

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

Maria Aparecida Baggio

**ACONTECENDO O CUIDADO “DO NÓS” NOS MOVIMENTOS  
E ONDULAÇÕES DOS PROCESSOS INTERATIVOS NO  
AMBIENTE HOSPITALAR**

Florianópolis  
2012

Maria Aparecida Baggio

**ACONTECENDO O CUIDADO “DO NÓS” NOS MOVIMENTOS  
E ONDULAÇÕES DOS PROCESSOS INTERATIVOS NO  
AMBIENTE HOSPITALAR**

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito à obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Alacoque Lorenzini Erdmann

Florianópolis  
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Baggio, Maria Aparecida  
Acontecendo o cuidado "do nós" nos movimentos e  
ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar  
[tese] / Maria Aparecida Baggio ; orientadora, Alacoque  
Lorenzini Erdmann - Florianópolis, SC, 2012.  
288 p. ; 21cm

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Relação interpessoal.  
4. Relações interprofissionais. 5. Ambiente de trabalho. I.  
Erdmann, Alacoque Lorenzini. II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
III. Título.

Folha de rosto

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus**, por apontar-me os caminhos, conduzir-me pela fé divina, iluminar-me e encorajar-me nesta jornada.

Ao meu marido, **André Formighieri Angonese**, pelo amor, carinho, paciência, incentivo e apoio; pelo respeito, confiança e diálogo que permeiam nosso relacionamento; e, ao meu filho **Pedro Baggio Angonese** que, concebido e nascido durante o doutorado, trouxe muita felicidade, alegria e amor.

A meu pai **Segundo Alberto Baggio**, minha mãe **Neli Bonatto Lacortt** e meu irmão **Antônio Marcos Baggio** que, independente da localização geográfica, sempre estiveram presentes em pensamento e puderam transmitir conforto, incentivo, segurança, ânimo e fé.

À **Professora Alacoque Lorenzini Erdmann**, orientadora deste trabalho, meu profundo agradecimento por acreditar no meu potencial, por me conduzir nos momentos de incertezas; pelo apoio nas horas difíceis e pelas orientações que ajudaram a iluminar os caminhos obscuros dessa trajetória; pela disponibilidade, carinho, atenção e compreensão dispensados.

Aos **colegas e amigos do grupo GEPADES**, pela socialização de experiências e saberes, pelo companheirismo, carinho e amizade.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFSC**, que contribuíram com a minha formação, meu agradecimento pelos conhecimentos e ensinamentos transmitidos.

Aos **funcionários e colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**, pelo trabalho competente, imperativo para a consolidação do ensino e da pesquisa.

Aos **colegas do doutorado** pelo compartilhar as ansiedades, dúvidas, conquistas e alegrias; pelas trocas e construções do saber/fazer.

Aos **profissionais participantes** pela disponibilidade e disposição em colaborar na construção da pesquisa.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq**, pelo financiamento do doutorado através da concessão de bolsa de estudos, fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa.

Enfim, agradeço a todas as pessoas (amigos, colegas, profissionais, familiares) que de alguma forma contribuíram e participaram desta jornada.

BAGGIO, Maria Aparecida. **Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar**. 288 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientador: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem

## RESUMO

Os profissionais de enfermagem e de saúde por atuarem no campo da saúde humana se relacionam e interagem com múltiplas pessoas, constituindo experiências de cuidado em condições diversas, as quais integram um cuidado multidimensional e sistêmico, que em sua circularidade processual, vai e vem, fortalecem relações, estabelecendo um cuidado amplo e complexo, o cuidado “do nós”. Estudo de abordagem qualitativa, tendo como questão de pesquisa: *como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”?* Os objetivos foram compreender como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós” e, elaborar uma estrutura teórico-filosófica das relações no processo de cuidar “do nós”. O pensamento complexo foi o referencial teórico e a teoria fundamentada nos dados foi o referencial metodológico. Foram participantes vinte e cinco profissionais de enfermagem e de saúde de um hospital universitário localizado ao Sul do Brasil. O estudo foi conduzido nos princípios da amostragem teórica com a análise comparativa e hipóteses amostrais conformando quatro grupos amostrais, sendo o primeiro grupo constituído por seis profissionais de enfermagem (de nível técnico e superior) de uma unidade de cuidados cirúrgicos (unidade aberta) e o segundo grupo por cinco profissionais de saúde (enfermeiro, médico, nutricionista, psicóloga, farmacêutica, assistente social) dessa unidade. O terceiro grupo foi formado por onze profissionais de enfermagem e de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social) de uma unidade de cuidados intensivos neonatais (unidade fechada), e o quarto grupo amostral foi constituído por três diretores do hospital estudado (diretoria geral, de enfermagem e de apoio assistencial), que também são profissionais de enfermagem e de saúde (médico,

enfermeira e farmacêutica). Por fim, o fenômeno evidenciado foi comparado e as hipóteses do estudo confirmadas, obtendo-se a saturação dos dados com a formação do quarto grupo amostral. A coleta dos dados ocorreu no período de março a julho de 2011, por meio de entrevista individual, semiestruturada. O procedimento de codificação sistemática dos dados através das etapas de codificação aberta, axial e seletiva permeou o processo analítico, o qual foi construído na perspectiva paradigmática, constituída por cinco componentes (contexto, causa, condição interveniente, estratégias e consequências) que explicam o fenômeno ou categoria central, formada por oito categorias e vinte e seis subcategorias. As categorias “Conhecendo a instituição” e “Significando a gestão” formam o *contexto*; as categorias “Percebendo os movimentos e ondulações das relações e interações humanas” e “Significando a saúde do profissional de enfermagem” são *condições causais*; as categorias “Deparando-se com a tecnologia e com o declínio do cuidado humano” e “Significando o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada” apontam as *condições intervenientes*; a categoria “Processando o cuidado “do nós” nas relações e interações humanas” representa as *estratégias* e a categoria “Identificando a circularidade processual de cuidar e ser cuidado” diz respeito a *consequência* do fenômeno ou categoria central. O fenômeno encontrado foi: *“Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar”*. Assim, sustenta-se a **tese** de que *através das relações/interações/associações entre os seres humanos, os profissionais de enfermagem e de saúde constroem na sua prática de cuidar/cuidado um conjunto de significados, que se conformam numa estrutura de referência do processo de cuidado mutuamente coletivo, o cuidado “do nós”, que acontece na circularidade dos processos de cuidar, ser cuidado e sentir-se cuidado, entendido como relacional e processual, animado por constantes movimentos e ondulações advindos dos processos interativos no ambiente hospitalar e fora dele, tendo forte relação com o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada*. O cuidado “do nós” aponta-se como uma concepção de cuidado numa dimensão mais abrangente, processual, complexa e coletiva, importante para a saúde e o viver humano.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Relação interpessoal; Relações interprofissionais; Relações profissional-paciente; Relações profissional-família; Ambiente de trabalho; Filosofia em Enfermagem.

BAGGIO, Maria Aparecida. **The care “of us” takes place in the movements and fluctuations of interactive processes within the hospital environment.** 288 p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Advisor: Alacoque Lorenzini Erdmann, Dr

Line of Research: Policy, Management and Evaluation of Nursing and Health Care

### **ABSTRACT**

Because nursing and health workers act in the field of human health, they relate and interact with multiple individuals, establishing care experiences in diverse conditions, integrating multidimensional and systemic care, which comes and goes in its procedural circularity, strengthening relationships and establishing a broad and complex care, the care “of us”. The guiding question of this qualitative study is: *how do nursing and health workers experience and signify relationships in the care “of us” process?* The objectives were to understand how nursing and health workers experience and signify relationships in the care “of us” process and develop a theoretical-philosophical structure of the relationships in the care “of us” process. The complex thinking framework was the theoretical framework and grounded theory was the methodological framework. Twenty-five nursing and health workers from a university hospital located in the South of Brazil participated in this study. The study was conducted according to the principles of theoretical sampling with comparative analysis and sample hypotheses forming four sample groups. The first group was composed of six nursing workers (at technical and college levels) from a surgical care unit (open unit); the second group was composed of five health professionals (a nurse, physician, nutritionist, psychologist, pharmacist, and social worker) from the previous unit; the third group was composed of 11 nursing and health workers (nurses, nursing technicians, physicians, psychologist, a speech therapist, and a social worker) from a neonatal intensive care unit (closed unit); while the fourth group was composed of three directors from the studied hospital (general, nursing, and care support boards), who are also nursing and health workers (physician, nurse, and pharmacist). Finally, the phenomenon was compared and the study’s hypotheses were confirmed; data saturation was achieved with the fourth sample group. Data were collected from



March to July, 2011 through semi-structured interviews, individually conducted. The procedure of systematic data encoding through open, axial and selective encoding, permeated the analytical process, which was constructed from the paradigmatic perspective, composed of five components (context, cause, intervenient condition, strategies and consequences) that explain the phenomenon or core category, formed by eight categories and 26 subcategories. The categories “Knowing the institution” and “Signifying management” form the *context*; the categories “Perceiving movements and undulations of human relations and interactions” and “Signifying the health of nursing professionals” are *causal conditions*; the categories “Facing technology and the decline of human care” and “Signifying the experience of living in a modern/post-modern/globalized society” are *intervenient conditions*; while the category “Processing the care “of us” in the human relations and interactions” represents the *strategies* and the category “Identifying the procedural circularity of providing care and being cared for” is related to the *consequences* of the phenomenon or core category. The phenomenon identified was: “The care “of us” takes place in the movements and undulations of interactive processes within the hospital environment.” Therefore, we support the **thesis** that *through relations/interactions/associations among human beings, nursing and health workers construct a set of meanings in their care practice, which forms a mutually collective reference structure of the healthcare process, the care “of us”, which takes place in the circularity of care processes, being cared for and feeling cared for, understood as relational and procedural, encouraged by constant movements and undulations, arising from interactive processes in the hospital environment and outside of it, with a strong relation to living in a modern/post-modern/globalized society.* The care “of us” is a conception of care in a broader, procedural, complex, and collective dimension, important for human health and life.

**Key-words:** Nursing; Interpersonal relations; Interprofessional relations; Professional-patient relations; Professional-family relations; Working environment; Philosophy Nursing.

BAGGIO, Maria Aparecida. **La ocurrencia del cuidado de “lo nosotros” en los movimientos y ondulaciones de los procesos interactivos en el ambiente hospitalario.** 288 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Asesor: Alacoque Lorenzini Erdmann, Dr

Línea de Investigación: Política, Gestión y Evaluación de la tención de Enfermería y Salud

## RESUMEM

Como actúan en el campo de la salud humana, los profesionales de enfermería y de salud se relacionan e interactúan con múltiples personas, constituyendo experiencias de cuidado en condiciones diversas, que integran un cuidado multidimensional y sistémico, que en su circularidad procesual va y viene, fortalecen relaciones, estableciendo un cuidado amplio y complejo, el cuidado de “lo nosotros”. Estudio con aproximación cualitativa, basado en la pregunta de investigación: *¿Cómo los profesionales de enfermería y de salud viven y significan las relaciones en el proceso de cuidado de “lo nosotros”?* Los objetivos fueron comprender como los profesionales de enfermería y de salud viven y significan las relaciones en el proceso de cuidar de “lo nosotros”, y elaborar una estructura teórica-filosófica de las relaciones en el proceso de cuidar de “lo nosotros”. El pensamiento complejo fue el referencial teórico y la teoría fundamentada en los datos fue el referencial metodológico. Participaron veinte y cinco profesionales de enfermería y de salud de un hospital universitario ubicado en el Sur de Brasil. El estudio fue basado en el principios del muestreo teórico con análisis comparativo y hipótesis de muestreo conformando cuatro grupos de muestreo. El primer grupo abarcó a seis profesionales de enfermería (de nivel técnico y superior) de una unidad de cuidados quirúrgicos (unidad abierta) y el segundo a cinco profesionales de salud (enfermero, médico, nutricionista, psicóloga, farmacéutica, asistente social) de esa unidad. El tercer grupo incluyó a once profesionales de enfermería y de salud (enfermeros, técnicos de enfermería, médicos, psicóloga, fonoaudióloga, asistente social) de una unidad de cuidados intensivos neonatales (unidad cerrada), y el cuarto a tres directores del hospital estudiado (dirección general, de enfermería y de apoyo asistencial), que también son profesionales de enfermería y de salud (médico, enfermera y farmacéutica). Finalmente, el fenómeno vivido fue

comparado y las hipótesis del estudio confirmadas, alcanzando la saturación de los datos con la formación del cuarto grupo de muestreo. Los datos fueron recolectados entre marzo y julio del 2011, mediante entrevista individual, semi-estructurada. El procedimiento de codificación sistemática de los datos a través de las etapas de codificación abierta, axial y selectiva permeó el proceso analítico, que fue construido en la perspectiva paradigmática, constituida por cinco componentes (contexto, causa, condición interviniente, estrategias y consecuencias) que explican el fenómeno o categoría central, formada por ocho categorías y veinte y seis subcategorías. Las categorías “Conociendo la institución” y “Significando la gestión” forman el *contexto*; las categorías “Percibiendo los movimientos y ondulaciones de las relaciones e interacciones humanas” y “Significando la salud del profesional de enfermería” son *condiciones causales*; las categorías “Presentándose con la tecnología y con el declive del cuidado humano” y “Significando el vivir en una sociedad moderna/postmoderna/globalizada” indican las *condiciones intervinientes*; la categoría “Procesando el cuidado de “lo nosotros” en las relaciones e interacciones humanas” representa las *estrategias* y la categoría “Identificando la circularidad procesual de cuidar y ser cuidado” se refiere a la *consecuencia* del fenómeno o de la categoría central. El fenómeno encontrado fue: *“La ocurrencia del cuidado de “lo nosotros” en los movimientos y ondulaciones de los procesos interactivos en el ambiente hospitalario”*. Así, se defiende la **tesis** de que, *a través de las relaciones/interacciones/asociaciones entre los seres humanos, los profesionales de enfermería y de salud construyen en su práctica de cuidar/cuidado un conjunto de significados, que constituyen una estructura de referencia del proceso de cuidado mutuamente colectivo, el cuidado de “lo nosotros”, que ocurre en la circularidad de los procesos de cuidar, ser cuidado y sentirse cuidado, entendido como relacional y procesual, animado por constantes movimientos y ondulaciones advenidos de los procesos interactivos dentro y fuera del ambiente hospitalario, con fuerte relación con el vivir en una sociedad moderna/postmoderna/globalizada*. El cuidado de “lo nosotros” aparece como una concepción de cuidado en una dimensión más abarcadora, procesual, complejo y colectivo, importante para la salud y el vivir humano.

**Palabras-clave:** Enfermería; Relaciones interpersonales; Relaciones interprofesionales; Relaciones profesional-paciente; Relaciones profesional-familia; Ambiente de trabajo; Filosofía en Enfermería.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CEPEN	Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GIAM	Ginecologia e Aleitamento Materno
GINEO	Ginecologia e Neonatologia
GT	Grounded Theory
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PIC	Práticas Integrativas Complementares
POI	Programa de Orientação Introdutória
PRONSAU	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Humana
TIs	Tecnologias de Informação
TFD	Teoria Fundamentada em Dados
UFCS	Universidade Federal de Santa Catarina
UIC	Unidade de Internação Cirúrgica
UnC	Universidade do Contestado
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTI-A	Unidade de Tratamento Intensivo Adulto
UTI-Neo	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização dos participantes do estudo.....	77
<b>Tabela 2</b> – Exemplo do processo de codificação aberta.....	80

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Exemplo de memorando teórico.....	81
---	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Diagrama do modelo teórico.....	137
---	-----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>35</b>
3.1 O CUIDADO E AS RELAÇÕES HUMANAS COMO PROCESSO VITAL.....	35
3.2 RELAÇÕES DE CUIDADO NO ESPAÇO ORGANIZACIONAL EM ENFERMAGEM E SAÚDE.....	37
3.3 A INTERAÇÃO COMUNICATIVA ENTRE OS SERES CUIDADOS E CUIDADORES.....	39
3.4 O CUIDADO “DO NÓS”, DO COLETIVO.....	40
3.5 A ÉTICA DAS RELAÇÕES NO AMBIENTE DE CUIDADOS.....	42
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>47</b>
4.1 O PENSAR COMPLEXO.....	47
4.2 A COMPLEXIDADE HUMANA.....	49
4.3 O CAMINHO PARA A COMPREENSÃO HUMANA.....	50
4.4 SISTEMAS ABERTOS COMPLEXOS.....	52
4.5 A DEPENDÊNCIA E A AUTONOMIA DO SER HUMANO COMPLEXO.....	55
4.6 DIALOGICIDADE: ABERTURA PARA RELAÇÕES DE CUIDADO.....	57
4.7 APROXIMANDO A COMPREENSÃO SOBRE O COLETIVO.....	58
4.8 O COLETIVISMO.....	60
4.9 A GLOBALIZAÇÃO E O COLETIVO.....	60
4.10 A GLOBALIZAÇÃO E OS RISCOS QUE NÓS CONSTRUÍMOS/VIVEMOS.....	63
4.11 O PROCESSO EVOLUTIVO E AS MUDANÇAS QUE INFLUENCIAM O COLETIVO E O INDIVIDUAL.....	65
4.12 A CONSCIÊNCIA REFLEXIVA.....	66
<b>5 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>	<b>69</b>
5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DO MÉTODO E JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA.....	70
5.2 QUESTÕES ÉTICAS.....	73
5.3 PROCESSO METODOLÓGICO.....	73
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>85</b>
6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS CONFORME O MODELO PARADIGMÁTICO.....	85
<b>6.1.1 Contexto: Conhecendo a instituição.....</b>	<b>86</b>



6.1.1.1	Contextualizando a instituição.....	86
6.1.1.2	Contextualizando os ambientes de trabalho.....	88
6.1.1.3	Entendendo o processo de trabalho e as Interações multiprofissionais.....	91
6.1.1.4	Significando a intercomunicação profissional.....	97
6.1.1.5	Significando os processos de formação/qualificação/capacitação/aperfeiçoamento.....	99
<b>6.1.2</b>	<b>Contexto: Significando a gestão.....</b>	<b>100</b>
6.1.2.1	Significando a gestão do micro e do macro espaço institucional.....	100
6.1.2.2	Gerenciando a instituição/áreas/unidades.....	103
6.1.2.3	Gerenciando recursos humanos.....	103
6.1.2.4	Promovendo o cuidado “do nós” por meio de projetos, dinâmicas e outras atividades.....	106
<b>6.1.3</b>	<b>Condição causal: Percebendo os movimentos e ondulações das relações e interações humanas.....</b>	<b>108</b>
6.1.3.1	Sendo as relações e interações humanas conflituosas.....	108
6.1.3.2	Apontando atitudes/ações/condições que potencializam/fragilizam as relações e interações humanas.....	109
6.1.3.3	Significando a ética e a bioética nas relações e interações humanas.....	110
<b>6.1.4</b>	<b>Condição causal: Significando a saúde do profissional de enfermagem.....</b>	<b>111</b>
6.1.4.1	Percebendo a saúde do profissional de enfermagem.....	111
6.1.4.2	Identificando os múltiplos vínculos do profissional de enfermagem.....	113
6.1.4.3	Identificando o (des)cuidado si do profissional de enfermagem.....	115
<b>6.1.5</b>	<b>Condição interveniente: Deparando-se com a tecnologia e com o declínio do cuidado humano.....</b>	<b>116</b>
6.1.5.1	Tendo tecnologias atuando na segurança e na sobrevida de pacientes.....	116
6.1.5.2	Identificando fragilidades/negligências no cuidado humano aos pacientes e familiares.....	117
6.1.5.3	Significando a utilização de recursos tecnológicos e o limite da vida.....	119
<b>6.1.6</b>	<b>Condição interveniente: Significando o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada.....</b>	<b>121</b>
<b>6.1.7</b>	<b>Ação/Estratégia: Processando o cuidado “do nós” nas relações e interações humanas.....</b>	<b>125</b>

6.1.7.1 Sendo o cuidado “do nós” relacional e processual.....	125
6.1.7.2 Processando o cuidado “do nós” no ambiente hospitalar.....	125
6.1.7.3 Relacionando o cuidado “do nós” ao cuidado coletivo.....	126
6.1.7.4 Significando a relação e interação de cuidado junto aos pacientes e familiares.....	128
<b>6.1.8 Consequências: Identificando a circularidade processual de cuidar e ser cuidado.....</b>	<b>128</b>
6.1.8.1 Entendendo os significados do cuidado “do nós”/“de nós”.....	128
6.1.8.2 Cuidando e sentindo o cuidado na sua circularidade processual.....	130
6.1.8.3 Sentindo o cuidado processar junto da família e de amigos.....	131
6.1.8.4 Processando o cuidado “do nós” pela enfermagem.....	131
6.2 ESTRUTURA TEÓRICO-FILOSÓFICA.....	133
<b>6.2.1 A categoria ou fenômeno central: “Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar” .....</b>	<b>133</b>
6.3 ARTIGO 1 - PROCESSANDO O CUIDADO “DO NÓS” NAS RELAÇÕES E INTERAÇÕES HUMANAS.....	138
6.4 ARTIGO 2 - A CIRCULARIDADE DOS PROCESSOS DE CUIDAR E SER CUIDADO NA CONFORMAÇÃO DO CUIDADO “DO NÓS”.....	155
6.5 ARTIGO 3 - ACONTECENDO O CUIDADO “DO NÓS” NOS MOVIMENTOS E ONDULAÇÕES DOS PROCESSOS INTERATIVOS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	173
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>193</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>197</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>209</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>284</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Por meio da experiência acadêmica, da prática profissional e docente em enfermagem é possível observar a dificuldade dos profissionais e dos futuros profissionais de enfermagem em articular/relacionar as diferentes dimensões do cuidado no seu cotidiano, seja o cuidado de si, do outro, “do nós”.

O que prevalece, via de regra, é a preocupação em diagnosticar as necessidades do outro - cliente. E os demais seres de relação que integram o sistema de cuidados de enfermagem no ambiente de cuidado, esses são entendidos como seres de necessidades? Mas, que necessidades? O quanto conhecemos o outro – o colega e a nós mesmos para atender expectativas e necessidades e aventurar-nos a oferecer, além do cuidado esperado, o inesperado?

A dificuldade para responder tais questões pode estar relacionada ao processo formativo dos profissionais. O ensino em enfermagem busca capacitar o profissional à prestação do cuidado de saúde ao outro ser humano-paciente-cliente, ao desenvolvimento de competências humanas e técnicas, à realização e aperfeiçoamento de tecnologias de cuidados e de procedimentos que promovam a saúde, previnam doenças e recuperem lesões; na impossibilidade de cura ou recuperação, favoreça uma morte digna e com o menor sofrimento possível. A esse futuro profissional está assegurado um embasamento científico e o desenvolvimento de habilidades técnicas para atender às necessidades desse outro, inerentes ao exercício da profissão. No entanto, na formação e na educação permanente dos profissionais, há pouca preocupação com a dimensão humana dos demais sujeitos que não os clientes, inclusive a abordagem humana dos clientes apresenta falhas.

