso de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

A pesquisa refere-se ao diagnóstico da linguagem escrita utilizada pelos enfermeiros a partir de registros de seus cuidados em UTI.

Através de uma abordagem quanti-qualitativa para análise documental, pretende-se realizar um diagnóstico da linguagem escrita do cuidado que a enfermagem utiliza para registrar.

Os dados serão produzidos no período da tarde para não interferir na rotina do serviço.

Toda e qualquer despesa relacionada à pesquisa, ficará a cargo dos pesquisadores.

Quaisquer dados pessoais serão mantidos em sigilo, assim como os responsáveis pelos registros, pois os mesmos não são relevantes para a análise do estudo em questão. Portanto não necessitamos de Termo de Consentimento Livre- Esclarecido.

Segue em anexo a esta Solicitação de Autorização o referido projeto e o instrumento de coleta de dados.

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nébia Maria Almeida de Figueiredo  
Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da UNIRIO

---

Daniel Aragão Machado  
RG: 12813849-2 CPF: 091673137-52 COREN-RJ 132678  
Contato: 3381-3673/ 2481-1215/ 78611464  
E-mail: [daragao23@gmail.com](mailto:daragao23@gmail.com)

**Anexo nº 02**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_ .

**Termo de compromisso para utilização de informações de pacientes em  
prontuários e bases de dados**

Eu, Daniel Aragão Machado, RG.: 12813849-2, responsável pela pesquisa intitulada “Registro de Enfermagem: O diagnóstico da linguagem escrita do cuidado”, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Nébia Maria Almeida de Figueiredo, para fins de conclusão do curso de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), venho por meio desta, informar que assumo, em nome de todos os pesquisadores, o compromisso com a privacidade e a confiabilidade dos dados utilizados dos prontuários, preservando integralmente o anonimato dos pacientes, assim como os responsáveis pelos registros de enfermagem analisados.

Os dados obtidos na pesquisa serão arquivados no arquivo pessoal do pesquisador principal, por dois anos, sendo, após isto, destruídos.

Todos os dados obtidos serão somente utilizados ao projeto ao qual estão vinculados, mediante apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

---

Daniel Aragão Machado  
RG: 12813849-2 CPF: 091673137-52  
COREN-RJ 132678  
Contato: 3381-3673/ 2481-1215/ 78611464