Para Falcón, Erdmann e Meirelles (2006), a formação universitária em saúde deve tratar a condição humana e a identidade dos seres na busca da compreensão do outro como sujeito, respeitando-o em sua singularidade e pluralidade, provocando no aluno o alcance de respostas para a pergunta: quem somos nós? As possíveis respostas possibilitam o auto-conhecimento, imperativo à realidade complexa em que vivemos. Os docentes formadores devem transmitir aos futuros profissionais os saberes condizentes à realidade, ao contexto, ao global, de forma a atingir a multidimensionalidade dos problemas reais, favorecendo os enfrentamentos necessários, ampliando a capacidade de ligar, integrar e associar os fenômenos múltiplos, bem como as múltiplas relações de cuidado que integram o eu, o outro e o nós.

Percebe-se que o conhecimento seja na área das ciências da saúde, das ciências humanas, das exatas ou do próprio cotidiano é conduzido de forma fragmentada e compartimentada, tornando difícil a sua contextualização. Exemplo disso é o ensino na formação do ser humano, em toda a cadeia escolar, conduzido separado do todo, isolando e não unindo os saberes e os conhecimentos, impossibilitando interações, retroações, contextos e complexidades das disciplinas. Dessa forma, o ser é condicionado a pensar/entender/perceber as partes do todo, sem integração dessas partes, sem perceber a presença do todo no interior das partes, manifestando um modo de pensar desintegrado do mundo e da sua própria realidade (MORIN, 2006a, 2006b).

Falcón, Erdmann e Meirelles (2006, p.350) corroboram com o exposto e afirmam que “o ensino privilegia a separação, em detrimento da ligação, e a análise, em detrimento da síntese”. Ressaltam as autoras que os educadores da saúde devem primar pelos conhecimentos que irão orientar o indivíduo na sua vida profissional, garantindo-lhe o desenvolvimento da aptidão para contextualizar e globalizar os saberes, considerados um imperativo da formação em saúde. O pensar multidimensional requer uma educação que religue os saberes e compartilhe as experiências disciplinares de maneira que não exista domínio de uma sobre as outras, que sejam respeitadas as particularidades, as necessidades e os avanços de cada envolvido, de cada disciplina.

Durante o processo formativo, além do conhecimento cognitivo e prático, o discente precisa ser incitado/instigado a olhar de forma ampla, acurada, crítica e reflexiva a realidade que o cerca para poder compreender a dimensão humana dentro de sua complexidade. No entanto, essa atitude crítica e reflexiva deve partir, numa condição primeira, dos próprios docentes/profissionais/cuidadores que educam/ensinam/formam um novo ser cuidador. Não esquecendo que a aprendizagem é contínua, é um processo de ensinar a aprender e aprender ensinando numa construção e reconstrução dos saberes e fazeres pertinentes à sua profissão e à sua própria vida/existência.

Com base no exposto, a instituição formadora tem um papel decisivo na sociedade. Os saberes acumulados pelas sociedades antecessoras são aprendidos e utilizados para responder os problemas cotidianos, para compreender o porquê das coisas, como agir, que decisão tomar, entre outras. Assim, os ensinamentos advindos de outras épocas somados ao contexto atual conduzem a uma relação dialógica e complementar e ao enfrentamento dos desafios dessa época (FALCÓN; ERDMANN; MEIRELLES, 2006).

Conforme Morin (2006b, p.16), “a compreensão é a um só tempo meio e fim da comunicação humana”. Daí, decorre a necessidade de incitar reflexão, a educação e a dialogicidade nos espaços de relações, nas organizações que prestam o cuidado, como meio para a compreensão mútua entre os seres humanos, quer próximos, quer estranhos. A compreensão na concepção do pensamento complexo necessita/impele à reforma da mentalidade e do pensamento, com conseqüente mudança de atitude.

Para Giddens (1991), a reflexividade consiste em constantemente examinar nossas práticas, as quais reformadas à luz de informação renovada alteram constitutivamente seu caráter. A reflexividade é um processo permanente e à enfermagem compete um constante exame sobre seu ser e seu fazer na associação com os demais seres, a fim de compreender a complexidade do processo de viver, dos limites e avanços inerentes aos seres e ao mundo em constante evolução e aperfeiçoamento, e que requerem compreensão.

A atitude crítica e reflexiva permite ao indivíduo, seja o docente, o discente e ou o profissional de enfermagem, questionar, repensar e discutir sobre determinado tema ou situação a fim de problematizar e compreender a realidade que o cerca. Ser um ser crítico e reflexivo traduz-se na capacidade de problematizar a realidade profissional e pessoal, bem como analisar as ações individuais e coletivas na prática do cuidado.

A atitude reflexiva implica em analisar a prática cotidiana de cuidado, considerando as condições ambientais, culturais, sociais em que a mesma ocorre, possibilitando a construção de novas formas de pensar e agir que, conseqüentemente, impelem novas e melhores práticas de cuidado.

A reflexividade sobre as relações/interações de cuidado é pertinente para compreender como ocorrem as múltiplas relações de cuidado que permeiam o espaço de relações no ambiente em que estas se estabelecem. O momento reflexivo é oportuno também para realizar uma (re)avaliação das próprias atitudes pelos profissionais e da sua relação de cuidado com os outros seres de seu convívio, com a coletividade pertencente aos ambientes de cuidado, buscando o entendimento da realidade complexa, a qual fazemos parte.

Considerando a multidimensionalidade do cuidado, os profissionais, futuros profissionais, educadores - os cuidadores em enfermagem - precisam ser estimulados a pensar/refletir nas ações cuidativas que visem o cuidado do outro – cliente e também dos demais

seres de convívio que coabitam espaços comuns, podendo, assim, promover o cuidado “do nós”.

O cuidado deve ser pensado/ensinado/praticado considerando o conjunto de relações de cuidado de forma integrada, ligada/interligada. Em qualquer contexto em que o cuidado se processe, o cuidador deve exercitar o cuidado aos seres do seu convívio e de relação, sobretudo, buscando a integração das múltiplas dimensões de cuidado na sua sistemicidade/totalidade.

O cuidar exige preocupação, conhecimento, dedicação ao próximo e a si mesmo e o profissional de enfermagem é o participante das relações cuidativas que possui mais condições de proporcionar/incentivar/facilitar um ambiente de cuidado aos clientes e aos profissionais cuidadores da equipe multiprofissional. Conseqüentemente, nessas relações estabelecidas, o cuidado estabelece a circularidade, vai e vem, fortalecendo o laço de relações, podendo o ser humano/cuidador ser e sentir-se cuidado, numa relação de troca mútua.

Na enfermagem, geralmente o cuidado é prestado a pessoas nunca vistas antes, seguindo os princípios de solidariedade e de responsabilidade profissional, que estão inseridos na base de um cuidar humanizado, que não discrimina raça, credo, gênero ou cor. Ao profissional de enfermagem cabe atender e compreender o outro em suas particularidades/singularidades, e, em suas multiplicidades/pluralidades, atitudes estas que sustentam sua prática profissional. No entanto, importa salientar que o profissional de enfermagem, como ser humano, também pode sentir-se cuidado pelo outro enquanto cuida, mesmo sendo o cuidado advindo de um estranho, cuja condição integra a circularidade do cuidado, numa troca mútua entre os seres.

Tais concepções inerentes às relações e ao mundo complexo, na forma de conhecimento e saber, não são transmitidas prontas seja na escola de formação seja na escola da vida. Portanto, o ser humano deve se esforçar para realizar uma aventura reflexiva para conhecer os mistérios da vida, das relações humanas, de cada um e de todos, e fundamentalmente de si mesmo, para libertar-se do reducionismo do pensamento.

Os profissionais de enfermagem estão frequentemente se relacionando com outras pessoas, em dimensões diversas, porque dependem de relações sociais, da interação com os amigos, a família, os colegas de trabalho e até com pessoas que não conhecem. Condição inerente à atuação profissional no campo da saúde humana. Todavia, o

tipo de relação com essas pessoas repercute no ambiente profissional, social e doméstico e impele aos questionamentos: como o profissional compreende/se compreende nas relações de cuidado? Que relações são essas?

Nas relações de cuidado, as atitudes/ações/atos influenciam e são influenciadas pelas interações que o ser humano estabelece com o meio em que vive, ou seja, a cultura, sociedade, educação, família, hábitos de vida... e que determinam o cuidado nas múltiplas dimensões em que acontecem.

A interação/integração/associação do ser humano com a realidade e o mundo que em que vive determina a intersubjetividade, o significado do cuidado “do nós”. Conviver saudavelmente os conflitos que permeiam o cotidiano, as experiências de equilíbrio/desequilíbrio, harmonia/desarmônia, organização/desorganização do todo e das partes constituem o cuidado, o qual envolve a promoção de condições saudáveis de viver e conviver, sendo que o ser humano cuida de si e sente-se cuidado por si e pelo outro na sua complexidade humana.

Na concepção de Erdmann (1996, p.43), o cuidar de si não compreende apenas o cuidado pessoal/individual para a sua sobrevivência como órgão biológico-social, ele vai além. A autora refere que o cuidar de si é reforçado pela necessidade do outro, na valorização das experiências vividas e compartilhadas, num processo de interação e troca com o outro e com o meio. Neste sentido, o ser humano precisa do outro, do processo relacional para efetivar o cuidado de si, desenvolver suas virtudes e forças autônomas. Dessa forma, “as necessidades de cuidado e do fazê-lo oscilam entre a consciência e inconsciência sobre elas, as vontades, os desejos, os interesses, as conveniências, as oportunidades e as possibilidades”.

As relações de cuidado de si e do outro animam o movimento de um cuidado coletivo, o cuidado “do nós”. Assim, entendemos que o cuidado “do nós” é representado pela interação/integração/associação de cuidado entre os seres envolvidos mutuamente. O cuidado “do nós” culmina numa troca mútua de cuidados onde eu preciso cuidar antes de mim para poder cuidar do outro, cuidando do outro sinto o cuidado processar em mim mesmo; o outro precisa sentir-se cuidado para processar o cuidado a outros e a si mesmo num processo circular cuidativo/integrativo entres os seres de cuidado envolvidos. O cuidado “do nós” representa a convivialidade cuidativa e é manifestado pelo envolvimento/reciprocidade/interação/integração/associação/relação de todos os seres humanos envolvidos, ou seja, o cuidado do todo depende

de cada uma das partes (individual) e o cuidado de cada parte depende do cuidado do todo (coletivo), cada um fazendo sua parte, seu cuidado, interligando o cuidado, sendo co-partícipe do seu cuidado, do cuidado do outro e o do cuidado coletivo, “do nós”.

É necessário um cuidar/cuidado que considere o cuidado de si e do outro, e cuidado “do nós” – o cuidado coletivo, que conjugue as múltiplas e complexas relações com e entre os seres da natureza, do universo, do mundo. Precisamos de relações de cuidado globais, simétricas, sinérgicas, constantes, abertas, solidárias... entre os diferentes povos, culturas, religiões; que considere as peculiaridades, singularidades e também as multiplicidades, pluralidades regionais, locais e ao mesmo tempo articule as similaridades e as diferenças, a troca, a comunhão entre estes. O cuidado entre os seres humanos de que precisamos deve ser interativo e integrativo, que possibilite irromper as barreiras da desigualdade, da desavença, da diferença e indiferença.

Para irromper a realidade obscura que se deflagra na contemporaneidade importa a mudança de paradigmas reducionistas instituídos que não comportam a dimensão de cuidado que precisamos buscar. Urge, conforme Boff (2003, p.24) a necessidade

de chegar ao paradigma holístico contemporâneo, que articula, relaciona tudo com tudo e vê a coexistência do todo e das partes (holograma), multidimensionalidade da realidade com sua não linearidade, com equilíbrios/desequilíbrios, com o caos/cosmos e vida/morte. Enfim, todas as coisas devem ser contempladas na e através de sua relação eco-organizadora com o meio ambiente cósmico, natural, cultural, econômico, simbólico, religioso e espiritual.

Boff (2003) pontua que os todos os seres humanos são seres-de-relação e por isso inter-retroconectados e reciprocamente solidários; são seres capazes de sentir e fazer sentir, afetar e serem afetados. Em suas existências de vida, os seres experienciam o cuidado e a necessidade de fazê-lo, a preocupação e responsabilidade de cuidar com/de outros numa co-relação mutuamente cuidativa.

Erdmann (1996) acrescenta dizendo que os humanos são seres de relações, e também de interações sociais e com o meio ambiente em que estão inseridos, que cuidam e são cuidados, co-participes nas relações múltiplas de cuidado, ativa ou passivamente. São seres que, no relacionamento com o outro, desenvolvem a interação e a troca de experiências, são seres de interdependência que necessitam vivenciar



momentos de troca com o outro para seu crescimento e realização pessoal. Nessas relações, eles cooperam, competem, colaboram, contribuem, exploram. Também, agem, reagem, interagem, pertencem, associam-se, partilham, interdependem, ajudam-se, trocam experiências/energias, diferenciam-se e integram-se, aproximam-se e distanciam-se, articulam-se, envolvem-se e negociam, convivendo a harmonia conflitual.

Boff (2003) declara a importância do bem comum, não apenas em relação ao aspecto social, dos seres humanos, mas desses na relação que estabelecem com a natureza, as relações ecológico-sociais. O ser humano em sua dimensão coletiva também se relaciona com os outros seres da natureza através da relação estabelecida entre os diversos ecossistemas. Portanto, cabe ao homem, com a racionalidade que lhe foi conferida, reconhecer e garantir o potencial ilimitado e infinito de relações que pode estabelecer, considerando a liberdade, abertura e também a ética inerentes o ambiente coletivo de relações.

Para Erdmann (1996), as relações múltiplas de cuidado conjugam a razão, a intuição, a lógica, a empatia; permitem o acontecer a arte das relações múltiplas de cuidado, permeadas de sensações vividas, sensibilizações provocadas, prazer de buscar o cuidado, de cuidar de si e de si junto-com o outro, de ser cuidado e de sentir o cuidado ser processado; permitem a integração de múltiplas relações e formas de cuidado. O cuidado “do nós” é representado pelas relações/interações/associações/ondulações em dimensões variadas de cuidado que se desenvolvem entre os seres humanos em um ambiente, que os relaciona e os transforma. Erdmann (1996) enuncia que nessas relações permeia/oscila a consciência e inconsciência, interesses, valores, necessidades, vontades, desejos, conveniências, impulsos, oportunidades e possibilidades. As relações se constroem/descontroem, se fazem/desfazem, se organizam/desorganizam/auto-organizam, num processo e contra-processo contínuo.

As relações entre os seres da natureza vivem/sobrevivem na presença de cuidado. O ser de cuidado quando reconhece/sente/percebe o cuidado no seu meio de relações, conseqüentemente desenvolverá/processará a mesma atitude de valor. É necessário existir envolvimento e sentimento de pertença numa relação para que aconteça o cuidado, para que se possa realizar/manifestar/retribuir, ser e sentir-se cuidado.

Corroboro com Boff (2003, p.85-86) quando elucida que,  
a vida e o jogo das relações só sobrevivem se  
forem cercados de cuidado, desvelo e atenção. A

pessoa se sente envolvida efetivamente e ligada estreitamente ao destino do outro e de tudo o que for objeto de cuidado. Por isso, o cuidado provoca preocupação e faz surgir o sentimento de responsabilidade.

Assim, as relações de cuidado estão interligadas, nas quais é necessário cuidar de si para cuidar do outro, para que o outro tenha, também, condições de cuidar dele, de mim, de outro – o cuidado “do nós”, culminando em relações múltiplas de cuidados e de significados em diferentes dimensões de cuidado. Envolvem essas relações o sentimento de envolvimento de um com o outro que remete à responsabilidade e preocupação pelo nós.

Nessas relações estabelecidas participam os seres cuidadores e os seres que são cuidados, incluindo as pessoas de relação mais próxima dos que são cuidados que formam um elo de ajuda mútua. As relações cuidativas que ocorrem num espaço físico e social são permeadas pela intuição, razão e lógica dos seres de cuidado que permitem as interações e relações múltiplas de cuidado (ERDMANN, 1996).

É pertinente abordar a importância das relações humanas de cuidado para um conviver mais saudável. Daí, ocorre à necessidade de buscar subsídios claros e amplos que possibilitem a compreensão do processo de viver, conviver, ser e sentir-se saudável.

O cuidado humano contém como elemento intrínseco a relação pessoa-pessoa e está presente em todas as dimensões da vida humana, no seu processo vital, nas condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer/transcender. O cuidado entre os seres é necessário para a manutenção da espécie, portanto, consubstancial a organização de uma sociedade (ERDMANN, 1996).

O processo de viver, segundo a autora, é um contínuo processo de cuidado mútuo e simultâneo de si, dos outros, pelos outros, dos seres vivos (formas vivas) e também dos seres inanimados (mundo material físico). Não obstante, para um conviver mais saudável, inevitavelmente, o ser humano necessita conviver com as diversidades da convivência humana, sendo co-partícipe ativo das relações sociais, num processo ininterrupto de cuidar.

Entende-se que, para um conviver mais saudável, o ser humano precisa correr os riscos e viver as tensões que a vida oferece, superando os desafios e contornando os obstáculos inerentes ao cotidiano e ao ser humano como ser vivo; precisa estar exposto às adversidades, aos

infortúnios e aos riscos presentes às circunstancialidades da vida humana, para, posteriormente, saber conduzir saudavelmente as intempéries e desenvolver a capacidade de enfrentamento, de viver a natureza – o processo natural da vida – processando naturalmente os ciclos naturais do nascer ao morrer, da saúde e da doença, do agradável e do desagradável, da alegria e da tristeza, dos altos e baixos que permeiam a vida humana.

A atitude saudável nas sinuosidades do percurso vital, dos eventos adversos, inesperados e tumultuados do conviver permite ao ser humano construir após a desconstrução, erguer-se após a queda e ganhar mesmo na derrota. Dessa forma, o habilita ao amadurecimento, ao equilíbrio entre o racional e o afetivo; suscita o sentido da vida e sentimento de valor e de pertença; auto-organiza as sensações, emoções, desejos e necessidades para um conviver mais saudável.

Os seres humanos (profissionais de enfermagem e de saúde) que convivem no ambiente hospitalar vivenciam o cuidado humano para um conviver mais saudável. Experimentam e enfrentam as conturbações do cotidiano que inquietam a si e ao coletivo para superar as animosidades do/no ambiente de relações.

Estes seres participam ativamente das relações de cuidado onde ocorre a relação consigo mesmos e com outros, caracterizando dimensões diversas de cuidado em um espaço físico e social e político-institucional.

As dimensões de cuidado ocorrem de forma integrada a partir de movimentos/ondulações entre os seres de cuidado envolvidos, num processo e contra-processo. As dimensões podem ser entendidas pelo cuidar de si, de si junto com o outro, o sentir o sistema pessoal processar o cuidado do corpo por si próprio, de ser sujeito de relações e estar no sistema de relações múltiplas de cuidado. O cuidado, em suas dimensões, aproxima os seres, integra-os em diferentes sistemas sociais/naturais, fortalecendo o sentimento de pertença (ERDMANN, 1996).

Assim, o ser, dada a sua dimensionalidade humana, se relaciona com outros, com o ambiente, com a natureza e com o mundo em diferentes dimensões de cuidado e co-cuidado.

Nascimento (2005), em seu estudo sobre as dimensões de cuidado em uma unidade crítica, apresenta algumas dimensões de cuidado, tais como: cuidado de si, cuidado como valor individual, cuidado profissional x comum, cuidado como relação de ajuda, cuidado afetivo, cuidado humanizado, cuidado como ato/atitude, cuidado como prática assistencial, cuidado educativo, cuidado como relação dialógica,

cuidado aliado a tecnologia, cuidado amoroso, cuidado interativo, não-cuidado, ambiência do cuidado e cuidado como essência da profissão e sentido/finalidade do cuidado. Nestas dimensões de cuidado e co-cuidado percebe-se a complexidade das dimensões de cuidar/cuidado integrados e presentes no processo de viver e conviver humano.

Waldow (1998, p.164) trata as dimensões estética e ética do cuidado humano na enfermagem. Segundo a autora “a dimensão estética do cuidar refere-se aos sentidos de valores que fundamentam a ação num contexto inter-relacional, de modo que haja coerência e harmonia entre o sentir, o pensar (conhecer/saber) e o fazer” e a dimensão ética está associada a presença/relação com o outro - o próprio cuidado humano – de forma plena e total com o ser humano, ser de cuidado. Considera, contudo, o cuidado humano como a própria ética da enfermagem.

Estudo com profissionais de enfermagem, realizado por Baggio (2008), desvela o cuidado de si – ser humano/profissional na dimensão de cuidado espiritual, biológico, físico, estético, amoroso, social, cognitivo. Estas dimensões, conforme o pensamento complexo são múltiplas e interligadas, concebidas nas suas especificidades, e que determinam o tipo de relação estabelecida seja consigo, com o outro e com o nós no sentido amplo e coletivo.

Os profissionais de enfermagem participam/estabelecem/pertencem a diferentes dimensões de cuidado humano a serem compreendidas em sua complexidade, a partir das relações de cuidados inerentes à realidade estudada. As dimensões de cuidado poderão pertencer às já descobertas e estudadas e a outras novas que serão desveladas no percurso deste trabalho, através da compreensão dos significados das relações integrativas de cuidado “do nós” no cenário da prática profissional dos profissionais deste estudo.

Após algumas descrições sobre as dimensões e relações do cuidado de si e do outro num processo de troca mútua de cuidados, percebe-se a necessidade de compreensão do cuidado “do nós”, cuidado esse que precisa ser construído, reconstruído, lapidado, compreendido em sua dimensão complexa, que condiciona o sentido de coletivo, de coletividade, de relação entre os seres humanos em uma dimensão mais ampla.

O cuidado vem sendo exercido pela enfermagem e por outras classes profissionais, sendo o cuidado como modo de ser e fazer abordado em diversos estudos, assumindo diferentes contornos na história da profissão de enfermagem. Porém, o tema cuidar/cuidado merece uma compreensão mais ampliada à luz de novos referenciais

(BACKES et al., 2006) e, por que não, de novos enfoques, como o cuidado “do nós”, um cuidado a ser compreendido pelas/nas interações estabelecidas entre os seres envolvidos no processo de cuidar/cuidado.

Diante da complexidade das relações humanas de cuidado, é relevante a busca por novos saberes sobre as relações/interações de cuidado em sua singularidade/multiplicidade, que poderão, posteriormente, beneficiar a enfermagem e a sociedade em geral com inusitados ou aperfeiçoados conhecimentos emergidos deste estudo, que podem e devem ser ampliados constantemente, de modo a explorar, cada vez mais, os potenciais de investigação em saúde humana.



## 2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO

Durante o processo formativo na graduação em enfermagem inquietava-me com os modos de relações de cuidado e não cuidado de si mesmo dos profissionais de enfermagem no seu cotidiano pessoal e profissional. Este último principalmente influenciado pelo processo de trabalho em enfermagem inerente às organizações de saúde. A minha formação, como tantas outras, não contemplou a interação das múltiplas dimensões de cuidado, seja de si, do outro e dos demais seres de relação envolvidos no processo de cuidar, condição está que instigou permanentemente a busca compreensiva de questões que envolvem o cuidado humano no seu processo relacional e interativo.

O vivenciar a experiência profissional como enfermeira assistencial e gerencial numa instituição hospitalar aguçou a necessidade de entendimento das questões que envolvem o cotidiano de trabalho associadas às questões de cuidado, *a priori* o cuidado de si do profissional de enfermagem. Assim, as percepções da academia e a vivência experienciada como profissional despertaram o momento reflexivo, de apreensão inteligível, ora intuitivo e ora racional (ERDMANN, 1996), instigando a investigação do **significado do (des)cuidado de si do profissional de enfermagem**, através de um estudo de mestrado<sup>1</sup>, no qual identifiquei, prioritariamente, a preocupação com o cuidado do outro, e, em contrapartida, a negligência do cuidado de si mesmo, não sendo hábito do profissional de enfermagem avaliar ou pensar o próprio cuidado. No entanto, a relação/ação de cuidado do/com o outro foi entendida também como um cuidado de si mesmo pelas trocas que proporciona, seja na relação de cuidado do cliente ou nas relações de cuidado, de afetividade, de troca de sentimentos mútuos com amigos, familiares, colegas (BAGGIO, 2004).

Na condição de aluna regular do curso de mestrado em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizei como requisito da disciplina de Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde, uma prática reflexiva com profissionais de enfermagem em um hospital público de Santa Catarina sobre a problemática das relações de cuidado de si, do outro e “do nós”, em diferentes dimensões, na perspectiva do paradigma da Complexidade. Essa prática possibilitou a aproximação da compreensão acerca das

---

<sup>1</sup> Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Humana (PRONSAU), da Universidade do Contestado (UnC), Concórdia, SC.

interações e associações estabelecidas na relação eu-outro-nós, como seres humanos, na relação eu-outro-nós-ambiente e na relação de cada ser humano consigo mesmo, a partir das mobilizações/ondulações/trocas particulares e recíprocas do viver e do conviver num mundo/cenário complexo (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

A partir da prática reflexiva, busquei aprofundar a temática em outro estudo de mestrado (Dissertação de Mestrado), o qual apresenta **os significados das relações múltiplas do cuidado de si, do outro e “do nós” sob a perspectiva da complexidade**, interligando as múltiplas dimensões de cuidado (BAGGIO, 2008).

O movimento dialógico com os profissionais de enfermagem, participantes do referido estudo, possibilitou conhecer as dimensões de cuidado citadas, que conforme o pensamento complexo são dimensões múltiplas e interligadas, concebidas nas suas especificidades, que determinam o tipo de relação estabelecida seja consigo, com o outro e com o nós no sentido amplo e coletivo.

A abertura do diálogo nas oficinas que integralizaram o estudo aproximou a compreensão acerca das relações de cuidado, permitindo a exposição de idéias e a expressão dos pensamentos, antagônicos e complementares, de cada um e entre todos. Pôde-se constatar que essa abertura promoveu o encorajamento dos seres de relação para pensar a própria relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo, aproximando a compreensão da complexa teia de relações humanas de cuidado.

Entende-se, com o estudo realizado, ser imperativo o estabelecimento da dialogicidade nos espaços sociais em enfermagem, entre os sujeitos e também cada um consigo mesmo para promover a abertura de idéias e pensamentos e para a compreensão da nossa realidade complexa, que consequentemente pode promover relações humanas saudáveis. Ainda, o estudo apontou ser imperativa a continuidade e ampliação da compreensão acerca das relações de cuidado “do nós” nas múltiplas dimensões em que acontecem, visto que o cuidado “do nós” é um tema ainda pouco abordado na enfermagem.

O estudo aponta a promoção do cuidado “do nós” como necessária para a construção de relações de cuidado mais saudáveis, o que permite questionar: pensar o nós pelos seres humanos seria o caminho para a convivência coletiva mais saudável e para as relações de cuidado mais harmônicas entre os seres e entre os seres e o ecossistema?

O ser humano é um ser social que, no relacionamento com outros desenvolve a interação e a troca de experiências, é um ser de interdependência; necessita vivenciar momentos de troca para seu



crescimento e realização pessoal. Dessa forma, vê-se a necessidade de ampliar a compreensão a cerca das relações de cuidado nos espaços em que ocorrem, a partir das relações/interações/associações estabelecidas entre os seres humanos. Assim, ao tentar aprofundar a reflexão sobre o processo de cuidado a partir das relações humanas, elenco a seguinte questão de pesquisa: **Como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”?**

O cuidado “do nós” é representado pelas relações/interações/associações que se desenvolvem entre os seres humanos. Portanto, considera-se pertinente abordar as relações de cuidado “do nós” experienciadas pelos profissionais de enfermagem, seus significados e suas imbricações com o trabalho, com o seu processo de viver, conviver, ser e sentir-se saudável, na tentativa de refletir/entender como ocorrem essas relações para oferecer subsídios claros e amplos, ou mesmo, instigar/possibilitar a cognição/reflexão sobre o tema.

Diante do exposto, propõem-se um estudo com os seguintes objetivos:

- **Compreender como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”.**
- **Elaborar uma estrutura teórico-filosófica das relações no processo de cuidar “do nós”.**

O alcance desses objetivos poderá auxiliar na compreensão da tese que defendo:

**Através das relações/interações/associações entre os seres humanos, os profissionais de enfermagem e de saúde constroem na sua prática de cuidado um conjunto de significados, que se conformam numa estrutura de referência do processo de cuidar mutuamente coletivo, o cuidado “do nós”.**

Incitar a complexidade do pensar/refletir, principalmente em se tratando de relações de cuidado “do nós”, atreladas ao sistema organizacional de cuidados de enfermagem e sua organicidade, é desafiante. É por meio do processo e contra-processo da complexificação e simplificação que se atinge a cognição, a compreensão, o encontro de significados ou não, abrindo para o inconcebível, na incessante busca pelo novo (ERDMANN, 1996).

Compreender o processo de cuidar, em especial o tema deste estudo, que propõe novos conhecimentos sobre as relações de cuidado experienciadas pelo ser humano, é um desafio de infinitas aberturas e dimensões. O ser humano é um ser de múltiplas relações e através da interação com o ambiente estabelece múltiplas experiências vividas a serem descobertas, compreendidas, aprofundadas, vasculhadas e retomadas num processo incessante e também tendencial, pois o ser humano e o universo estão em constante evolução, mudança, renovação que conseqüentemente propugnam novos e contínuos desafios do saber. Dessa forma corroboro com Boff (2003, p.56) quando assevera que “o ser humano é um ser de relações ilimitadas, juntamente com outros no mesmo mundo e no mesmo cosmos...”.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Será apresentado a seguir, a partir de revisão literária, o cuidado que vem sendo estudado e pesquisado, que tem influenciado a prática, o ensino e a pesquisa nas mais variadas formas e contextos. O leitor terá um panorama do cuidado humano em seu movimento dinâmico e processual criado e co-criado pelos seres nos espaços em saúde por meio de múltiplas relações. Serão abordados os seguintes temas: o cuidado e as relações humanas como processo vital; Relações de cuidado no espaço organizacional em enfermagem e saúde; A interação comunicativa entre os seres cuidados e cuidadores; Cuidado “do nós”, do coletivo; A ética das relações no ambiente de cuidados.

#### 3.1 O CUIDADO E AS RELAÇÕES HUMANAS COMO PROCESSO VITAL

Ao longo da existência humana o cuidado se processa entre os membros de grupos, no cuidado do seu semelhante. Inicialmente o cuidado entre os primatas era desenvolvido de modo singular, instintivo, e foi aos poucos sendo aperfeiçoado, institucionalizado, cientificizado. O cuidado, em sua singularidade, relativa a cada época, aponta uma conotação cada vez mais ampliada na necessidade de o homem ser cuidado e de cuidar para a sobrevivência da própria espécie (VAGHETI et al., 2007).

A história da civilização humana retrata que o cuidado sempre esteve presente nas múltiplas dimensões do viver, adoecer e morrer. Mesmo entre os animais, identificam-se manifestações e expressões de cuidado. Para a compreensão de cuidado, o retorno ao passado, à história do homem desde as origens da humanidade, é um decurso necessário. Na história da civilização humana, os costumes e os comportamentos das diversas culturas retratam o cuidado, seja na busca da sobrevivência, na relação com o meio ambiente e entre os próprios seres, cujas formas e expressões de cuidado são aperfeiçoadas ao longo do desenvolvimento humano (WALDOW, 2001).

Para Erdmann (1996), o cuidado é entendido como processo provedor e protetor da vida. Nas suas diferentes aplicabilidades, o cuidado contém como elemento intrínseco a relação pessoa-pessoa, estando presente na vida humana como processo vital, indispensável à manutenção das espécies e consubstancial à organização de uma sociedade.

O processo vital refere-se às “condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer/transcender” e o ser humano que o vivencia necessita de cuidados, necessita cuidar, cuidar-se e ser cuidado pelo outro num processo de transferência mútua e simultânea de cuidados para sua sobrevivência e sobrevivência da espécie (ERDMANN, 1996, p.122).

Corroborando com Erdmann (1996), Celich e Crossetti (2004) pontuam que na relação do eu com o outro se desvela o cuidado mútuo, em que os seres permitem-se serem cuidados e cuidam de outros, configurando uma relação de troca, de ajuda mútua. Essa experiência promove relações mais humanas, despertando e favorecendo aos seres a aproximação, a cooperação, a afetividade, o convívio e o diálogo.

Assim, nas interações e relações que estabelece com outros seres, o ser humano manifesta atitudes de cuidado humano nas múltiplas dimensões, seja física, psíquica, social e/ou espiritual. O cuidado em seu sentido mais amplo faz parte da existência humana, ou seja, é intrínseco ao sujeito, motiva-o a ir ao encontro do outro, importando-se com ele. Numa dupla via, quem presta o cuidado sente também necessidade de ser cuidado, deseja que o outro também venha ao seu encontro, confirmando a troca do dar e receber num processo interativo e intersubjetivo (KLOCK et al., 2007).

Desse modo, o cuidado é construído a partir da relação empática entre os seres, possibilita a troca e a ajuda mútua, cuja interação entre os sujeitos é permeada pelo respeito ao outro em suas limitações humanas, incapacidades, subjetividades e necessidades, num comprometimento sensível, amoroso, autêntico, ético e ilimitado do eu com o outro (CELICH; CROSSETTI, 2004).

Importa que, na relação de cuidado, os seres primem pela compreensão do outro, valorizando-o na sua unidade, integralidade e indivisibilidade, respeitando sua autonomia e liberdade para escolhas (BACKES et al., 2007).

Celich e Crossetti (2004) ressaltam que o homem como um ser social vive e necessita viver para si e para o outro, caracterizando um co-existir com o outro; condição que caracteriza a existência humana e a necessidade dos seres de coabitarem o mundo, respeitando e compreendendo os modos singulares de cada um, fundamental para a convivência humana, importante também nas relações e no ambiente de cuidado, no espaço organizacional em saúde, abordado no item seguinte.

Posto isso, entende-se que, na relação processual de cuidados, o ser humano necessita receber cuidados, sendo respeitado pelo outro em seu modo singular de ser. Não obstante, o cuidado autônomo, de si

mesmo, é imperativo para que o ser se sinta cuidado e sinta vontade de cuidar de outros também. Desse modo, cuidar do outro é também um cuidado de si e vice-versa, pois os seres necessitam sentir a presença construtiva e processual do cuidar sendo cuidado, do cuidado mútuo, solidário, compreensivo e empático. A relação processual de cuidado é circular e sistêmica, naturalmente construída, cujo cuidado nas suas múltiplas dimensões e interfaces, amplia a troca, a reciprocidade e avança para um cuidado coletivo, “do nós”.

### 3.2 RELAÇÕES DE CUIDADO NO ESPAÇO ORGANIZACIONAL EM ENFERMAGEM E SAÚDE

As múltiplas interações e associações de cuidado se constroem nos micro-espacos do cotidiano, estabelecidas na relação com o outro, seja entre profissionais de enfermagem e pacientes, com os familiares destes, entre os próprios profissionais e ou estes com outras pessoas de suas relações, desvelando-se e colocando-se junto com o outro. Na relação com o outro não basta cuidar por cuidar, é preciso ir além. É preciso de um cuidado horizontal, empático e sensível, que supere a inflexibilidade e estaticidade organizacional do cuidado técnico e das rotinas, oportunizando junto com o outro o cuidado acolhedor, solidário, criativo, responsável, comprometido com a dignidade e a complexidade do ser humano (KLOCK et al., 2007).

Para ser profissional de enfermagem é insuficiente estar habilitado técnico e cognitivamente, estando munido do título profissional. Isso não basta. À enfermagem é requerida, além de uma atitude ética e de responsabilidade social, a participação ativa no âmbito da profissão, estando comprometida e sendo co-responsável pelo cuidado do outro como produto do seu trabalho, um cuidado sem fronteiras, sem preconceitos culturais, sociais, econômicos. O cuidado não requer processos nem produtos formalmente instituídos. O cuidado se processa naturalmente pelo importar-se com o outro, através de uma atitude positiva e solidária, que compreenda o universo do outro (KLOCK et al., 2007).

A enfermagem, em relação a outras profissões, é a que empreende a maior parte do seu tempo na interação com o outro numa relação recíproca, interativa e cuidativa, porém não possui a exclusividade das ações de cuidado ao outro em sua atuação profissional. O cuidado é a força propulsora e dinamizadora das ações dessa profissão, que se renova continuamente em sua prática, na pesquisa e no ensino (BACKES et al., 2006). Por esta razão, cabe à

enfermagem também exercitar, promover e estimular o cuidado mais amplo, indo além do cuidado do outro, almejando o cuidado “do nós” como seres coletivos, estabelecendo e instigando a circularidade do cuidado.

No âmbito profissional, o cuidado entre os seres em suas dimensões revela-se insuficiente para compreender o cuidador como um ser de expressividade frente aos desafios do cotidiano do trabalhador, repleto de incertezas, angústias e desafios, faltando tempo para uma interação plena entre os profissionais no convívio diário. Para tanto, são estratégias salutares aos profissionais o lazer e a motivação que permitam a socialização e a aproximação entre seres cuidadores fora do ambiente organizacional, possibilitando a implementação de um cuidado mais pleno, promovendo um espaço para compartilharem suas vivências, servindo também como mecanismo de proteção para enfrentamentos da dor e do sofrimento comuns ao ambiente laboral (CELICH; CROSSETTI, 2004).

Mesmo no espaço organizacional, o momento de reunião da equipe de trabalho cria um espaço para reflexão, escuta e diálogo em grupo; para conscientização e transformação da realidade coletiva, considerando a individualidade e expressividade de cada um para concretizar mudanças necessárias ao cotidiano laboral, ao ambiente de quem cuida e de quem é cuidado, descobrindo novas maneiras de cuidar. Complementam as autoras que o profissional de enfermagem “só pode ser compreendido por meio de sua condição como ser-no-mundo, isto é, no seu modo-de-ser da sua existência humana, que vivencia experiências, sentimentos e emoções de forma singular, tornando sua existência autêntica” (CELICH; CROSSETTI, 2004, p.379).

A prática de cuidado no âmbito das organizações de saúde deve ser nutrida e cultivada para o desenvolvimento de um espaço de relações agradáveis, que promovam o crescimento individual e coletivo (do eu, do outro e “do nós”) seja em nível pessoal e/ ou profissional. O modo como se desenvolvem as relações humanas num determinado espaço determinam que essas sejam positivas ou negativas, satisfatórias ou ameaçadoras. Para que sejam positivas é imperativo que essas relações sejam fundadas no diálogo (WALDOW, 2001).

Cabe ao profissional de enfermagem articular e relacionar a rede de interações complexas de cuidado que compõem o sistema de cuidados em saúde, sendo as relações junto aos seres cuidados facilitadas através de atitudes e características exclusivamente humanas, de empatia, que conferem ao outro o sentimento de valor e fortalecem o

elo entre os seres envolvidos no processo de cuidar/cuidado (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

### 3.3 A INTERAÇÃO COMUNICATIVA ENTRE OS SERES CUIDADOS E CUIDADORES

Uma das formas de o cuidado ser expresso entre os humanos como uma expressão de interesse e carinho é através da capacidade da linguagem, a qual é utilizada para comunicar-se com outros (WALDOW, 2001).

No desenvolvimento do processo de enfermagem, a comunicação é empregada em múltiplas situações, sendo utilizada pelo enfermeiro na entrevista do paciente na realização do histórico de enfermagem, durante o exame físico, no planejamento da assistência, nas anotações dos prontuários e nas orientações aos indivíduos, famílias e comunidades, entre outros. O desenvolvimento de tais ações precisa ser planejado para que ocorra a interação terapêutica entre profissional e paciente, ou seja, o processo da comunicação e os elementos que a compõem sejam adequados para cada sujeito e ao contexto de ocorrência (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

O diálogo, a conversa, a dialogicidade, enfim, o momento que oportuniza a escuta entre um e outro ser e a expressão de suas lógicas fortalece o elo de cuidado e aproxima o ser cuidado e o ser cuidador. A relação e a interação humana são facilitadas no momento dialógico, um encontro entre os seres que favorece a troca, manifesta o interesse e a preocupação de um pelo outro, seja pela comunicação verbal ou pelo comportamento e atitudes que aproximam (a expressão facial, o olhar, os gestos, a postura corporal...) – o não verbal (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Desse modo, entende-se o relacionamento interpessoal e a comunicação como relevantes para a qualidade das relações humanas em qualquer contexto que se viva, devendo ser primados na interação terapêutica no cotidiano de cuidados, na assistência de enfermagem. Todavia, no contexto da enfermagem, o relacionamento interpessoal e a comunicação possuem debilidades (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

O relacionamento entre profissionais e pacientes muitas vezes ocorre de forma mecânica, sendo o outro-paciente visto pelos profissionais como objeto de trabalho, mero receptor de técnicas. Mesmo durante a comunicação, quando a comunicação ocorre, parece apenas uma troca de mensagens ou informações entre a

enfermeira/enfermagem e o paciente. Ademais, o paciente carece de estímulos e incentivo para que seja participante ativo no cuidado (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Contudo, questiona-se: que relação comunicativa é essa?

A comunicação é considerada um instrumento básico para aproximação e interação entre os seres, um instrumento de ajuda terapêutica, mas que precisa ser estimulada, exercitada e aperfeiçoada a fim de apresentar respostas positivas a cada um dos seres envolvidos. O processo de comunicação ocorre quando há troca entre os envolvidos, não havendo apenas um agente emissor ou receptor, por isso é preciso que seja recíproco e que na interação haja também a ação, a atitude interessada pelo outro, a escuta atenta, a fala oportuna e a abertura para a expressão do outro (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

### 3.4 CUIDADO “DO NÓS”, DO COLETIVO

O profissional de enfermagem, no contexto de cuidados, ocupa um espaço importante de interlocução entre o cuidado individual e coletivo, ou seja, o cuidado “do nós”. É através do contato constante com os seres sociais no ambiente organizacional, e fora dele, que a enfermagem processa o cuidado “do nós” numa interação múltipla, sensível e criativa.

O cuidado “do nós” remete ao cuidado coletivo quando engloba outros seres de relação, os quais representam um conjunto/equipe/grupo/reunião de pessoas, agregando outros além do eu. Para ocorrer o cuidado “do nós” há a necessidade de integração entre os membros, o pensar o coletivo, responsabilizando-se por atitudes, condutas e decisões que abrangem o eu e o(s) outro(s); o que significa incluir o eu no coletivo como participante ativo dessa relação (BAGGIO, 2008; BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

A enfermagem é um exemplo de cuidado “do nós”, de coletividade, cuja prática profissional, além de vivenciar na atuação prática o encontro de grupos, o dos profissionais, realiza também o cuidado para outros grupos de pessoas, dos pacientes, familiares. O profissional como integrante do grupo de profissionais da enfermagem e saúde é responsável pelo cuidado dos seus pares, pelo próprio cuidado e pelo cuidado do outro-cliente (BAGGIO, 2008).

A gestão do cuidado pelos enfermeiros também envolve pensar no coletivo, nos pacientes e seus familiares e na equipe interdisciplinar e multiprofissional que integra a organização de saúde. Segundo Baggio (2008), para gerir mudanças, o encontro “do nós” - dos profissionais de



saúde – é de fundamental importância quando se precisa determinar modificações que afetarão o coletivo. Desse modo, a pronúncia “do nós” denota que todos são responsáveis por algo que é comum ao eu e ao coletivo e, se algo for alterado, foi pelo nós decidido, o que garante a força e o poder da decisão, denota autoridade e designa responsabilidade coletiva.

O que é decidido pelo coletivo garante respeito pelo que a maioria representa, diferentemente do que quando uma decisão for tomada por um indivíduo apenas, representando os interesses individuais antes dos interesses da coletividade. Conforme estudo de Baggio (2008), muitos que exprimem em seus discursos a pronúncia “do nós”, nem sempre estão verdadeiramente interessados no benefício do coletivo. Muitas vezes, o sujeito que em seu discurso pronuncia o nós, o faz para defender interesses particulares ou de uma minoria. A título de exemplo, é citado no estudo referido, o discurso dos políticos e outros afins.

Em contrapartida, muitas vezes, quando alguém se refere ao nós em pequenos grupos é para minimizar a crítica ou não expor o criticado, tendo a intenção de apontar problemas, erros, inconformidades, insatisfações com a equipe, etc., mas sem expor individualmente cada um dos responsáveis, evitando o constrangimento (BAGGIO, 2008; BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

Como se vê, o cuidado “do nós” tem uma infinidade de dimensões a serem exploradas, e pouco refletidas pelos sujeitos da enfermagem e da saúde, sendo imperativo o aumento da reflexividade do cuidado que representa a coletividade, o eu e a todos os seres de relação, o nós.

Lunardi et al. (2004, p.933) apontam o cuidado de nós, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, como um cuidado de si mesmo, uma condição primeira e necessária em que “é preciso ocuparmos de nós, cuidarmos de nós; não numa perspectiva de egoísmo ou de interesse individual, mas como aperfeiçoamento pessoal, superação dos apetites, dos desejos e paixões que possam dominar-nos”. O cuidado de nós pode ser entendido como uma conduta que influencia o coletivo, o nós, como uma relação aberta, de troca simultânea de cuidado entre os seus agentes, o eu, o tu e o nós; um cuidado de si que condiciona o cuidado dos outros na prática de saúde.

### 3.5 A ÉTICA DAS RELAÇÕES NO AMBIENTE DE CUIDADOS

Com o franco desenvolvimento das sociedades contemporâneas, a procura pelo equilíbrio entre o bem individual e o bem coletivo é constante, sendo a ética um pilar fundamental. Na enfermagem, a atitude ética do profissional em suas ações e na tomada de decisões tem especial significado nas relações que estabelece. Os profissionais da enfermagem, no desempenho das competências da profissão, não se limitam à competência técnica, mas também ao sentido humano, fundamentado nas relações que estabelecem (MENDES, 2009).

A ética qualifica as ações e as relações de cuidado, sendo indispensável na convivência humana. No cuidar do outro, o profissional quando ético permite a liberdade desse outro, assegurando sua dignidade e o seu direito de escolhas. A consciência do profissional intensifica a luta contra o que ele reprime, possibilitando a abertura para ação e prática do bem do outro de acordo com os valores morais, sem determinação externa do que e como fazer. Desse modo, importa a reflexão acerca do significado dos próprios atos e das normas a seguir, sendo a ética um tipo de compreensão humana. É a partir da sua consciência, experiência e sensibilidade perceptiva que o profissional poderá compreender o outro e ser compreendido (MENDES, 2009).

As relações humanas, incluindo as dos diferentes grupos profissionais e desses com os clientes são norteadas por diversos códigos, normas e princípios éticos. No entanto, o princípio fundamental é o respeito ao ser humano, o respeito à sua autonomia e à liberdade de escolhas, o que garante a sua participação nos processos decisórios, sendo garantida a condição de sujeito a quem quer que esteja envolvido na relação (LEITE; CLAUDINO; SANTOS, 2009).

A profissão da enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência (COFEN, 2007). É requerido do indivíduo que exerce a profissão o comprometimento com a promoção, proteção recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e da coletividade, cujas ações devem ser amparadas pelos preceitos da ética e da legalidade (LEITE; CLAUDINO; SANTOS, 2009).

Na enfermagem, é o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que regulamenta a profissão, apontando os princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes ao exercício da ética (COFEN, 2007), sendo dever do profissional de enfermagem conhecer e respeitar as normas que regulamentam a profissão.

Entretanto, no exercício da enfermagem não é incomum o profissional confrontar com problemas relacionados ao agir ético advindo das relações interpessoais com outros profissionais, clientes e familiares, as quais produzem conflitos e dilemas morais e conseqüente sofrimento moral para os envolvidos (MENDES, 2009; DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009).

De acordo com Mendes (2009), a ação do profissional frente à ocorrência ética deve ser guiada conforme sua consciência, num domínio puramente reflexivo. É a capacidade reflexiva e o princípio ético dos profissionais que qualificam suas ações. No exercício da prática em enfermagem tais ações são qualificadas quando assentadas nas virtudes do saber (técnico e científico), da sabedoria (o saber ético) e da prudência no exercício da prática. Para o autor,

o saber é a virtude que ajuda na descoberta da verdade; a sabedoria é a capacidade de teorização que ajuda a delinear o fim, entendendo este delinear um ponderar, um discernir os prós e os contras dos próprios fins; por último, a prudência, a que os antigos chamavam de sabedoria prática, é a que nos leva a decidir pelos meios para chegar aos fins (MENDES, 2009, p.168-9).

Quanto à organização do trabalho da enfermagem, quando os profissionais concordam em desenvolver suas atividades laborais em condições organizacionais precárias, não podendo desenvolver as competências técnicas e humanas com base no que foi aprendido na formação e no que acreditam ser correto, estão negando a si mesmo e, muitas vezes ao paciente, o direito de serem respeitados. Tais ocorrências éticas, no campo da saúde hospitalar principalmente, permanecem pouco questionadas ou denunciadas pelos que vivenciam essas ocorrências (LUNARDI et al., 2007).

Mazur, Labronici e Wolff (2007) ressaltam que é imprescindível que o profissional tenha boas condições de trabalho, com um ambiente adequado para a realização do cuidado de enfermagem, com recursos físicos e materiais necessários, além de recursos humanos suficientes para que a demanda da clientela tenha um atendimento de qualidade.

Conforme estudo realizado por Dalmolin, Lunardi e Lunardi Filho (2009), quando o profissional se depara com a precariedade de recursos, de um lado, e de outro, o desejo de prestar um cuidado de qualidade, ocorre conflito e sofrimento moral intenso relacionado ao

anseio pela qualidade do cuidado prestado e o medo de punição ao solicitar melhores condições de trabalho aos gestores. O dilema ético advém da intenção de oferecer um atendimento diferente daquele que a organização possibilita com os recursos disponibilizados, da impossibilidade de expressar as dificuldades vividas, e de sugerir mudanças relacionadas à organização do trabalho pelo medo de sofrer punições, deixando o trabalhador, desse modo, de expressar-se como trabalhador e cidadão de direitos e deveres.

No desempenho das competências profissionais, acima de tudo, o trabalhador da enfermagem necessita manter boas relações interpessoais no ambiente laboral, uma vez que interage com diferentes membros da equipe, cada qual com suas singularidades. Quando muitas pessoas interagem no mesmo ambiente, o conflito e o choque de idéias devido às diferenças de pensamentos e de interesses é uma constante (DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009). Por esta razão, devem prevalecer as atitudes de respeito fundamentadas no saber (técnico e científico), na sabedoria (o saber ético) e na prudência (MENDES, 2009).

Segundo Lunardi et al. (2007), urge que as enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem consolidem uma atuação ética ao desempenhar suas atividades laborais nas organizações e instituições de saúde. Apontam para a necessidade do exercício de poder da enfermagem na relação consigo e na relação com os demais seres, buscando o alcance de suas satisfações, desejos, aspirações. Importa uma análise dos movimentos contraditórios, de resistência ao modo de exercício profissional que vem sendo desenvolvido, ao exercício de poder de uns sobre os outros, ao sentimento de falta de poder no que se refere ao bem-estar dos pacientes.

Frente ao confronto com dilemas éticos, os profissionais devem buscar respostas que assegurem a dimensão humana nas relações que estabelecem, tendo como âncora os princípios éticos e morais que fazem parte do seu processo de viver e da prática da profissão, considerando o respeito aos princípios universais referentes à preservação da dignidade humana, da autonomia e da justiça (LEITE; CLAUDINO; SANTOS, 2009; MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007).

Sobre as ocorrências éticas em saúde, Freitas, Oguisso, Merighi (2006) asseveram que um processo educativo permanente deve ser meta planejada pelo serviço de enfermagem e pela organização de saúde, de modo a consolidar a participação, o diálogo e uma rede de apoio entre seus membros, despertando, nos sujeitos envolvidos, a reflexão e a responsabilidade por suas condutas éticas.

As ocorrências éticas não se restringem apenas às falhas técnicas na execução de procedimentos, mas também ao modo como ocorrem as relações interpessoais ou interprofissionais. O desrespeito na relação com o outro se revela também uma ocorrência ética (FREITAS; OGUISSO, 2007).

Enfermeiros participantes de um estudo sobre ocorrências éticas de enfermagem revelam em suas percepções a importância das relações humanas, que perpassa pelo respeito e pelo bom relacionamento entre os envolvidos. Ressaltam, ainda, os enfermeiros, a importância do sigilo, a obediência às normas e leis regulamentadoras da profissão, a preocupação com a melhoria da qualidade da assistência e a atenção quanto aos aspectos legais, referentes aos direitos e deveres dos profissionais da enfermagem (FREITAS; OGUISSO; MERIGHI, 2006).

Lunardi et al. (2007) despertam a atenção para as relações entre a organização do trabalho da enfermagem e as relações de poder sob o enfoque da ética e apontam que estas podem constituir-se em fonte de sofrimento já que tais relações envolvem o exercício de poder dos profissionais da enfermagem e dos múltiplos atores envolvidos nas instituições de saúde, podendo desencadear conflitos e sofrimento moral. Destarte, a ética, por enfatizar valores, deveres, direitos e o modo como são conduzidas as relações pelos sujeitos, representa uma importante dimensão para um cuidado mais humano nos espaços organizacionais de saúde (LEITE; CLAUDINO; SANTOS, 2009). Contudo, envolve a responsabilidade tanto dos profissionais de enfermagem, quanto das organizações de saúde, os quais são responsáveis por construir um corpo de conhecimentos e despertar nos membros envolvidos no processo de cuidar/cuidado, a reflexão sobre os atos e atitudes de cada um.



## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

É oportuno justapor a este estudo a teoria da complexidade para aproximar/facilitar a compreensão dos fenômenos complexos emergentes das relações de cuidado “do nós” nas suas múltiplas dimensões, tendo como base teórica o pensamento complexo de Edgar Morin. Para uma melhor compreensão do objeto de estudo, é fundamental uma aproximação acerca do termo coletivo, que na proposta apresentada neste projeto de tese compreende o nós, seres humanos, profissionais de enfermagem e de saúde, nas múltiplas dimensões do viver humano. Para isso, serão utilizadas como base teórica as idéias de Anthony Giddens, e de outros estudiosos que abordam o tema, bem como o aporte de enciclopédia.

### 4.1 O PENSAR COMPLEXO

O pensar complexo não se resume a uma palavra, a uma definição, a uma lei ou idéia simples, ou seja, a complexidade não pode ser simplificada ou reduzida a um tema. Para o entendimento do pensar complexo é preciso despir-se de qualquer conceito chave, idéia pronta ou resposta definitiva; é preciso estar aberto ao novo, ao incerto, ao complexo. O pensar complexo está na percepção do ser da impossibilidade de encontrar respostas concretas, de solução e resolução dos problemas; está na expressão do incômodo, na inquietação, na incompletude e na incerteza das respostas que busca (MORIN, 2006a).

O pensamento complexo é animado pela tensão e movimento constantes que expressam traços inquietantes do emaranhado, do inextricável, da incerteza, da desordem, da confusão, da ambigüidade, da incompletude... O pensar complexo recusa modos simplificadores, reducionistas, ofuscantes e mutiladores do pensamento unidimensional. Sua ambição é dar conta das articulações entre os múltiplos campos disciplinares que são desmembrados pelo pensar disjuntivo, que separa e isola disciplinas, saberes (MORIN, 2006a).

A complexidade é animada pela capacidade de o ser humano articular, integrar, reunir, relacionar, inter-relacionar, associar as partes e o todo; pela capacidade de operar o uni e o multidimensional; de apreender os problemas locais e globais fundamentais para compreensão do contexto, do mundo complexo (MORIN, 2006a; 2006b). Um aspecto positivo que a complexidade imprime é o desafio da busca de respostas e de compreensão dos fenômenos, considerados o ponto de partida para um pensamento multidimensional (MORIN, 1996).

A complexidade significa o que é/foi tecido junto; significa a união, a relação, a interação, a integração, a associação entre o uno e o múltiplo, quando elementos heterogêneos (econômico, político, sociológico, psicológico, afetivo, mitológico) constituintes do todo são inseparavelmente associados; significa a multidimensionalidade e a pluralidade dos acontecimentos, das ações, das interações, das determinações, das retroações e dos acasos que constituem o mundo fenomênico, para a sua compreensão. Assim, o pensamento complexo agrega elementos diferentes e inseparáveis para a constituição do todo, representa a conexão interdependente entre as partes e o todo, o todo e as partes, e das partes entre si (MORIN, 2006a, 2006b; 2000).

O pensar complexo instiga a busca de compreensão de algum fenômeno ou conhecimento de uma dada realidade. Todavia, quanto mais o ser humano busca o entendimento sobre complexidade, mais percebe o quanto o caminho precisa ser percorrido e o pensar lapidado, aperfeiçoado, pois, quanto mais aguçada for essa busca, maior será a incompreensão. Isso significa complexidade, o inacabado, a incompletude do conhecimento.

A complexidade está ligada a uma mistura ambígua de ordem/desordem, certo/incerto, equilíbrio/desequilíbrio. Na visão complexa, as contradições não significam erro, mas a possibilidade de atingir uma camada mais profunda da realidade, sendo a compreensão exercitada, mas não acabada, justamente por não haver concretude nesta lógica, uma ordem ou certeza absoluta (MORIN, 2006a).

Complexidade não deve ser confundida com complicação, sendo a complicação um emaranhamento intenso das inter-retroações, apenas um dos elementos constituintes da complexidade. Uma condição não se reduz à outra. Não se pode negar a existência de modos simplificadores do pensamento, tidos como parciais e desintegrados. Consciente disto, a complexidade visa integrar os vários modos simplificadores do pensar e recusa conseqüências mutiladoras, redutoras e unidimensionais em sua concepção (MORIN, 2006a).

Com base no exposto, se pode questionar: como conceber a complexidade em sua obscuridade, incerteza, desordem, pluralidade, contradição, complicação, complementaridade? Para Morin (1996), não existe receita ou respostas para aprender/aprender/compreender a complexidade. Daí decorre o grande desafio: a motivação para pensar/refletir as diversidades/multiplicidades ao longo do caminho percorrido. A complexidade aproxima a compreensão dos fenômenos imbuídos de incertezas e indeterminações provenientes dos limites



individuais de entendimento ou da própria complexidade dos fenômenos (MORIN, 2006a).

## 4.2 A COMPLEXIDADE HUMANA

O ser humano é um hipermamífero que vive o amor, a ternura, a afetividade, a cólera e o ódio, características específicas dos mamíferos. Conserva e amplia a solidariedade, mas também a rivalidade. Desenvolve qualidades específicas de memória e inteligência. Experimenta o amor, o prazer e o sofrimento. É um sobrevivente por desenvolver de forma superior potencialidades da organização da vida, criando novas esferas de vida, como a vida do espírito, dos mitos, das idéias e da consciência. É um superprimata por transformar traços esporádicos ou provisórios dos macacos superiores em caracteres permanentes dos homens, como a postura bípede, a utilização de instrumentos. Com a hipertrofia do cérebro dos primatas, desenvolveu a inteligência, a curiosidade e a linguagem, tornando-se um ser pensante. É um ser dependente da natureza biológica, física e cósmica, mas também da cultura, que lhe permite produzir identidades éticas, religiosas, culturais, sociais e racionais (MORIN, 2005; 2002).

Morin (2006b) considera que os seres humanos são singulares, mas também são seres múltiplos, que trazem em sua unidade multiplicidades interiores, personalidades virtuais; uma poliexistência no real e no imaginário, no sono e na vigília, na obediência e na transgressão, no ostensivo e no secreto. São seres infantis, neuróticos, delirantes, possuidores de sonhos, de fantasmas, de impulsos, de desejos, de amores insatisfeitos, de acessos de ódio. São ao mesmo tempo seres sábios e loucos, trabalhadores e lúdicos, empíricos e imaginários, econômicos e consumistas, racionais e irracionais, prosaicos e poéticos, fervorosos, participantes, amorosos, capazes de medida e de desmedida. São seres de afetividade intensa, mas também instáveis emocionalmente, angustiados, gozadores, ébrios, estáticos. São seres de violência e de ternura, de amor e de ódio; que choram e que riem, sérios e calculistas, possuidores de angústias e ansiedades; que se desgastam, se entregam, se dedicam; que possuem consciência da própria morte, mas não crêem nela. Nutrem-se de conhecimentos comprovados, mas também de ilusões e de quimeras.

Para Morin (2006a, 2006b), o ser humano complexo é uni e multidimensional, singular e plural; é um ser biológico, afetivo, psíquico, social e racional, que em sua constituição complexa agrega singularidades e pluralidades de outros seres, advindas das relações e

interações com outros viventes. É um ser de subjetividade/objetividade/intersubjetividade, que vive com normas, regras, proibições, estratégias, crenças, idéias, valores e mitos, mas que também convive com desregramentos; pertencente a uma sociedade que comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica, religiosa, que traz em si mesmo sua individualidade/autonomia/dependência; um ser inacabado, incompleto e imperfeito por natureza.

O ser humano desenvolve em seu mundo vários papéis sociais, na sua casa, no seu trabalho, com amigos ou desconhecidos. Cada um dos seus papéis tem uma multiplicidade de identidades, uma infinidade de personagens quiméricos, um mundo de fantasias e de sonhos. Cada um destes papéis possui influências múltiplas das interrelações estabelecidas com outros seres, das trocas, dos múltiplos aspectos que envolvem cada ser, seus aspectos biológicos, sociais, culturais, psicológicos, econômicos (MORIN, 2006a).

Morin (2006b) assevera que o homem é um ser biológico plenamente cultural. O homem se realiza plenamente como ser humano pela/na cultura à que pertence. A cultura comporta normas e princípios, o que é conservado, transmitido, apreendido. O homem, se não dispusesse da cultura, seria um primata de baixo nível.

O homem é em sua unidade um ser biológico; e em sua diversidade um ser cultural, psicológico, social. A unidade traz em si múltiplas diversidades. A unidade não está apenas nos traços biológicos do homem, existe também diversidade biológica na unidade humana; não existe apenas unidade cerebral, mas psíquica, mental, afetiva, intelectual. Como a unidade, a diversidade não está apenas nos traços psicológicos, culturais e sociais. A unidade deve conceber e favorecer a diversidade (MORIN, 2006b).

Assim, a complexidade humana só pode ser compreendida se considerar o ser humano na sua unidade e na sua diversidade. O homem é produto do processo de reprodução da espécie humana e a sociedade é o produto da interação entre os indivíduos, condição que possibilita a instauração da cultura (MORIN, 2006b).

### 4.3 O CAMINHO PARA A COMPREENSÃO HUMANA

A mente humana, tendo o desenvolvimento da inteligência, permite tratar problemas complexos, particulares ou não, utilizando por meio do pensamento, o questionamento e a problematização para encontrar soluções, inventar, criar, inovar. A inteligência, o pensamento

e a consciência estão intimamente integrados para que ocorra a reflexividade e a racionalidade (MORIN, 2002).

As idéias, os pensamentos e o consciente se fundem, tornando o ser reflexivo, permitindo a reflexividade sobre si mesmo, sobre os outros ou sobre os acontecimentos, permitindo o conhecimento, a compreensão de si, dos demais seres e dos fenômenos que envolvem o processo reflexivo (MORIN, 2002).

Na visão da complexidade, a racionalidade é aberta por natureza, permite o diálogo entre o certo e o errado, reconhece os limites da lógica, negocia com a irracionalidade, com o obscuro, com o irracionalizável. Opera a interface racional entre a lógica e o empirismo, promove o debate de idéias, a crítica e a autocrítica (MORIN, 2000).

A consciência é a emergência última da qualidade do sujeito, uma emergência reflexiva; sem dúvida, a qualidade mais preciosa, que permite o retorno da mente a si mesmo como produto da atividade reflexiva do ser, do espírito, sobre si mesmo (MORIN, 2000).

Para Morin (2000), a compreensão das coisas do mundo é facilitada pela articulação reflexiva que o homem realiza por meio do desenvolvimento da inteligência, da consciência, da sua capacidade de pensar. Aprender a compreender é um exercício constante, que nunca deve ser concluído e sim continuamente recomeçado.

Morin (2006b, p.16) assevera que “a compreensão é a um só tempo meio e fim da comunicação humana”. Para o autor, precisamos de uma compreensão mútua, quer próximos ou estranhos, em todos os sentidos, podendo a compreensão levar a uma reforma das mentalidades e a abandonar o estado bárbaro de incompreensão que vivemos.

O problema da compreensão possui interface planetária e individual. A compreensão planetária envolve a compreensão entre os seres humanos, as relações e os encontros entre as pessoas, as culturas, os distintos povos e suas culturas, que se multiplicam intensamente. A compreensão individual remete às relações particulares, entre seres mais próximos, familiares, marido e mulher, pais e filhos. Essas são as relações mais ameaçadas pela incompreensão na modernidade. Mal-entendidos, ciúmes, agressividades podem ser alimentados nas relações entre os seres mais próximos, cuja proximidade física não garante diálogo, abertura, empatia, identificação, projeção, generosidade. Estas incompreensões deterioram as relações e arrasam famílias (MORIN, 2006b).

Muitos são os obstáculos à compreensão. A incompreensão de si, para Morin (2006b), é uma causa da incompreensão do outro. O modo de pensar redutor, simplificador, dominante, que reduz o ser humano ao

juízo de uma ação, condiciona à incompreensão do outro, não considera a multiplicidade desse outro.

Para ser compreendido, o ser humano não pode ser reduzido a um ato e, por essa razão, Morin (2006b, p.100) afirma que a “compreensão complexa não desculpa nem acusa... se soubermos compreender antes de condenar, estaremos no caminho da humanização das relações humanas”.

Compreender demanda esforço, requer o bem pensar e a introspecção. O esforço precisa ser espontâneo, não requerendo reciprocidade; o bem pensar permite apreender as condições do comportamento humano, o texto e o contexto, o ser e o seu meio, o local e o global, o multidimensional, o complexo; a introspecção busca o autoexame, sendo necessária para a compreensão das próprias fraquezas humanas, condição para compreensão do outro. Os seres humanos são frágeis, falíveis, insuficientes, carentes, incompletos, e necessitam mutuamente de compreensão (MORIN, 2006b).

Para Morin (2000), vivemos atualmente uma incompreensão generalizada, sendo a incompreensão vivida, quer com estranhos quer com conhecidos, membros de uma mesma família, de uma mesma sociedade, entre pais e filhos, entre casais. O autor considera a ética da compreensão como a chave dos nossos tempos, para o entendimento das relações humanas no seu sentido amplo, coletivo e complexo.

A ética da compreensão pede que se compreenda a incompreensão, se compreenda as causas da incompreensão, e que essas sejam superadas. A ética da compreensão requer que se relacione a ética das pessoas com a ética da era planetária, requerendo, das pessoas e entre as pessoas, compreensão global. As relações precisam de abertura para compreensão. Entretanto, para compreender, é preciso aprender e reaprender incessantemente (MORIN, 2006b).

#### 4.4 SISTEMAS ABERTOS COMPLEXOS

Os sistemas abertos estão em constante movimento e interação com seu meio, cuja estrutura depende de alimentação externa. Os sistemas vivos são sistemas abertos, realizam trocas, interagem com o meio e dependem das relações e interações externas para a sua sobrevivência. Os seres humanos, como sistemas vivos, também são considerados sistemas abertos. Por essa razão, são seres de trocas, de interação, de inter-relação, que dependem das relações externas que estabelecem com o meio para seu próprio desenvolvimento (Morin, 2006a)

Conforme Morin (2006a), um sistema para ser aberto precisa estar em constante equilíbrio e desequilíbrio com o meio, em inconstância, em movimento. O equilíbrio, a estabilidade, a constância é entendida pelo autor como um sistema fechado em si, que não precisa alimentar-se com o externo, não precisa realizar trocas, por isso não interage com o meio. Assim, o desequilíbrio é o fluxo energético que nutre, renova sem cessar, organiza/desorganiza, desequilibra para equilibrar num contínuo e dinâmico processo natural que mantém o sistema vivo em interação, possibilita trocas, inter-relação...

Para exemplificar, Morin (2006a) cita uma pedra como sistema fechado, por este elemento estar em estado de equilíbrio, não realizando trocas de matéria ou energia com o ambiente externo. Por outro lado, a chama de uma vela é entendida como sistema aberto, por não estar ligada a um estado de equilíbrio. De modo contrário ao da pedra, a chama da vela apresenta desequilíbrio de fluxo energético, um desequilíbrio alimentador que permite um aparente equilíbrio, um estado de estabilidade e continuidade.

Os seres humanos, os organismos vivos, como sistemas abertos, vivem a inconstância do equilíbrio/desequilíbrio, num movimento incessante de trocas, mutações. Enquanto o conjunto permanece aparentemente estável e estacionário, as moléculas e células renovam-se sem cessar (MORIN, 2006a).

Os sistemas abertos podem ser compreendidos na relação com o meio ambiente, nas interações e trocas entre sistema e ecossistema. Essa relação ecossistêmica entre sistema aberto e o ecossistema é, ao mesmo tempo, de ordem material e orgânica, organizacional e informacional, tendo caráter aleatório de forma concomitante (MORIN, 2006a).

Uma visão simplificada de sistema aponta que a parte está no todo. Já a visão complexa complementa dizendo “não só a parte está no todo; o todo está no interior da parte que está no interior do todo”. Para melhor compreender a complexidade da relação existente, da parte que está no todo e o todo que está na parte, numa perspectiva hologramática, apontam-se exemplos: cada célula do organismo humano contém a totalidade do código genético presente no corpo humano; uma sociedade, desde a infância, em cada criança, se imprime como o todo através da educação familiar, da educação escolar, da educação universitária; o mundo está no interior da mente humana, que está no interior do mundo, pois o homem conhece o mundo por meio de mensagens transmitidas pelos órgãos dos sentidos ao cérebro. Essas situações elucidam o conjunto de relações complexas que comportam um sistema aberto e dinâmico (MORIN, 2006a, p.88).

Para Morin (1996), a circularidade dessas relações é construtiva, condição em que não são anulados caracteres antagônicos ou concorrentes. A noção de sistema conforme a visão complexa permite apreender o conjunto das relações, cujos caracteres se tornam complementares no movimento que os associa. As relações todo-partes devem ser mediadas pelas interações entre as unidades complexas.

Uma importante idéia de sistema, segundo Morin (1996), é que na organização complexa de um sistema, o todo dispõe de propriedades, incluindo às de nível de partes, que não existem nas partes isoladas do todo. Essas propriedades ele chama de emergentes. Surgem do acaso das interações e, uma vez produzidas, retroagem sobre as mesmas condições da sua formação. A emergência dessas propriedades ocorre sob condições aleatórias. Um exemplo disso seria a formação de uma célula, que surge sob condições desconhecidas e, tendo propriedade de metabolizar, de realizar trocas com o ambiente externo e fundamentalmente de reprodução, se autoreproduz, multiplica-se sob condições que dependem não só do meio externo, mas da sua própria organização, da sua autonomia. Entretanto, para a autonomia acontecer há certa dependência em relação ao meio externo. Assim, quanto mais uma célula se desenvolver em sua complexidade, mais desenvolverá autonomia, e mais dependências terá.

À relação de autonomia e dependência, Morin (1996, 2000) denomina de auto-eco-organização, estritamente particular dos sistemas vivos, que em sua organização incessantemente se produzem (auto-reproduzem), regeneram (auto-reparam), sendo responsáveis pela produção e desenvolvimento da própria vida. Porém, os sistemas vivos são autônomos (auto-produção e auto-organização) e ao mesmo tempo dependentes do meio externo (ambiente) para que possam desenvolver sua organização, por isso auto-eco-organização. Um exemplo disso é a auto-organização da vida biológica que se regenera permanentemente a partir da morte de suas células.

A enfermagem, desde o nascimento da profissão, desenvolve e busca sua autonomia a partir das dependências externas que a profissão possui, desde as dependências sociais, de inter-relação, até a dependência do conhecimento construído por outras profissões. Ao mesmo tempo em que a profissão é autônoma em sua organização, ela interdepende, organiza-se e desorganiza-se a partir das relações estabelecidas entre os profissionais que a formam, transformam. Portanto, a partir de um ou mais indivíduos a profissão e os profissionais que a formam vivem a auto-eco-organização. Neste estudo, o fenômeno

auto-eco-organizador fundamenta a emergência do cuidado, do cuidado “do nós”, do que é coletivo e individual ao mesmo tempo.

A coletividade, o nós, representado pelos seres de inter-relação/inter-dependência que co-habitam o ambiente representa traços comuns e correspondentes ao meio que compartilham. Todavia, a parte, o eu, contemplada pelo ser humano, único, individual e singular não pode ser reduzida ao todo que constitui os seres humanos múltiplos, coletivos, plurais – nem o todo reduzido a parte. Portanto, partindo-se do princípio hologramático o todo (ambiente, sociedade) está presente na parte (seres humanos) como a parte está no todo.

O eu possui características do outro adquiridas da convivialidade com esse, e, da mesma forma, o outro contém traços do eu adquiridos dessa relação, numa troca mútua e constante. Na ótica dessa pertença, o todo da sociedade está presente na parte do indivíduo como todo, através de sua linguagem, de sua cultura, sua educação e suas normas (MORIN, 1996, 2000).

#### 4.5 A DEPENDÊNCIA E A AUTONOMIA DO SER HUMANO COMPLEXO

O ser humano como integrante de um sistema aberto, desenvolve sua autonomia psicológica, individual, pessoal, mediante as dependências que possui, sendo as principais a dependência da família, as dependências constituídas na escola, na universidade, no trabalho. Desse modo, o ser humano desenvolve sua autonomia mediante a dependência em relação a algo externo a ele, ou seja, a autonomia se fundamenta nas dependências que o homem sustenta (MORIN, 1996).

Ocorre a inter-relação, a inter-dependência entre os seres humanos de modo que eu dependo do outro, assim como ele também depende de mim, e, de modo equivalente, o ser humano depende do seu ambiente (sociedade) assim como o ambiente (sociedade) depende do ser humano. Dessa forma, os seres humanos dependem uns dos outros para a sua autonomia, sua sobrevivência.

A sociedade depende do homem do mesmo modo que o homem depende dela para sua sobrevivência. A sociedade existe pelo homem. Se cessarem as interações entre os indivíduos tão logo desaparece a sociedade. O homem, por meio das interações que estabelece, forma a sociedade, que, por meio da cultura instaurada, faz indivíduos (MORIN, 1996).

É preciso compreender que a autonomia é relativa e relacional. As relações de dependência com o outro alimentam a autonomia do ser

humano, não se podendo conceber autonomia sem existir algum grau de dependência. Contudo, não se pode afirmar que quanto mais dependente mais autônomo é o ser. O ser humano apenas precisa considerar que sua dependência é relacional e necessária para sua própria sobrevivência (MORIN, 1996).

A sociedade contemporânea parece ignorar essa relação de dependência e autonomia segundo o pensar complexo. Os indivíduos estão mais individualistas, egoístas, preocupados com o que é apenas de seu interesse. Rejeitam, portanto, a necessidade de viver/conviver a comunhão e a troca com outros indivíduos, com a coletividade. Os indivíduos parecem não conceber inclusive a noção de dependência do próprio meio que habitam. Como consequência disso, a solidão aumenta, a solidariedade é reduzida na mesma proporção que individualismo e egoísmo aumentam, e o desequilíbrio psíquico supera o seu equilíbrio. Aqueçam sentimentos consumistas para suprir necessidades estritamente humanas, a necessidade do outro. A dependência passa a ser a do consumismo material, cujo acesso é cada vez mais facilitado no mundo capitalista.

A modernidade possibilitou ao ser humano o alcance da evolução tecno-científica, a emancipação, a independência, principalmente a financeira, e, cada vez mais, promete novos e promissores resultados – o pós-modernismo. Concretizaram-se conquistas e descobertas inusitadas, que facilitaram a vida do homem tanto nos aspectos mais simples como nos mais complexos. O homem nessa busca futurística incessante pelo novo, melhor, cômodo, confortável, tecnológico... o torna capitalista demais. Nesse sentido, “o individualismo significa não mais apenas autonomia e emancipação, significa também atomização e anonimato”. A gigantesca evolução faz emergir no ser humano, os conflitos, as incertezas, os medos, as angústias, as decepções, a solidão... (MORIN, 2005, p.77).

De acordo com Morin (2006a, 1996, p.285-286) o ser humano é a um só tempo egocêntrico, genocêntrico e sociocêntrico. Ser egocêntrico significa ocupar um lugar, uma posição no centro no mundo para poder lidar com ele e consigo mesmo. Ser genocêntrico significa ser “dedicado aos seus, à produção de semente, à proteção e defesa da prole”. O ser humano é sociocêntrico por coexistir em sociedade. Essas noções são complementares e antagônicas entre si, como explica o autor. Sendo egocêntrico e colocando-se no centro do mundo, o ser humano também coloca, junto a si, os seus, os seus filhos, seus pais e seus pares, sendo capaz de sacrifícios por esses. Enfim, a “autonomia do indivíduo-ser



vivo, sendo dependente do ambiente, é também dependente de sua ascendência genética e da sociedade em que se inscreve”.

A autonomia do homem, assim como sua liberdade, emergem nas e pelas dependências que possui. Para ser livre, o homem depende de escolhas, e essas escolhas são guiadas por condições externas determinantes, como condições políticas, econômicas e sociológicas. Entretanto, sua liberdade pode ser ameaçada pelas escolhas que faz. Tudo que restringe a possibilidade de escolha restringe também sua liberdade. Assim, sua possibilidade de escolha determina sua liberdade, sua autonomia (MORIN, 1996).

Ao considerar a auto-organização, de onde emerge a vida humana, o homem dotado de autonomia, dependência, singularidade, pluraridade, complexidade, objetividade, subjetividade, contém em sua unidade/multiplicidade, também, a capacidade de reflexividade, de escolha, de liberdade, de consciência de si e do universo que integra (MORIN, 2006a, 2006b, 1996). Espera-se que o homem, tendo capacidade auto-organizadora e auto-reflexiva, desenvolva a consciência reflexiva sobre as relações de dependência/autonomia de cuidado em seu ambiente social – auto-eco-organização – as relações de cuidado “do nós”, do coletivo, para um cuidado mais amplo, mais interativo, a partir das mobilizações/ondulações/trocas particulares e recíprocas do viver e do conviver num mundo complexo.

#### 4.6 DIALOGICIDADE: ABERTURA PARA RELAÇÕES DE CUIDADO

O termo dialógico comporta duas lógicas, dois princípios, duas noções, que em vez de excluírem-se são indissociáveis em uma dada realidade. A dialógica suporta a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber o complexo. Desse modo, a complexidade permite a dialogicidade entre o uno e o múltiplo, entre idéias complementares e antagonistas, racionais e empíricas, sendo essas ao mesmo tempo estimuladoras e reguladoras do pensamento complexo (MORIN, 1996, 2000).

A dialógica está constantemente viva nos mundos físico, biológico e humano por meio da ordem, da desordem e da organização representada nas interretroações que esses mundos provocam. Em termos dialógicos, a ordem e a desordem são condições opostas, uma suprime a outra, mas também produzem complexidade quando colaboram e organizam-se (MORIN, 2000, 2006a).

Nessa ordem/desordem/organização, um mesmo fenômeno é concebido na impossibilidade de separação de diferentes lógicas, tendo que assumir dialogicamente duas noções contraditórias sem excluir uma da outra. Assim, a complexidade permite a dualidade na unidade, associando lógicas ao mesmo tempo antagônicas e complementares entre si no mundo fenomênico (MORIN, 2006a, 2000).

O diálogo entre duas esferas, em diferentes campos disciplinares, por diferentes sujeitos, sobre diferentes lógicas, significa a abertura para a complexidade. Essa abertura encoraja e desafia a compreensão de fenômenos múltiplos, ao mesmo tempo contraditórios e complementares. Isso é a complexidade. Isso é a dialogicidade.

A dialogicidade é um imperativo para relações humanas de cuidado mais saudáveis, para a abertura do diálogo entre os seres humanos, tendo esses seres distintos, com seus saberes, cultura, princípios, idéias, a possibilidade de compreensão dos múltiplos fenômenos de um mundo complexo. Para o pensar complexo acontecer, o ser humano precisa estar aberto ao diálogo, à exposição de idéias antagônicas e complementares às do outro ser, desafiando o pensar multidimensional, construindo o novo e reconstruindo o inacabado.

#### 4.7 APROXIMANDO A COMPREENSÃO SOBRE COLETIVO

Conforme a Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia - LOGOS (1992, p.1041-2), o coletivo é um termo que “se aplica a muitos seres ou indivíduos considerados no seu conjunto ou como grupo”, sendo a família um exemplo de coletivo, uma sociedade natural.

Para Escóssia e Kastrup (2005), o conceito de coletivo é comumente utilizado nas ciências humanas e sociais para designar uma dimensão da realidade oposta à dimensão individual, que separa objetos e saberes, indivíduos e sociedades, correspondendo a uma abordagem dicotômica das ciências modernas em que são estudadas em suas dinâmicas as interações individuais e grupais. Apoiados em idéias de Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Foucault, Paul Veyne, Bruno Latour, Michel Callon e Jonh Law, os autores Escóssia e Kastrup propõem um conceito de coletivo que não se reduz ao social ou à coletividade, e não se limita ao jogo de interações sociais. O coletivo na lógica dos autores representa a superação da dicotomia indivíduo-sociedade, do coengendramento; um processo que antecede, integra e constitui os seres.

Apoiados em Veyne, Escóssia e Kastrup (2005) apontam que os indivíduos e as sociedades são objetos históricos e múltiplos, uma vez

que dependem das múltiplas práticas e relações estabelecidas em cada época, povo, cultura, país, cidade, família. Não podem, portanto, serem analisados como objetos que preexistem a essas práticas ou relações. A sociedade por si já comporta a participação dos indivíduos, os quais se interessam por ela e a fazem funcionar, ocupando os espaços abertos que outros (sociedade ou coletividades) não souberam ocupar.

Desse modo, prática e relação remetem ao engendramento dos termos, sejam sujeitos ou objetos, assim como as dicotomias, ou seja, remetem a um plano produtor de mundo e de sentido pela relação que produzem. Ao tratar do par indivíduo-sociedade, os termos não se opõem, eles são atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo. Indivíduo e grupo social são constituídos pelo entrecruzamento das segmentaridades, cujos sentimentos, percepções e outros fenômenos são analisados como processos co-extensivos a todo campo individual e social (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005).

Escóssia e Kastrup (2005) propõem ultrapassar a tensão existente entre o nível individual e social, a partir da noção de rede coletiva, cujos fenômenos relacionais envolvem a cognição, a emoção e a ação. Sugerem abandonar o problema da origem e utilizar a questão da distribuição ou disseminação que caracteriza o processo de engendramento dos seres, além de renunciar a separação estabelecida entre humanos e não humanos para explicar a constituição do psiquismo ou do social.

De acordo a sociologia das ciências e das técnicas, fundamentadas por Bruno Latour, e também por Michel Callon e John Law, o coletivo pode ser entendido como rede social desde que tenha garantido o princípio da heterogeneidade do social, assim como de toda e qualquer entidade, seja ela um indivíduo, uma comunidade, um texto ou um objeto técnico (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005).

Dessa maneira, a noção de rede emerge para a formulação de um conceito de coletivo que busca problematizar e superar as dicotomias. Conforme Escóssia e Kastrup (2005), os pressupostos de Latour, de 1994, concebem “a ciência e a técnica, assim como qualquer outra entidade, como emergentes de um coletivo heterogêneo, de um híbrido de homens e coisas”. A reunião de indivíduos como noção de sociedade é completamente negada por este autor, cuja idéia que defende é a de que a sociedade não é composta apenas de indivíduos, mas de uma infinita heterogeneidade (humana e não humana, psíquica e social, natural e artificial, individual e social) que contribui para a formação e transformação social. Esses grupos heterogêneos são distintos e pertencem a uma dimensão real, mas não significa separação.

#### 4.8 O COLETIVISMO

O conceito de coletivismo é apresentado como “teoria que privilegia a coletividade ou a dimensão coletiva face a outras realidades concorrentes ou a outras dimensões alternativas” – como a dimensão individual. O coletivismo e o individualismo são considerados ideologias distintas, enquanto um privilegia a coletividade a outra privilegia o indivíduo. Contudo, esquecendo-se, em sua forma mais dura de entendimento que o homem se define, sobretudo como pessoa como relação e como diferença (LOGOS, 1992, p.1037).

A pessoa, no entendimento do coletivismo, supera a privacidade e a publicidade como dimensões exclusivas, e promove a interação entre o privativo e o público, os quais se complementam pela relação dialógica ao reproduzir a nível social o que o homem é como pessoa. Desse modo, a sociedade atual, com sua complexificação e com a fragilização dos seus fundamentos exige do homem, das instituições e dos grupos uma participação responsável, justa, solidária e digna, independente da origem ou grupo social que pertencem. Essa participação revelará a liberdade do homem como ser social (LOGOS, 1992).

#### 4.9 A GLOBALIZAÇÃO E O COLETIVO

Giddens (2007), na obra denominada ‘mundo em descontrole’ discorre sobre os efeitos das mudanças globais na vida do coletivo, pontuando no conteúdo deste livro o que a globalização como fenômeno social está fazendo “de nós”. O autor explica que a expressão ‘mundo em descontrole’ expressa os sentimentos que muitos experimentam ao viverem numa época de mudanças que nos afetam. Mudanças essas que não estão em uma área específica do globo, mas sim dissipadas pela globalização, em todo o mundo.

A globalização afeta nossas vidas direta e imediatamente. Trata-se de uma transformação do tempo e do espaço em que vivemos. As ações e acontecimentos que ocorrem em lugares muito distantes no globo afetam e transformam nossas vidas, bem como também afetamos a de outros, tendo as ações uma influência no coletivo (GIDDENS, 1999).

A globalização é um processo aberto e ao mesmo tempo intrinsecamente contraditório, cujas consequências são difíceis de prever. As transformações afetam o modo de olhar o mundo, de como ele se apresenta, de como se configuram as relações e os papéis dos sujeitos na sociedade, trazendo mudanças nas diferentes dimensões da

vida do homem; trazendo também riscos e incertezas, os quais conduzem a uma reestruturação do modo de viver das pessoas, de maneira profunda, influenciando a vida cotidiana de cada um e de todos, numa escala global. (GIDDENS, 2004, 2007).

Segundo Giddens (2004, 2007), relacionam-se à globalização os grandes sistemas que movimentam a economia mundial tais como os mercados financeiros, as telecomunicações, a produção e a comercialização. Esses sistemas afetam a vida privada, as experiências cotidianas dos indivíduos e da coletividade, de inúmeras formas, provocando mudanças. Dentre as mudanças que afetam o coletivo (como sociedade) junto à era da globalização estão as instituições da família e do casamento, a sexualidade, os papéis de gênero, a identidade pessoal, o trabalho e a religião, cujas interações tem sofrido importantes e significativas transformações.

Com base no exposto, as tradições e os costumes de uma sociedade também são influenciados pela globalização. As mulheres, a título de exemplo, atualmente reivindicam autonomia e ocupam importantes e inúmeras posições no mercado de trabalho. Tal mudança ameaça a família tradicional de forma imprevisível, já que as transformações ocorrem em um processo contínuo. Nessa lógica, a força das tradições declina por influência da globalização, mesmo nas sociedades mais tradicionais. E, assim, uma nova tradição, ainda em definição, emerge com versões diferentes das anteriores (GIDDENS, 2007).

No contexto das mudanças, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia que tornaria as nossas vidas mais seguras e previsíveis, sob o controle humano, inevitavelmente tem contribuído para criar ou aumentar os riscos e as incertezas globais. A ciência e a tecnologia produzidas pelo homem para o homem condicionam inúmeros benefícios, mas também condicionam efeitos sobre o coletivo ainda não previstos ou compreendidos (GIDDENS, 2007).

A globalização, como se vê, é tecnológica, econômica, política, cultural. Ela está em todo lugar. Em todo o processo, a comunicação foi um dos avanços tecnológicos de importante influência na vida do homem, que tem afetado todos os demais sistemas. A comunicação eletrônica instantânea, independente da tecnologia utilizada, tem alterado significativamente a vida dos seres, cujos benefícios comunicacionais são inquestionáveis. Entretanto, preocupa a inter-relação entre os seres quando se conhece menos o vizinho ou o próprio familiar do que um artista famoso dos Estados Unidos da América ou um amigo também estrangeiro; quando se conhece e interage mais

intensamente com outros seres do outro lado do mundo, alterando a experiência das relações humanas cotidianas (GIDDENS, 2007).

Na medida em que as tecnologias de comunicação e informação aumentam, as pessoas interagem mais com esses recursos do que com outras pessoas, seja com os vizinhos, membros da comunidade e até mesmo com os próprios familiares, passando a isolar-se de forma crescente dessas pessoas. Em contra partida, a comunicação *on line* permite a interação virtual com pessoas do outro lado do mundo, sem limite de tempo ou de distância, facilitando a veiculação da informação através de texto, imagem e som, e do acesso à mesma.

Como se vê, as relações sociais são influenciadas em escala mundial pela globalização, responsável pela re-modelação das relações humanas. As conexões pessoais são modeladas juntamente com outras importantes mudanças sociais, promovidas por acontecimentos locais e distantes, num processo dialético. Entretanto, percebe-se nessas relações que o tratamento impessoal sobressai o pessoal, transformando as relações, remetendo a um vazio; o que não se trata apenas de um vazio nas relações, mas de uma transformação da natureza do pessoal. Decorre disso, a necessidade de se buscar em quem confiar, sendo a confiança uma condição de segurança, que necessita da abertura e da cordialidade entre os sujeitos de relação para atingir a sociabilidade, que deve ser sustentada pela autenticidade e lealdade entre os seres (GIDDENS, 1991).

Os sistemas sociais dependem de interações sociais estabelecidas cotidianamente. As interações humanas acontecem com pessoas que não conhecemos ou nunca vimos antes, principalmente nas sociedades modernas. Os encontros cotidianos e as interações com essas pessoas ocorrem no supermercado, no banco, dentre outros ambientes, possibilitando contatos com diferentes pessoas, de diferentes lugares e distâncias. Essas interações acontecem de múltiplas formas, situadas em um tempo e espaço, independente de ser a pessoa conhecida ou não, seja por meio eletrônico através da internet, pessoalmente ou outro. As relações interpessoais acontecem de forma indireta, em que não há necessidade da co-presença, instaurando uma nova forma de viver e conviver. Todavia, a interação face a face ainda é sentida como a principal forma de interação social, por mais abrangente que as outras sejam (GIDDENS, 2004).

Como aponta Giddens (2007, p.23), “a globalização não é, portanto um processo singular, mas um conjunto complexo de processos. E estes operam de uma maneira contraditória ou antagônica”. Destarte, enquanto são ultrapassados os limites da comunicação e

interação para além das fronteiras locais, se reclinam nas relações humanas mais próximas.

As mudanças da globalização criam uma sociedade nunca antes vista, como constata Giddens (2007, p.28-29):

somos a primeira geração a viver nessa sociedade, cujos contornos até agora só podemos perceber indistintamente. Ela está sacudindo nosso modo de vida atual, não importa o que sejamos. Não se trata – pelo menos no momento – de uma ordem global conduzida por uma vontade humana coletiva. Ao contrário, ela está emergindo de uma maneira anárquica, fortuita, trazida por uma mistura de influências... não é um acidente em nossas vidas hoje. É uma mudança de nossas próprias circunstâncias de vida. É o modo como vivemos agora.

Conforme o exposto, toda mudança exige adaptações. O processo de viver humano está sendo alterado pela nova ordem, a da globalização, que vem carregada de incertezas quanto ao presente e, mormente quanto ao futuro, provocando desconforto e inquietação nos seres que vivem esse acelerado processo de mudanças, que junto traz também alguns riscos.

#### 4.10 A GLOBALIZAÇÃO E OS RISCOS QUE NÓS CONSTRUÍMOS/VIVEMOS

As mudanças desencadeadas pela globalização acarretam alguns riscos; desses, muitos difíceis de prever, incalculáveis, e de consequências indeterminadas. O “risco se refere a infortúnios ativamente avaliados em relação a possibilidades futuras”. Contudo, nem sempre é possível prever e controlar o risco, ou seja, normatizar e submeter o futuro sob o nosso domínio (GIDDENS, 2007, p.33).

Como aponta Giddens (2007), a interferência humana e o desenvolvimento industrial possivelmente tem influenciado as alterações climáticas do planeta. Em prol do desenvolvimento industrial global os homens danificam o habitat terrestre e não sabem que outras mudanças, além das climáticas, ainda virão. Todavia, os furacões, os tufões e as tempestades registradas nos últimos anos, bem como as temperaturas recordes de calor e frio estão relacionados ao risco.

Dentre os riscos, o autor elucida dois tipos, o externo e o fabricado. O risco externo, é o risco experimentado, vindo de fora, da

natureza. Na cultura tradicional, esse risco se relacionava à natureza externa, provindo más colheitas, enchentes, secas, terremotos, tempestades, pragas ou fomes; que tem origem no mundo natural, não tendo relação com a ação do homem (GIDDENS, 2004, 2007).

O risco fabricado refere-se a situações que se tem pouca experiência, como as ligadas aos riscos ambientais, tais como o aquecimento global, tecnologia genética, produtos agrícolas geneticamente modificados. Atualmente identifica-se a transição do risco externo para o risco fabricado. A preocupação maior é o que nós fizemos com a natureza e menos com o que ela pode fazer conosco. E o maior risco, o mais inquietante, é àquele que nós desconhecemos; os riscos e perigos criados por nós mesmos são tão ameaçadores e imprevisíveis quanto os externos (GIDDENS, 2007).

O risco fabricado, produto do desenvolvimento da ciência e da tecnologia cria novas incertezas, muitas de caráter global, não sendo possível dirimir nem mesmo saber se o risco é somente externo ou se é produto da ação do homem, quando observadas as reações da natureza.

O mundo em que vivemos não é o que foi previsto, que levaria à formação de uma ordem social mais feliz e segura, um mundo cada vez mais estável e ordenado, dominado pelo homem, por nós; mas, sim, descontrolado e perigoso, conseqüente da intervenção humana sobre a natureza e na ordem social. Em contrapartida, o avanço científico e tecnológico também gera progressos, possibilita descobertas e previsões importantes, antes inacessíveis. Por esta razão, em meio a tantos conflitos e incertezas, não é possível negar os progressos e voltar-se contra a tecnologia, mas avaliar seus impactos junto ao coletivo, utilizando-a para benefício mútuo e não de alguns apenas (GIDDENS, 2007; GIDDENS; PIERSON, 2000; GIDDENS, 1991).

É necessário um constante ajuste para o enfrentamento das mudanças e controle dos riscos. Esses riscos são amplos, imensuráveis, na maioria das vezes, imprevisíveis. Não se limitam a uma área específica, trazem alterações em vários cenários da vida de uma sociedade, incluindo mudanças sociais que vão desde mudanças nos padrões de emprego (insegurança laboral), declínio de tradições e de hábitos (ou remodelação) que alteram padrões pessoais, familiares e sociais, fazendo emergir relacionamentos pessoais mais democráticos.



#### 4.11 O PROCESSO EVOLUTIVO E AS MUDANÇAS QUE INFLUENCIAM O COLETIVO E O INDIVIDUAL

A forma como os seres humanos compreendem e agem sobre seus grupos e em seus grupos é influenciada por eventos históricos, protagonizados pelos próprios sujeitos e determinados pelos dinâmicos movimentos evolutivos, relacionados aos regimes de produção, à evolução tecnológica, às mudanças demográficas, às configurações familiares, à cultura e à constituição de instituições e organizações (VAGHETI et al., 2007). Com o processo evolutivo cada vez mais acelerado pelas influências da globalização, determinadas pelos dinâmicos movimentos do universo, o homem está inserido em um cenário de imensuráveis mudanças, que avançam num ritmo acelerado e frenético.

As mudanças no mundo todo influenciam diretamente e indiretamente tudo o que se relaciona a uma sociedade - coletividade. Dentre as mudanças, nenhuma afeta mais do que àquelas que afetam a vidas das pessoas, que afetam os relacionamentos, a sexualidade, o casamento e a família. A forma como são estabelecidos os laços, as ligações e as relações com as pessoas evoluem, transformam os relacionamentos e são transformadas, guiados pelo modo como pensamos sobre nós mesmos (GIDDENS, 2007) e sobre os outros; pelo modo como consideramos o outro na relação.

Conforme Giddens (2007), em qualquer relacionamento é preciso aplicar a ‘democracia das emoções na vida cotidiana’. Isso quer dizer, em princípio, que todos são iguais, com igualdade de direitos (incluindo os sancionados em lei) e de responsabilidades e obrigações. Essa condição de igualdade constitui o respeito mútuo, sendo a abertura do diálogo e o estabelecimento de confiança entre os seres indispensáveis em qualquer tipo de relação.

Os relacionamentos estão mudando, mudanças difíceis e problemáticas são experimentadas. O casamento não é mais uma instituição econômica, mesmo que em alguns casos ajude a estabilizar relações mais frágeis, aplicando-se aos casais heterossexuais e homossexuais. No relacionamento democrático entre pais e filhos, as crianças podem e devem expor suas necessidades e desejos, sendo ouvidas, diferentemente da relação autoritária em que os pais decidiam o que seria melhor para os filhos (GIDDENS, 2007).

Essas mudanças facilitam a convivência democrática entre os seres e a comunicação afetiva torna-se fundamental para estabelecer e manter relacionamentos, inclusive o do casamento. Homens e mulheres,

a princípio, tratam-se como iguais, e as crianças também possuem direitos para serem respeitados pelos adultos e pais. Num relacionamento, as pessoas precisam refletir e discutir de forma autônoma e igual, tendo abertura para o diálogo, estabelecendo a comunicação. Esse é o bom relacionamento (GIDDENS, 2007; GIDDENS; PIERSON, 2000).

Na inter-relação, as pessoas são democraticamente livres para separação se suas expectativas não são atendidas na relação com o outro. Contudo, alguns aspectos críticos da democratização das relações preocupam como o dismantelamento da família tradicional, cujo divórcio e as crianças de pais solteiros aumentam na mesma proporção da democratização da vida social (GIDDENS, 2007; GIDDENS; PIERSON, 2000). Acrescenta-se a isso a degradação e o dismantelamento das relações coletivas, nos espaços grupais, as quais se criam superficiais, por vezes de forma desigual, fundamentadas em interesses momentâneos, e se desfazem instantaneamente quando não houver mais o interesse no outro ou no que este outro pode oferecer.

Para Giddens e Pierson (2000), nas relações humanas, é imperativa a formação de vínculos e redes com outras pessoas para que essas sejam de algum modo, iguais, pressupondo igualdade na relação de troca, com respeito aos limites de cada um, inclusive ao limite das expectativas em relação ao outro. Nessas relações, o sujeito deve buscar ser visível na rede, na qual pessoas são capazes de dispor-se a ajudar o outro, numa troca mútua. Para relacionar-se com o outro, consigo mesmo e com o mundo, o ser humano deve ser capaz de refletir sobre essas relações, sendo capaz de pensar sobre suas ações de forma consciente.

#### 4.12 A CONSCIÊNCIA REFLEXIVA

Estar em um mundo constituído cada vez mais por informação, que veicula livremente, possibilita ao ser refletir sobre as mesmas e não apenas adotar padrões de conduta estabelecidos. A flexibilidade permite entender as limitações e dificuldades próprias da modernidade e a enfrentar as incertezas do futuro, daí a modernidade reflexiva, cuja relação entre a ciência e a tecnologia é incontestável. Neste sentido, as descobertas científicas e as mudanças possuem uma relação mais dialógica e questionadora para sua aceitação (GIDDENS; PIERSON, 2000).

É imperativa em qualquer local do globo terrestre a tomada de consciência do fato de que ações locais possuem consequências globais.

As ações de um indivíduo afetam o outro, uma sociedade, o coletivo. As ações cotidianas de um indivíduo produzem, influenciam e ou determinam acontecimentos distantes, afetando até quem vive do outro lado do mundo. Assim, simples decisões do dia-a-dia, tais como escolha de uma roupa, de um alimento, de uma bebida tem múltiplas implicações globais, visto que o comércio internacional já possui ampla variedade e quantidade de produtos, os quais são cultivados ou produzidos em cem ou mais países diferentes e consumidos por nós onde quer que estejamos (GIDDENS, 2004).

Com base no exposto, vê-se que a globalização tem alterado a forma como o mundo e como as coisas se apresentam; bem como a maneira como olhamos para o mundo globalizado. Essa forma de olhar o mundo e as coisas denomina-se reflexividade social, a qual significa o pensar e o refletir sobre as circunstâncias em que vivemos nossas vidas e sobre nossas experiências individuais e ou coletivas (GIDDENS, 2004).

As experiências individuais globais estão interligadas, influenciado e sendo influenciadas pelos acontecimentos da vida cotidiana. Essas experiências dizem respeito a questões fundamentais ligadas ao eu e à identidade, envolvem também uma multiplicidade de mudanças e adaptações na vida cotidiana e nas relações de cuidado.

Giddens (2004, p.61) aponta que “a forma como nos concebemos a nós próprios e a relação com as outras pessoas estão a ser profundamente alterados”. Tal apontamento nos sugere reflexão profunda sobre si mesmo e sobre os outros, interligando os seres e suas experiências vividas. Desse modo, como relata o autor: “a descoberta de si torna-se um projeto diretamente envolvido com a reflexividade na modernidade” (GIDDENS, 1991, p.124).

Assim, com base na experiência humana, urge refletir sobre os diferentes momentos e trajetórias de vida individuais e coletivas para compreensão das transformações de nossa época. Por exemplo, numa época não muito distante um filho mais velho de alfaiate provavelmente iria aprender a profissão do pai e ser também um alfaiate por toda a sua vida. Hoje, o filho mais velho de um alfaiate pode escolher inúmeros caminhos e atividades profissionais que a vida lhe permitir. As mulheres que antes estariam confinadas ao espaço doméstico, hoje, podem moldar suas vidas, escolher suas profissões e moldar suas identidades (GIDDENS, 2004).

Com base no exposto, evidencia-se a emergência de um novo individualismo e uma diversidade de estilos de vida, tendo as pessoas que se constituírem a si próprias, construindo e reconstruindo suas

identidades pessoais, moldando-se ao novo contexto de mudanças. No entanto, na perspectiva da modernidade, as pessoas estão vivendo de forma mais aberta, livre e reflexiva, sendo responsáveis por suas escolhas. Essas escolhas vão desde a escolha da profissão às escolhas cotidianas como o que comer, o que vestir, como cuidar da saúde física. (GIDDENS, 2004, 1999).

Quanto ao individualismo, com a necessidade de busca da realização individual, uma preocupação é de o egoísmo prevalecer em relação a outros valores. A busca pelo “eu em primeiro lugar” pode destruir valores comuns e preocupações com a sociedade, tendo consequências destrutivas para a solidariedade social, para a valorização das tradições e dos costumes, *a priori* influenciados pela globalização. A solidariedade social está ameaçada, sendo cada indivíduo responsável pelas consequências de seus atos e pelo modo de vida adotado (GIDDENS, 1999).

Cabe, assim, a cada um e a todos encontrar um equilíbrio entre as escolhas realizadas como responsabilidade individual, não se esquecendo da responsabilidade que tem como o coletivo. Para isso, é imperativo a abertura e a reflexividade sobre questões atuais que envolvem o ser humano e sua relação consigo mesmo, com o outro e com o coletivo (GIDDENS, 1999).

A reflexividade sobre o nós, o coletivo, é um tema que merece aprofundamento e uma visão analítica das mudanças e adaptações vividas pelos seres coletivos – na sua individualidade e pluralidade de ser – é necessária para que haja o desenvolvimento de novas teorias que compreendam os acontecimentos que estão transformando as sociedades (GIDDENS, 2004).

## 5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para atender a um problema de pesquisa é fundamental a escolha de um método de investigação para nortear o pesquisador no estudo do fenômeno a ser pesquisado. Muitas abordagens metodológicas estão disponíveis e variam em suas dimensões. Contudo, é necessária uma escolha criteriosa e relevante quanto à metodologia a ser adotada de acordo com a pretensão/objetivo do estudo. A escolha do método adequado propicia qualidade, credibilidade, confiabilidade e adequabilidade dos resultados.

Entende-se a escolha ou desenvolvimento de um método, pelo pesquisador, como uma das tarefas mais desafiadoras na construção de seu estudo. O fenômeno a ser pesquisado requer uma tradução em conhecimentos que possam ser medidos/observados/registrados (FLICK, 2004).

Para atender a intenção do estudo optou-se pelo tipo de abordagem qualitativa, que se preocupa com a resposta de questões particulares, vislumbrando em ciências sociais trabalhar com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Portanto, trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos ou fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis (MINAYO, 2006).

A pesquisa qualitativa, segundo Flick (2004), pressupõe uma compreensão diferente da pesquisa em geral, específica em relação ao assunto e ao método, considerando-se a interdependência entre as partes do processo.

Dentre os métodos de pesquisa qualitativa existentes, a opção para este estudo foi o referencial metodológico Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* (GT), originalmente desenvolvida pelos sociólogos norte-americanos Barney Glaser e Anselm Strauss (1967).

Strauss formou-se na *University of Chicago* que possui forte tradição em pesquisa qualitativa. Durante sua formação, foi influenciado por textos interacionistas – George Herbert Mead (1863-1931), Herbert Blumer (1900-1987), John Dewey (1859-1952), entre outros pensadores e idealizadores do Interacionismo Simbólico (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Glaser formou-se na *Columbia University* e teve a formação influenciada por idéias de Paul Lazarsfeld, conhecido como inovador dos métodos quantitativos. Sua formação sociológica foi diferente da de

Strauss, mas com algumas características compartilhadas que permitiram o trabalho da dupla. Quando fazia análise qualitativa, Glaser viu a necessidade de fazer comparações entre dados para identificar, desenvolver e relacionar conceitos. Tanto a tradição da *Chicago* como a da *Columbia* era voltada para a produção de pesquisa que pudesse ser usada por públicos profissionais e leigos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

## 5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DO MÉTODO E JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA

A TFD surgiu devido insatisfação de seus autores com os modelos utilizados na sociologia (Teorias de Merton, Parsons e Blau), na época, os quais não tinham relação com o próprio processo de investigação e apresentavam problemas de validade por falta de correspondência com a realidade. Assim, Glaser e Strauss (1967) desenvolveram a TFD para alcançar uma ligação mais estreita entre a teoria e a realidade estudada, sem reduzir o papel ativo do pesquisador neste processo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD configura-se em uma abordagem ou método com propósito de gerar indutivamente e dedutivamente uma teoria assentada nos dados, que analisados qualitativamente podem acrescentar ou trazer novas perspectivas na área do fenômeno estudado. Busca sistematicamente investigar, explorar e descrever os fenômenos na realidade pesquisada, para, então, compreender, acrescentar ou trazer novos conhecimentos sobre o mesmo, combinando indução, dedução e hipóteses (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 2006). A TFD intenciona *a priori* compreender os significados revelados/apresentados pelos seres humanos em sua realidade, considerando, principalmente, a atenção na dimensão humana e nos aspectos sociais relacionados (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

O método possibilita previsões relevantes, explicações, interpretações e aplicações e, o passo inicial e importante, é a descoberta de quais conceitos e hipóteses são relevantes para a área investigada (GLASER; STRAUSS, 1967).

A TFD provê modos de conceitualização para a descrição e explanação dos dados em uma dada pesquisa e deve estabelecer categorias e hipóteses claras o bastante para que as cruciais possam ser verificadas/operacionalizadas/aplicadas em pesquisas. A teoria precisa também ser prontamente entendida por pesquisadores que utilizam diferentes pontos de vista, estudantes e leigos. Portanto, as categorias precisam ser indicadas pelos dados estudados; ser significativamente

relevantes; explicar o fenômeno do estudo e ser prontamente aplicáveis em outros e novos estudos (GLASER; STRAUSS, 1967).

A TFD, ao propor a construção de teoria derivada dos dados sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa, requer estreita interação entre o pesquisador e os dados. O método exige o exercício do pensamento criativo no processo de teorização, devendo o pesquisador ter a capacidade de retroceder e analisar situações de forma crítica e reflexiva; ter sensibilidade às palavras, às ações dos informantes e perceber as tendências que os dados apontam; ter sensibilidade aguçada para elaborar perguntas pertinentes ao objeto estudado e estimulantes aos participantes; ter capacidade de pensar o abstrato, de reconhecer/perceber além do óbvio; ser flexível e aberto a críticas, além de ter capacidade de interpretar os dados indutiva e dedutivamente, nomear categorias adequadamente, realizar comparações entre as diversas categorias e criar um esquema analítico interpretativo inovador (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

A linha metodológica da TFD tem suas raízes no Interacionismo Simbólico em razão de um de seus autores, Anselm Strauss, ter realizado sua formação na *University of Chicago*, escola reconhecida por sua tradição em pesquisa qualitativa.

São características do Interacionismo Simbólico a necessidade de ir a campo para descobrir o que está acontecendo; a sensibilidade para a natureza evolutiva e reveladora dos fatos (processo); a consciência das interrelações entre condições (estrutura), ação (processo) e consequência; o entendimento de que o significado é redefinido através da interação; a percepção de que as pessoas agem com base em significados; a crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo para responder a situações problemáticas; a consideração da complexidade e variabilidade dos fenômenos e das ações humanas e a relevância da teoria, baseada em dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como base para a ação social (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Convém salientar que é comum, no universo acadêmico, a utilização dos princípios do Interacionismo Simbólico em estudos cujo método trata a TFD. Contudo, para a construção de um referencial teórico-metodológico não é necessária a vinculação entre os mesmos, pois a TDF não depende de nenhum marco teórico ou escola de pensamento para legitimar uma teoria (GLASER, 2005).

Assim, Glaser (2005, p.13) salienta que:

o Interacionismo Simbólico não é necessário para legitimar a Teoria Fundamentada nos Dados

como método. O Interacionismo Simbólico pode ser utilizado como perspectiva sensibilizadora. É um erro dizer que a Teoria Fundamentada nos Dados é o método do Interacionismo Simbólico e que esse deve ser utilizado como alicerce de toda pesquisa que utilize Teoria Fundamentada nos Dados.

Glaser teve sua formação sociológica diferente da de Strauss. Glaser formou-se na *Columbia University* e foi influenciado por idéias de Paul Lazarsfeld, como já referido, conhecido como inovador dos métodos quantitativos. Contudo, algumas características compartilhadas permitiram o trabalho da dupla; *a priori*, foi a necessidade de fazer comparações entre dados para identificar, desenvolver e relacionar conceitos que uniu o interesse na pesquisa e motivou o desenvolvimento da TFD.

Justifica-se a escolha da TFD neste estudo visto que a proposta buscara a compreensão das relações humanas de cuidado experienciadas no cenário social dos sistemas organizacionais, que permeiam a vida do sujeito/trabalhador/profissional de enfermagem no tocante das atitudes, comportamentos, relacionamentos neste ambiente. O método é considerado adequado quando existe a pretensão de compreender a realidade, atitudes dos seres, significados atribuídos às situações/interações e às experiências de suas vidas nos aspectos subjetivos do seu cotidiano. Segundo Glaser (2005), é um modelo de análise indutiva que pode ser utilizado com qualquer fonte de dados, em qualquer campo, por qualquer pesquisador. Portanto, é considerado um método possível e viável de escolha visto que as condições apontadas são disponíveis à pesquisadora.

Reforça-se que é um método com potencial riquíssimo de exploração, porém há algumas exigências para esta escolha metodológica, tais como, disponibilidade de tempo para coleta e análise dos dados, experiência, leituras científicas, suporte de outros pesquisadores que trabalhem com o método para discussões, capacidade analítica entre outras. Assevera-se que tais exigências foram acessíveis e possíveis de serem executadas pela pesquisadora.

Importa informar que, na Enfermagem, estudos de diversas naturezas, especialmente de mestrado e de doutorado, têm utilizado a TFD como referencial metodológico para a compreensão de processos e significados das experiências de vida das pessoas, inclusive alguns



associando os métodos quantitativos de pesquisa (LANZONI, et al., 2011).

## 5.2 QUESTÕES ÉTICAS

O início da coleta dos dados ocorreu mediante a apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (anexo I), da Universidade Federal de Santa Catarina e, autorização formal do(a) representante do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (anexo II), campo do estudo.

Os participantes do estudo autorizaram sua participação voluntária após esclarecimento dos objetivos e da metodologia da pesquisa, tendo assegurado o direito de retirarem o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice), que resguarda a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados pelas pesquisadoras. Os participantes tiveram assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa e garantido o direito de confidencialidade e anonimato.

Assevera-se que as questões éticas da pesquisa estão em observância às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério de Saúde (1997) e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

## 5.3 PROCESSO METODOLÓGICO

Após as formalidades éticas, a pesquisadora/doutoranda iniciou as observações acerca da realidade, do ambiente, dos movimentos, relações, ondulações que permeiam o local escolhido para o estudo. Foi utilizado o registro de campo, compreendido como um dos métodos de coleta de dados, para descrever as observações e interpretações realizadas. Decorrido o momento inicial de observação atenta e meticulosa da pesquisadora, foram definidos os potenciais sujeitos a serem convidados a participar das entrevistas e, na sequência da coleta e da análise dos dados, foram sendo definidos os grupos amostrais que auxiliaram a compreender os fenômenos identificados.

Salienta-se que o fenômeno estudado foi indicado inicialmente pela questão de pesquisa: como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”? Atendeu-se, desse modo, o que preconizam Strauss e Corbin

(1990, 2008), ou seja, que a questão de investigação seja estruturada antes de iniciar a pesquisa, de forma a garantir flexibilidade e liberdade para explorar o fenômeno em profundidade. Todavia, para Glaser (1978), o problema pode ser formulado ao longo do processo de pesquisa e outras novas questões podem emergir da percepção do pesquisador após o início da coleta dos dados em campo, o que não foi o caso neste estudo. Entretanto, a questão de pesquisa por ser aberta e flexível permitiu à pesquisadora a análise das relações e interações humanas em profundidade, sem necessidade de reformulá-la.

Os profissionais de enfermagem e de saúde, conforme indica a questão de pesquisa, foram os sujeitos do estudo, e o ambiente hospitalar foi o local definido para encontrar e entrevistar esses profissionais, que constituíram os grupos amostrais.

Segundo Strauss e Corbin (1990, 2002), os grupos amostrais são ajustados pelo pesquisador ao longo do estudo, com base nas hipóteses levantadas e necessidades de investigação do fenômeno, sendo os grupos definidos e incorporados ao longo do processo de coleta e análise dos dados. A escolha do grupo amostral é proposital, podendo ser modificada intencionalmente pelo pesquisador no decorrer do estudo, mantendo-se o comportamento ético em pesquisa. O grupo amostral deve ser representativo e relevante quanto ao propósito de investigação.

Conforme o exposto, o estudo foi conduzido nos princípios da amostragem teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008), por meio de quatro grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi formado por seis profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnico de enfermagem) de uma unidade de cuidados cirúrgicos, os quais apontaram a formação do segundo grupo, composto por cinco profissionais de saúde da equipe multiprofissional (psicóloga, médico, enfermeira, farmacêutica, nutricionista) dessa unidade. O segundo grupo amostral emergiu das manifestações dos profissionais de enfermagem quanto às relações e interações humanas junto aos profissionais de saúde da equipe multiprofissional, levantando-se as seguintes hipóteses: os processos interativos estabelecidos entre profissionais de enfermagem e outros profissionais da saúde constituem importante significado para que o cuidado “do nós” aconteça; os profissionais da equipe multiprofissional apontam experiências de cuidado “do nós” diferentes das dos profissionais de enfermagem; tanto para profissionais de enfermagem quanto para profissionais de saúde as experiências de cuidado “do nós” envolvem outros sujeitos de relações de importante significado.

Tendo a compreensão acerca do cuidado “do nós” por profissionais de enfermagem e de saúde de uma unidade aberta, como a

unidade cirúrgica em questão, onde há grande movimento de pessoas que integram esse ambiente, seja de profissionais, de pacientes, de familiares e acompanhantes de pacientes, de alunos estagiários, entre outros, sentiu-se a necessidade de compreender como os profissionais de enfermagem e de saúde de uma unidade de cuidados intensivos, ou seja, uma unidade fechada, experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”, visando a comparação de dados e a confirmação das hipóteses levantadas: os profissionais de enfermagem e de saúde de uma unidade de cuidados cirúrgicos, tida como uma unidade aberta de cuidados, têm experiências de cuidado “do nós” ao mesmo tempo semelhantes e diferentes das experienciadas pelos profissionais de enfermagem e de saúde de uma unidade de cuidados intensivos neonatais, tida como uma unidade fechada; os significados de cuidado “do nós”, em sua essência, possuem semelhanças tanto para profissionais de enfermagem e de saúde de unidade aberta quanto para profissionais de enfermagem e de saúde de unidade fechada por serem sujeitos sociais e dependerem de relações e interações com outros seres para que o cuidado “do nós” aconteça. Assim, o terceiro grupo foi formado por 11 profissionais de enfermagem e de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social) de uma unidade de cuidados intensivos (unidade fechada), confirmando as hipóteses levantadas.

Por estarem os gestores da instituição envolvidos indireta ou diretamente com o cuidado “do nós”, segundo os dados dos grupos amostrais anteriores, três diretores de área e do hospital (diretoria geral, de enfermagem e de apoio assistencial), que também são profissionais de enfermagem e de saúde, formaram o quarto grupo amostral. Os dados foram comparados em busca da confirmação da hipótese de que os gestores experienciam e significam o cuidado “do nós” como profissionais de saúde, mas também sentem-se responsáveis para que os profissionais de enfermagem e de saúde da instituição sintam o cuidado “do nós” processar. O fenômeno evidenciado foi comparado e as hipóteses foram confirmadas, obtendo-se a saturação dos dados com a formação desse quarto grupo amostral. Portanto, o processo de coleta e análise dos dados se deu com quatro grupos amostrais, totalizando 25 participantes.

Na tabela 1, a seguir, é possível observar a caracterização dos 25 participantes do estudo, respectivamente a profissão na área da saúde, o profissional que possui função de chefia na instituição hospitalar estudada; também é informada a idade em anos e o estado civil dos participantes, a unidade hospitalar de atuação e período de tempo em

meses ou anos em que atua na instituição hospitalar. A descrição dos participantes está organizada por grupo amostral.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo

Profissão/Função	Idade	E. Civil	Unidade	Atua Hosp.	Nível formação
<b>1º Grupo Amostral</b>					
Enfermeira assistencial	40a	Cas.	UIC	16a	Especialização
Enfermeira assistencial	35a	Cas.	UIC	3a	Mestranda
Enfermeira assistencial	30a	Solt.	UIC	8a	Especialização
Enfermeira/chefia	34a	Cas.	UIC	11a	Mestranda
Enfermeira assistencial	25a	Solt.	UIC	10m	Mestranda
Téc. Enfermagem	30a	Solt.	UIC	9m	Graduação
<b>2º Grupo Amostral</b>					
Psicóloga	32a	Solt.	UIC	5a	Doutorado
Médico	25a	Solt.	UIC	2a	Residência
Enfermeira	44a	Cas.	UIC	12a	Especialização
Farmacêutica/chefia	45a	Cas.	Farmácia	4a	Doutorado
Nutricionista	26a	Solt.	UIC	1 <sup>1/2</sup> a	Residência
<b>3º Grupo Amostral</b>					
Enfermeira assistencial	46a	Cas.	UTI-Neo	13a	Mestranda
Enfermeira assistencial	30a	Solt.	UTI-Neo	8a	Doutoranda
Enfermeira assistencial	48a	Cas.	UTI-Neo	12a	Mestrado
Enfermeira/chefia	33a	Cas.	UTI-Neo	10a	Doutorado
Enfermeira assistencial	37a	Cas.	UTI-Neo	12a	Especialização
Téc. Enfermagem	42a	Div.	UTI-Neo	16a	Graduação
Psicóloga/chefia	49a	Cas.	UTI-Neo	15a	Doutorado
Assistente social	31a	Cas.	UTI-Neo	8m	Especialização
Fonoaudióloga/chefia	40a	Cas.	UTI-Neo	12a	Doutoranda
Médica	42a	Cas.	UTI-Neo	16a	Especialização
Médico	45a	Solt.	UTI-Neo	15a	Doutorado
<b>4º Grupo Amostral</b>					
Enfermeira	50a	Cas.	Diretora	26a	Doutorado
Farmacêutica	54a	Cas.	Diretora	31a	Mestrado
Médico	67a	Div.	Diretor	37a	Especialização

Fonte: dados coletados pela pesquisadora na coleta dos dados.

Legenda: a (anos), m (meses); Cas. (casado), Solt. (solteiro), Div. (divorciado).

Com o objetivo de enriquecer e ampliar os significados em torno do fenômeno é fundamental, de acordo com Glaser e Strauss (1967), que a coleta de dados seja realizada em situações e com sujeitos com características e práticas diferenciadas a fim de possibilitar a análise e interpretação sistemática e comparativa dos dados. Os profissionais de enfermagem e de saúde, por terem práticas diferenciadas, em ambientes diferenciados, dentro da instituição hospitalar, permitiram comparar sistematicamente os dados oriundos da pesquisa.

As entrevistas com os participantes da pesquisa foram previamente agendadas e ocorreram em espaços reservados, como em salas de reuniões das unidades de cuidados em que os dados estavam sendo coletados, em salas de chefias, em salas de diretores, por exemplo.

Para o registro das entrevistas foi utilizado o recurso de gravação em meio digital de voz. Os registros de campo foram escritos em um diário de campo, através de notas da pesquisadora, das percepções tidas acerca dos fenômenos observados. Os registros tiveram a finalidade de auxiliar na interpretação do contexto.

A coleta dos dados iniciou no mês de março de 2010, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e findou, após atingir o alcance dos objetivos propostos, em julho do mesmo ano.

Ao entrar no campo de pesquisa, a pesquisadora/doutoranda deu abertura à coleta dos dados, a partir da seguinte interrogação: O que significa para você a experiência do processo de cuidado “do nós”, no ambiente hospitalar? Essa questão de interrogação mostrou-se pouco compreensiva para os profissionais, sendo, então, utilizada a seguinte abertura: Fale-me sobre o significado do cuidado “do nós” a partir da sua experiência de cuidado no ambiente hospitalar.

Para assegurar a privacidade e manter o anonimato dos profissionais entrevistados, as falas foram identificadas pela letra “P”, que representa participante, seguida do um número ordinal correspondente à ordem da sua participação (P1, P2... P25).

Na TFD a fase de coleta dos dados ocorre concomitantemente à fase de análise dos dados. Desse modo, as entrevistas foram realizadas, imediatamente transcritas e analisadas, bem como os registros das observações, que foram elaborados conjuntamente. Os dados emergidos da questão de abertura inicial indicaram as próximas questões/entrevistas/observações sucessivamente no decorrer da realização dos grupos amostrais, até ser atingida a compreensão do fenômeno do estudo.

A análise dos dados foi realizada segundo o método de análise comparativa, que por meio da codificação explícita e sistemática dos dados, permite o delineamento das categorias e suas conexões (GLASER; STRAUSS, 1967; GLASER; HOLTON, 2004). O método da análise comparativa dos dados é um processo contínuo e evolutivo, no qual, cada estágio, com o passar do tempo, se transforma no estágio seguinte. Ao comparar constantemente os incidentes, começaram a surgir/emergir categorias iniciais e suas propriedades, em termos de tipo, abrangência, dimensões, condições em que são produzidas, consequências, relações com outras categorias, e outras propriedades (GLASER, 1967).

Para Glaser e Strauss (1967), a análise comparativa dos dados tem como base os seguintes componentes: conhecimento do ambiente, codificação e categorização dos dados, redução do número de categorias ou novos agrupamentos, identificação da categoria central, modificação e integração das categorias. Em suma, a técnica de comparação constante dos dados se desenvolve em quatro etapas: a primeira permite a comparação dos incidentes que originam as categorias preliminares; a segunda constitui a relação das categorias com suas propriedades, o que permite refiná-las; na terceira, a delimitação da teoria, produto da saturação; e uma quarta etapa de classificação de conceitos.

A análise comparativa é uma característica essencial da TFD, que não apenas compara incidentes, mas também faz comparações teóricas que estimulam o pensamento teórico sobre as propriedades e dimensões dos fenômenos, e também auxilia no processo de amostragem teórica, ou seja, a definir quem e onde entrevistar (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Conforme Strauss e Corbin (2002, 2008), o procedimento de categorização caracteriza-se pela codificação explícita e sistemática dos dados, a qual determinará as categorias que emergem do fenômeno, suas propriedades e dimensões. O processo de codificação é dinâmico e fluído e se utiliza de técnicas e de procedimentos analíticos, sendo as etapas de codificação compostas pelas etapas de codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, que serão explicadas na sequência.

Na codificação aberta o pesquisador deve se fixar rigorosamente nos dados empíricos, codificando com palavras que transmitam ação. O uso de verbos no gerúndio dá essa sensação de ação e de movimento, e o pesquisador deve utilizar as próprias palavras e ações dos entrevistados como ponto de partida. A codificação aberta acontece ao analisar cada palavra, linha por linha, mantendo a abertura aos dados, principalmente quando derivam de entrevistas, observações, documentos (CHARMAZ,

2009). Neste sentido, a codificação aberta permite que o pesquisador realize um exame minucioso dos dados durante o processo analítico, buscando a identificação dos códigos substantivos, compreendidos como dados empíricos, e as suas propriedades e dimensões, que determinarão as categorias e subcategorias (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

Na Tabela 2, apresentada a seguir, é possível observar um exemplo do processo de codificação aberta a partir de dados brutos, ou seja, do conteúdo de entrevista de um participante da pesquisa.

Tabela 2: Exemplo do processo de codificação aberta

Dados brutos	Códigos iniciais	Agrupamento códigos
Cuidado do nós é cuidar das relações, sobretudo. As relações interpessoais, elas são baseadas em questões objetivas e práticas, mas são intermediadas pela subjetividade de cada um.	Cuidando do nós ao cuidar das relações interpessoais.E17 Sendo as relações interpessoais baseadas em questões objetivas e práticas.E17 Sendo as relações intermediadas pela subjetividade de cada um.E17	Cuidando das relações como cuidado do nós ao considerar particularidades/pluralidades, objetividades/subjetividades dos seres.E17

Fonte: dados da coleta e análise dos dados da pesquisa

Durante a etapa de coleta e análise dos dados surgem pensamentos, interpretações, idéias, questões elaboradas pelo pesquisador na forma de memorandos ou de diagramas, e que apontam direções para a coleta de dados. No caso dos memorandos, os registros escritos atuam como lembretes ou fonte de informações que auxiliam o pesquisador a tomar decisões sobre as direções e direcionamentos para as próximas entrevistas durante a coleta de dados. O conteúdo dos memorandos é adequado quando registrado de forma analítica ou conceitual que, conforme a pesquisa evolui, também cresce em densidade, complexidade e clareza, oferecendo ao pesquisador consciência sobre os dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No quadro 1, a seguir, será apresentado um exemplo de memorando realizado pela pesquisadora, durante o processo de coleta e análise dos dados.



Quadro 1: Exemplo de memorando de codificação

**Memorando teórico: 11/07/2011**  
**Entendendo o cuidado “do nós”, “de nós”**

Embora utilizado o termo cuidado “do nós” nas questões aos profissionais, nas respostas, aparece o termo cuidado “de nós”. Será que os profissionais tem o mesmo entendimento por cuidado “do nós” e “de nós”? No processo de codificação, o cuidado “de nós” parece ter o mesmo significado que o cuidado “do nós”, mas ao mesmo tempo em que os termos parecem se completar, também parece haver contradição nos discursos entre diferentes sujeitos. Aprofundar essa compreensão se faz necessário. Já é visível que para o cuidado “do nós” acontecer, é preciso antes ter estabelecido o cuidado de si, o cuidado “de nós” mesmos como sujeitos, e ao que estiver relacionado a esse cuidado, seja individual ou como um grupo.

Fonte: registros da pesquisadora durante a coleta e análise dos dados da pesquisa

Na etapa da codificação axial, o pesquisador deve relacionar as categorias às subcategorias; associar as categorias quanto às suas propriedades e dimensões; formular explicações precisas e completas sobre as propriedades dos fenômenos. Na codificação axial, acontece o reagrupamento dos códigos originados da codificação aberta (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

Para melhor entendimento do método, os autores supracitados explicam que cada categoria representa um fenômeno, ou seja, um problema, um acontecimento ou um incidente que seja significativo para o participante do estudo. A subcategoria responde alguns questionamentos para maior explicação do fenômeno, são eles: como, quando, onde, por que, quem. As propriedades são as características gerais ou específicas, ou atributos de uma categoria, e as dimensões representam a localização de uma propriedade.

O processo de comparação exige que o pesquisador alterne entre uma e outra etapa de codificação sistematicamente, intencionando estabelecer e verificar relações entre as categorias, indutiva e dedutivamente. Esse procedimento possibilita a comparação constante dos dados, visto que as construções são entendidas como provisórias (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008; FERNANDES; MAIA, 2007; TOSCANO, 2007).

Na codificação seletiva acontece a integração e o refinamento das categorias, e consiste no momento em que o pesquisador percebe o surgimento de uma possível categoria central. Neste processo busca-se selecionar, a partir das categorias e relações sistemáticas das mesmas, o tema central do estudo, e limita-se a codificação de eventos significativos à categoria central (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

Os autores citados definem alguns critérios que validam uma categoria central, como: todas as categorias devem relacionar-se a ela; deve aparecer com frequência nos dados; a explicação que se desenvolve a partir da relação entre as categorias deve ser lógica, consistente e emergente; a frase utilizada para descrevê-la deve ser abstrata o bastante para que possa ser utilizada em outras áreas substantivas de investigação; à medida que o conceito se refina analiticamente por meio de sua integração a outros conceitos, a teoria cresce em profundidade e poder explicativo; o conceito deve ser capaz de explicar as variações, casos contraditórios ou alternativos, ou seja, quando variam as condições, a explicação se mantém ainda mais ajustada.

O processo analítico, neste estudo, foi construído sob a perspectiva paradigmática, conforme Strauss e Corbin (2008), constituída por cinco componentes (contexto, condição causal, condição interveniente, estratégias e consequências) que explicam o fenômeno. O contexto representa um grupo particular de condições que possibilitam as estratégias de ação/interação. As condições causais representam o conjunto de eventos, incidentes e acontecimentos que contribuem para o surgimento do fenômeno. As condições intervenientes são as bases estruturais que são sustentadas pelas estratégias que integram o fenômeno. As estratégias são os recursos utilizados para responder ao fenômeno. As consequências são definidas como os resultados das ações e interações dos participantes do estudo, e, por fim, o fenômeno caracteriza-se como a idéia central, cujas relações e interações estão inter-relacionadas.

Segundo Strauss e Corbin (2002, 2008), a saturação teórica ocorre quando dados novos parecem não mais emergir para contribuir com a consolidação de uma categoria, que precisa estar bem desenvolvida nas suas propriedades e dimensões e as relações entre as categorias estejam estabelecidas e validadas. Assim, foi tarefa da pesquisadora, nesse processo, apreender e compreender em profundidade, o ambiente e os diferentes processos interativos humanos que se estabeleciam em torno do fenômeno estudado, determinando o momento da saturação dos dados.

A validação do esquema teórico construído, conforme Strauss e Corbin (2002, 2008), pode ocorrer de várias formas. Uma opção é o pesquisador comparar o esquema teórico com os dados brutos da pesquisa, um tipo de análise comparativa de alto nível. Outra opção é validação por meio dos participantes, que ao lerem os resultados devem comentar se há coerência com a realidade. Entretanto, pessoas que não foram participantes, mas pertencem e experienciam à realidade estudada também podem ser validadores do esquema teórico. Profissionais conhecedores e *expert* do método podem validar os achados da pesquisa, validando não só os dados, mas igualmente o rigor do método. Neste estudo a validação foi realizada pela pesquisadora ao retornar aos dados brutos das entrevistas e por profissionais *expert* do método (TFD), também conhecedores da realidade.

Durante o curso da pesquisa, a criatividade se manifesta na capacidade do pesquisador de denominar categorias com bom tino, formular perguntas estimulantes, fazer comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realista de conjuntos de dados brutos desorganizados/organizados. Dessa forma, é uma tarefa do pesquisador buscar aliar ciência e criatividade na investigação e interpretação dos dados, bem como utilizar na coleta de dados procedimentos de maneira criativa e flexível (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

A intenção da TFD é a construção de teorias, no entanto, Strauss e Corbin (2002, 2008) apontam que o investigador pode usar os procedimentos da TFD sem chegar à construção de uma teoria. O caminho seguido poderá atingir a satisfação dos objetivos propostos sem, contudo, construir teoria. Ou seja, a TFD não precisa restringir-se apenas aos pesquisadores com a pretensão de construir teoria, mas também, a toda a comunidade científica que deseja compreender o comportamento humano e social em dado momento.

Teoria para Fernandes e Maia (2007, p. 54) “é diferente de uma descrição de dados, construindo-se com base num conjunto de procedimentos de conceptualização e no estabelecimento de relações plausíveis entre conceitos e conjuntos de conceitos”. Intenciona explorar um situação/realidade/fenômeno, não apenas sobre ações individuais, mas em unidades sociais com caráter de interpretação e conceptualização dos dados, avaliando a sua adequação em cada nova situação, dado o seu caráter provisório.

Teorizar, para Strauss e Corbin (2008), é um trabalho que implica não apenas conceber ou intuir idéias (conceitos), mas também formular essas idéias em um esquema lógico, sistemático e explanatório. A transformação de uma idéia em teoria exige que esta seja explorada

completamente e considerada de muitos ângulos ou perspectivas diferentes. Implica tomar decisões sobre e agir em relação a muitas questões: o que, quando, onde, como, quem, por que, entre outras questões.

Existem dois tipos de teorias, as formais e as substantivas. A primeira consiste num modo interrogativo para explicação de um processo, é abrangente e composta, e a segunda, mais simples, é desenvolvida dentro de investigação sociológica substantiva ou empírica com significados do cotidiano. A TFD se enquadra nos dois tipos de teoria, sendo o conhecimento construído de interações sociais, de informações e compreensão das ações humanas (GLASER; STRAUSS, 1967; STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

Segundo Strauss e Corbin (2002, 2008), com o objetivo de gerar uma estrutura de referência dos fenômenos encontrados, a TFD está representada por passos definidos e sistemáticos que conduzem à interpretação adequada e precisa dos dados, ao mesmo tempo em que o pesquisador precisa articular criatividade e sensibilidade teórica para a compreensão dos significados, formulação de outras/novas questões e comparações constantes. A sensibilidade teórica, segundo os autores, advém de leituras científicas, experiência prática e conhecimentos empíricos do pesquisador.

## 6 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa no formato de três artigos científicos.

Anterior à apresentação dos três artigos, será apresentada a descrição dos resultados conforme o modelo paradigmático da TFD, baseado em Strauss e Corbin (2008), contudo sem contemplar análise discutida, pois conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011 (UFSC, 2011) a apresentação dos resultados analisados e respectiva discussão da tese devem ser na forma de artigos. Todavia, julgou-se pertinente informar os resultados na íntegra por entender-se que com a leitura desse texto o leitor poderá ter o conhecimento das unidades de análise que não foram contempladas em artigos, nesse momento.

Na sequência deste capítulo será apresentada a estrutura teórico-filosófica, com a respectiva figura que a representa (Figura 1) e os três artigos que correspondem aos objetivos desse estudo.

No primeiro artigo – PROCESSANDO O CUIDADO “do nós” NAS RELAÇÕES E INTERAÇÕES HUMANAS, será apresentado o componente “Estratégias”.

No segundo artigo – A CIRCULARIDADE DOS PROCESSOS DE CUIDAR E SER CUIDADO NA CONFORMAÇÃO DO CUIDADO “DO NÓS”, será apresentado o componente “Consequências”.

E, no terceiro artigo - ACONTECENDO O CUIDADO “DO NÓS” NOS MOVIMENTOS E ONDULAÇÕES DOS PROCESSOS INTERATIVOS NO AMBIENTE HOSPITALAR, será apresentado o fenômeno ou categoria central do estudo.

### 6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS CONFORME O MODELO PARADIGMÁTICO

A seguir será apresentada a descrição dos resultados conforme o modelo paradigmático, da TFD, método do estudo, estruturados em categorias e subcategorias. Salienta-se que os resultados, aqui apresentados, incluem a totalidade dos dados encontrados na pesquisa, a fim de contemplar o leitor com o entendimento da estrutura e processo que culminaram no fenômeno que se revela. Entretanto, na estrutura teórico-filosófica e nos três artigos que serão apresentados na sequência, estão contemplados os resultados (categorias e subcategorias) que correspondem aos objetivos do estudo.

## **6.1.1 Contexto: Conhecendo a instituição**

### 6.1.1.1 Contextualizando a instituição

A instituição pesquisada é um hospital público, de assistência, ensino, pesquisa e extensão, subsidiado pela União, junto a uma instituição de ensino superior de grande visibilidade. Devido ao seu caráter de hospital de ensino, são transitórios os residentes, os doutorandos e os alunos em formação universitária e técnica.

O hospital possui atendimento 24 horas por dia, conta com algumas áreas de alta complexidade e têm alta rotatividade de pacientes, pois atende ao Município e ao Estado. O paciente é o objetivo assistencial da instituição e o foco da atenção dos profissionais de enfermagem e de saúde, cujas ações, cuidados e rotinas visam à recuperação da saúde, a segurança e o bem-estar do mesmo. Na visão de gestores o paciente é visto com carinho, humanização, profissionalismo e ciência, cujo cuidado é individualizado e focado nos problemas e nas necessidades de saúde apresentadas.

São situações/condições/estruturas citadas pelos profissionais depoentes como importantes para a instituição e para o cuidado “do nós”: a Comissão de Humanização, a Associação Amigos do Hospital, o acesso à medicações de alto custo, dispor de uma maternidade para gestantes de alto risco por ter unidade de tratamento neonatal, ter equipamentos e materiais de qualidade, embora menos modernos do que de hospitais de grandes centros urbanos, conseguir adquirir tecnologias que favorecem o trabalho dos profissionais e conferem segurança no cuidados dos pacientes.

Além do convívio com doenças e mortes, que geram algum estresse, os depoentes afirmam vivenciar um período de muitos conflitos, problemas e descontentamentos na instituição, quais sejam: falta de recursos humanos em diversas unidades/setores de trabalho, falta de materiais e de equipamentos considerados importantes para a assistência do paciente; problemas de estrutura física e funcional da instituição; limitação de recursos financeiros advindos do governo federal; ausência de serviços diagnósticos em tempo integral para atender pacientes graves; falta de roupas de uso hospitalar; pouca resolutividade de pedidos de manutenção estrutural e de equipamentos; desperdício e preparo pouco saboroso da comida servida pelo serviço de nutrição hospitalar (embora os produtos alimentícios sejam de boa qualidade); burocracia e morosidade dos processos administrativos da instituição, como, por exemplo, as licitações de compras; falta de

transparência dos processos burocráticos e irregularidades com oferta de vale transporte aos funcionários.

Há situações controversas identificadas nos depoimentos dos sujeitos, como, por exemplo, ao mesmo tempo em que é apontada a necessidade de mais recursos governamentais para aquisição de determinados materiais e equipamentos destinados à assistência do paciente, tendo por vezes que solicitar empréstimo dos mesmos a outras instituições, também é apontado o desperdício de alguns materiais de uso hospitalar e de água potável, além de ter equipamentos de alto custo armazenados em espaços do hospital, sem ser utilizados.

Os depoentes afirmam haver relaxamento na cobrança de resultados no serviço público, sendo considerado um nó que prejudica todo o sistema institucional. Nesse sistema, as mudanças dos processos institucionais, quando ocorrem, são de forma lenta. Assim, como, também, são lentas as reformas e adequações estruturais necessárias das áreas físicas do hospital. São também dificuldades sentidas a precariedade do atendimento e dos serviços prestados ao paciente, tal como a pouca frequência com que é realizada a referência e contrareferência entre hospital e unidade básica de saúde.

A enfermagem representa a maior parte dos trabalhadores dentro do hospital. Todavia, identifica-se a falta de recursos humanos na enfermagem e nas diversas áreas de atuação profissional, por diversas razões. Para suprir a ausência de uns trabalhadores, outros realizam horas extras, pois é necessário manter a instituição funcionando. Na instituição pública todos os trabalhadores deveriam ser concursados; entretanto, há também os contratados por empresa terceirizada, que, em alguns serviços, como na cozinha, são maioria. Salienta-se que há importante diferença salarial entre os trabalhadores terceirizados e os concursados. Os trabalhadores terceirizados substituem os concursados frequentemente, sendo grande a rotatividade desses trabalhadores, que é justificada por excesso de trabalho e baixos salários. Os concursados, de nível técnico e superior, com a atual política de remuneração por hora plantão, têm se interessado em realizar horas extras.

Depoimentos apontam no sentido de que o trabalhador entra motivado para atuar na instituição pública e, com o tempo, muda as suas atitudes, ações e comportamentos. A consequência disso é o descompromisso, o comodismo, o não cumprimento de escala e horários de plantões e a piora na qualidade do trabalho, em especial na prestação de cuidado ao paciente. Uma razão para esse comportamento é o fato de o profissional do serviço público ter o cargo assegurado por concurso, sendo difícil a sua demissão.

Devido ao não cumprimento da escala e jornada de trabalho pelos trabalhadores, gestores e trabalhadores da instituição discutem a adoção do ponto eletrônico digital (atualmente não há controle preciso da pontualidade nas entradas e saídas e da assiduidade dos trabalhadores). Com o ponto eletrônico poderia haver maior controle sobre a pontualidade da entrada e da saída, e talvez, por isso, a maioria dos trabalhadores apresentam movimento contra o ponto eletrônico, particularmente os que possuem duplo ou triplo vínculo empregatício, cuja pontualidade requerida não é devidamente cumprida e as trocas de plantões são elevadas, com pouco ou sem nenhum controle. Alguns depoentes afirmam parecer existir profissionais fazendo plantão para outros e pagamento ilegal de plantão entre servidores. Condições como estas podem ser evitadas com a adoção do ponto eletrônico digital.

Concernente aos múltiplos vínculos empregatícios, os depoentes informam que a legislação permite até dois vínculos por empregado e que o cruzamento de dados de servidores pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) tem identificado os que possuem mais de um vínculo de trabalho e penalizado a instituição quando o trabalhador mantiver mais de dois vínculos. Ressalta-se que toda a instituição pública tem cadastro no CNES.

Ao abordar o cuidado “do nós” no cenário estudado, os profissionais sugerem que não há o cuidado “do nós” de forma abrangente pela instituição, sinalizando para situações de cuidado, um cuidado micro, mais isolado às partes, sem muitas relações, interrelações com o todo institucional. É um cuidado institucional que abrange a todos os trabalhadores a política institucional para progressão salarial. Todavia, segundo os gestores, os profissionais precisam ser comprometidos e ter bem claro o seu papel dentro da instituição para uma convivência saudável, cabendo aos mesmos também cuidar da instituição.

#### 6.1.1.2 Contextualizando os ambientes de trabalho

A unidade de internação cirúrgica (UIC) e a unidade de tratamento intensivo neonatal (UTI-Neo) são micro unidades dentro da macro unidade institucional, as quais se relacionam com múltiplos serviços de apoio para seu pleno funcionamento e onde transitam e interagem múltiplos profissionais, muitos nós como sujeitos que cuidam e são cuidados.

Os profissionais de enfermagem e de saúde caracterizam a UIC como um ambiente estressante, com rotina de trabalho corrida



(especialmente, pela manhã) e extenuante, com grande rotatividade de internações e altas de pacientes cirúrgicos, com emprego de esforço físico no manuseio dos pacientes adultos e adultos obesos em pós-operatório. Nesta unidade, os pacientes não são gravemente enfermos, mas há situações em que o paciente chega em bom estado geral e falece por complicações pós-cirúrgicas.

Quanto ao ambiente físico, a UIC foi recentemente reformada e está adequadamente equipada e climatizada, condição considerada como cuidado e conforto para os profissionais, pacientes e acompanhantes e/ou familiares de pacientes que deste espaço usufruem; entretanto já se fazem necessários alguns reparos estruturais, como, por exemplo, de cortina dos quartos que está caindo, de porta-álcool gel das portas dos quartos que está quebrado, de ar condicionado que está vazando, de problemas com infiltração.

Nessa unidade, como em outras unidades hospitalares, cada turno de trabalho possui suas peculiaridades e rotinas. Os profissionais da UIC afirmam haver maior trabalho em equipe no turno da tarde; entretanto a rotina de trabalho mais agitada pela manhã pode justificar o anseio por um trabalho de equipe mais integrado. Os profissionais dos turnos da manhã, tarde e noite têm contato principalmente durante as passagens de plantão, todavia a passagem de plantão, inerente a todos os turnos, denota ser percebida como irrelevante/sem importância pela maioria, já que nem todos os técnicos e ou enfermeiros acompanham a passagem de plantão em tempo integral devido às saídas antecipadas e chegadas atrasadas de alguns. Assim, não apenas o conteúdo da informação que diz respeito ao paciente pode ficar comprometido, como também as interações entre os membros constituintes das equipes de trabalho da UIC.

O ambiente da UTI-Neo é um ambiente fechado, percebido como estressante devido à gravidade e risco de morte iminente dos bebês com possibilidades terapêuticas limitadas. A dinâmica de trabalho é inconstante em seus movimentos por tratar de pacientes gravemente enfermos.

Segundo os profissionais, atualmente, tem-se cada vez mais bebês prematuros, com um perfil de prematuridade diferente de quinze anos atrás, cuja tecnologia de ponta é fundamental para a sobrevivência desses bebês. Outra tecnologia, mas de cuidado, relacionada à UTI-Neo é o Método Canguru. Esta tem merecido reconhecimento nacional pela estrutura e qualidade dos cuidados da equipe multiprofissional aos bebês e sua família.

No momento da pesquisa, a realidade apresentada configura uma crise da unidade, com poucos leitos para internação de bebês graves, com superlotação de prematuros graves internados em leitos improvisados. Devido à superlotação, há falta de equipamentos como incubadoras de última geração para manter os bebês aquecidos, sendo a preocupação maior dos profissionais entrevistados. Pedir incubadora emprestada para outros hospitais é uma das soluções imediatas encontradas, pois a instituição realizou a compra de respiradores, mas não de incubadoras. Além de incubadoras, outros equipamentos e materiais precisam ser comprados, pois a realidade dessa unidade é de falta de equipamentos, pouca resolução de consertos de equipamentos em uso e de necessidade de agilidade no encaminhamento da reforma da unidade, já que a estrutura física apresenta-se deficitária, por vezes, um tanto insalubre.

Ter que oferecer um nível adequado de cuidados para os bebês nas condições estruturais que os profissionais dispõem e com o quantitativo insuficiente de técnicos de enfermagem para a demanda de atendimento é apontado como causa de preocupação e de desgaste dos enfermeiros. Além do já exposto, os enfermeiros apontam a falta de compromisso dos técnicos de enfermagem com a manutenção e cuidados de materiais e equipamentos, tal como deixar de carregar a bateria de uma incubadora, que no dia seguinte pode precisar transportar um bebê e estará sem energia suficiente para o adequado transporte seguro.

Na UTI-Neo, acontece troca de relações psicoafetivas de extrema sensibilidade 24 horas por dia. Por essa razão, os profissionais precisam ser capacitados para atender e entender situações de extrema sensibilidade, como o choro de uma mãe diante do óbito de um filho. O cuidado humano e sensível ao outro ser, bem como a preocupação com a estrutura física e ambiental, como a redução da luminosidade e a diminuição de ruídos para assegurar o adequado conforto aos bebês, configura um cuidado.

Contraditoriamente ao cuidado, as fragilidades de um serviço e das relações humanas são facilmente apontadas, pois causam desconforto, descontentamento e incômodo. Naturalmente, a atitude imediata quando há desconforto, descontentamento ou incômodo, é buscar o afastamento ou criticar o que ou quem é a sua causa. Todavia, entende-se ser da responsabilidade de cada um perceber e criar oportunidade para o cuidado dos outros seres de relação, pois a atitude de cada sujeito influencia a qualidade do cuidado no ambiente de trabalho e bem-estar das pessoas, refletindo no todo para o cuidado “do

nós”. O cuidado pode ser visível e invisível; entretanto, pode ser sentido e percebido nos movimentos das interações humanas.

### 6.1.1.3 Entendendo o processo de trabalho e as interações multiprofissionais

A instituição pública estudada conta com residência integrada multiprofissional em saúde, iniciada em 2010. Para que a residência pudesse se tornar realidade foi necessário ser pensada pela equipe multiprofissional, cujos membros precisaram aprender a trabalhar e a pensar o processo conjuntamente, em especial para o benefício do paciente. A residência envolve as seguintes áreas da saúde: nutrição, farmácia bioquímica e análises clínicas, odontologia, psicologia, serviço social e fonoaudiologia.

Inicialmente houve dificuldade para a inserção de profissionais da residência integrada multiprofissional em saúde nas unidades hospitalares, de modo fundamental, pela resistência das pessoas à mudança. A residência integrada multiprofissional em saúde foi percebida como algo novo, diferente e incômodo por ter novos profissionais alterando a rotina dos já atuantes nas unidades hospitalares.

Foi possível perceber que a residência integrada multiprofissional em saúde contribuiu na minimização de conflitos oriundos das relações de poder inerentes às diversas disciplinas envolvidas, desde o seu pensar. Entre os profissionais envolvidos na residência pôde se identificar uma melhor qualidade das relações, interações e associações, um impulso para o cuidado “do nós”, já que foi preciso integrar o cuidado e os interesses do paciente, do grupo de residentes, dos profissionais já atuantes nas unidades hospitalares e dos próprios responsáveis pelo projeto.

Pode-se perceber que a aproximação das profissões e dos profissionais atuou também na melhor condução dos problemas com vistas à resolução. Foi necessário que um profissional entendesse o trabalho do outro para a articulação das propostas de ensino e prática na residência. Isso possibilitou o pensar e o refletir conjunto para acontecer a interação, a harmonia e a sintonia entre as diferentes disciplinas.

A residência integrada multiprofissional em saúde é entendida como um diferencial para o cuidado do paciente e para a integração das múltiplas disciplinas, que antes atuavam de modo isolado ou com poucas trocas. Entretanto, os profissionais deste estudo salientam que os residentes passam e os “serviços” ou postos de trabalho ficam, sendo,

por isso, necessário que os “serviços” dêem continuidade às atividades iniciadas pelos residentes.

As relações multiprofissionais também envolvem a enfermagem, porém, segundo relatos, as interações dos profissionais de nível técnico são mais restritas à própria categoria, cujo quantitativo de profissionais é maior do que de outras profissões; todavia, os conflitos também são proporcionais ao tamanho da equipe.

Há profissionais de nível técnico preocupados como o aperfeiçoamento técnico e humano, cujo empenho e busca de conhecimentos perturbam ou desafiam os pares. Assim, há profissionais que preferem ignorar o colega que tem mais conhecimento, e há profissionais que entendem a condição do colega como desafio e motivação para a busca de novos saberes. Identifica-se nos próprios sujeitos deste estudo que técnicos de enfermagem são graduados em enfermagem ou estão em processo de formação superior em enfermagem.

No que se refere ao processo de trabalho dos profissionais de enfermagem da UIC e da UTI-Neo, é no turno matutino que acontece a organização do serviço das unidades para as 24 (vinte e quatro) horas seguintes, sendo este turno mais agitado e com maior número de intercorrências. O turno vespertino parece ser mais tranquilo e principalmente conduz os planos de cuidados definidos pelo turno matutino. O noturno dá continuidade aos planos de cuidados, mas transfere ao diurno os encaminhamentos administrativos por falta, talvez, de incompreensão dos mesmos.

Por serem mais tranquilos os períodos de trabalho vespertino e noturno, as relações entre os profissionais se processam mais facilmente. No turno vespertino, há disponibilidade de tempo para a equipe ficar mais próxima e conversar, tendo uma convivência diária e maior possibilidade de troca. No noturno, há preocupação e acolhimento entre os profissionais da enfermagem, cujas relações são entendidas como mais saudáveis por não serem tão íntimas, nem tão atropeladas a ponto de interferir na qualidade das mesmas, já que a equipe se encontra com menos frequência devido ao maior espaço entre os plantões.

Os profissionais da farmácia possuem relação próxima no seu cotidiano de trabalho com os profissionais da enfermagem, medicina, nutrição, serviço social e odontologia, sendo maior o contato com os dois primeiros. O que aproxima a tríade farmácia, enfermagem, medicina é a prescrição medicamentosa do paciente, pois o médico prescreve, a farmácia entrega e a enfermagem administra o(s) medicamento(s). Qualquer inconformidade no processo desenvolvido

desde a prescrição médica até a administração do medicamento pela enfermagem ao paciente, envolve os profissionais das três áreas fundamentais responsáveis pelo tratamento medicamentoso do paciente. Por isso, a necessidade de essas áreas dialogarem e interagirem com frequência.

A partir do conhecimento do processo de trabalho e da função de cada profissional é possível haver compreensão e valorização de uns pelos outros e a facilitação dos processos que envolvem essa tríade. O processo acontece da seguinte forma: o médico prescreve o tratamento medicamentoso do paciente em formulário específico, a enfermagem entrega a prescrição à farmácia, a farmácia entrega, à enfermagem, os medicamentos prescritos para as 24 horas de tratamento e a enfermagem administra a(s) medicação(es) ao(s) paciente(s). O objetivo máximo é que a medicação chegue ao paciente o mais rápido possível, sendo garantida a sua segurança em todo o processo. Quanto à equipe de farmacêuticos atuantes, é salientada a competência, a capacidade de trabalho e tomada de decisão em conjunto e a ajuda mútua entre esses profissionais.

O profissional assistente social atua em múltiplas unidades, convivendo com múltiplos profissionais, mas sem muito vínculo interprofissional por transitar ora em uma unidade ora em outra. As trocas são maiores com profissionais da psicologia, da enfermagem e da nutrição devido às particularidades dos pacientes, cujos direitos visam ser assegurados.

O profissional assistente social participa, mas pouco, das reuniões multiprofissionais devido à falta de tempo, na maioria das vezes. Este profissional atua em defesa dos direitos sociais dos pacientes de diferentes unidades de internação, e quando necessário, discute particularidades de pacientes junto a outros profissionais na busca de um consenso, mas informalmente.

O profissional da psicologia realiza o acompanhamento clínico dos pacientes, não havendo um psicólogo organizacional ligado aos recursos humanos da instituição. Este profissional relaciona-se com outros profissionais e, especialmente com a enfermagem, vislumbrando tratar assuntos relacionados aos pacientes.

A preocupação primeira dos profissionais da nutrição é com a dieta; entretanto, a residência multiprofissional em saúde realizada pelo profissional entrevistado também o habilitou à visão para integração disciplinar. Dentre os profissionais das diferentes disciplinas, o da nutrição tem relação bastante próxima com os profissionais da enfermagem.

A profissional de nutrição, na busca por maiores informações sobre os pacientes da unidade em que atua (UIC), em seu processo de trabalho, acompanha a visita juntamente com os médicos residentes para ter as informações de que precisa (quais irão para cirurgia, quais ficarão em jejum, quais receberão dieta após recuperação cirúrgica), visando otimizar o seu trabalho. O processo de trabalho da profissional de nutrição envolve também o acompanhamento de alunos da residência integrada multiprofissional em saúde (especificamente os formados em nutrição) no processo de aprendizagem e a participação em uma Comissão de Nutrição Parenteral Total.

O cuidado do paciente é objeto comum dos profissionais da saúde, sendo a atuação e a interação multidisciplinar/multiprofissional uma via comum, dada a sua importância para o benefício do paciente e para o cuidado “do nós”.

As áreas profissionais da nutrição, enfermagem, medicina, psicologia e fisioterapia são as que lidam diretamente com o paciente. Todavia, algumas áreas profissionais se preocupam com o seu fim, sem a visão e preocupação com o todo, com as interações que envolvem as múltiplas áreas profissionais e o paciente, limitando as possibilidades de associação e integração para o cuidado multiprofissional e para o cuidado “do nós”. Posto isso, frequentemente acontece a interação multiprofissional com pouca preocupação com aspectos pessoais de cada sujeito envolvido, e não raramente se identifica profissionais que manifestam pouca ou nenhuma preocupação com a instituição, com os pacientes e com outros profissionais, sequer cumprindo sua carga horária de trabalho.

Há tentativas de alguns profissionais de aproximar as relações junto à equipe multiprofissional para o cuidado integral do paciente, visando um trabalho, além de multiprofissional, também multidisciplinar e interativo. Não obstante, essa prática ocorre de modo isolado por um ou outro grupo de profissionais, principalmente na informalidade.

É apontado o visível aperfeiçoamento dos conhecimentos e estudos de áreas específicas, bem como o conhecimento aprimorado de alguns profissionais, com múltiplas formações e qualificações em determinada área do saber. O reconhecimento mútuo e os diferentes saberes reunidos na interdisciplinaridade possibilitam um modo de cuidar e de se relacionar diferenciado. Bastaria a percepção e o empenho dos envolvidos para que o espaço multiprofissional também seja interdisciplinar.

Para o cuidado “do nós” institucional, é necessário conhecer melhor as pessoas e as dificuldades vividas nos outros serviços com vistas a aproximação entre as pessoas e a compreensão das dificuldades enfrentadas, haja vista que, ao melhorar as relações humanas, melhoram também os processos de trabalho. Nesse sentido, visualiza-se o cuidado “do nós” junto a equipe multiprofissional por meio da preocupação, do respeito, do acolhimento, que conseqüentemente geram harmonia relacional. As relações multiprofissionais de trabalho, que também são multidisciplinares, em algumas ocasiões, parecem ser mais superficiais, mas respeitadas. Entretanto, o objetivo máximo da multidisciplinaridade no contexto investigado é o cuidado do paciente. Por essa razão, importa organizar também um processo de trabalho interdisciplinar, de forma harmônica e respeitosa, de modo que o resultado seja a eficiência do cuidado ao paciente.

No caso da UTI-Neo, os profissionais buscam organizar o processo de trabalho visando concentrar/conciliar o maior número de procedimentos e intervenções ao bebê, pelos diversos profissionais, das diferentes disciplinas, em um mesmo momento ou em um momento aproximado, para evitar o prejuízo do sono e descanso do recém-nascido pelas múltiplas manipulações. Assim, os profissionais tentam organizar a prática para atuar conjuntamente no cuidado do recém-nascido. Salienta-se, portanto, que dificilmente um centro de referência conseguirá atender com perfeição todas as demandas ao ter o ser humano envolvido, pelo próprio movimento das pessoas e das mudanças.

A formação de uma equipe multiprofissional/multidisciplinar da UTI-Neo é uma conquista dos enfermeiros dessa unidade. Atualmente há uma equipe estabelecida, composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistente social, fonoaudióloga, nutricionista. Os profissionais dessa equipe participam de reuniões de grupos específicos, tais como o GINEO e o GIAM (grupos que envolvem profissionais da UTI-Neo, maternidade, alojamento conjunto e pediatria), cada qual com suas propostas de trabalho e de cuidado. Há também reuniões multidisciplinares referentes ao Método Canguru, incorporado à UTI-Neo.

As reuniões multidisciplinares são um momento de troca sistemática, sendo positivas quando há o encontro, a integração, a atualização e o reconhecimento de saberes e de experiências. A interdisciplinaridade também ocorre quando profissionais de diferentes disciplinas estabelecem trocas necessárias para o aperfeiçoamento do cuidado em momentos informais. Assim, a interdisciplinaridade

processada na formalidade ou na informalidade é entendida como um cuidado “do nós” por integrar e inter-relacionar o cuidado na diversidade de saberes e fazeres das ciências que a compõe.

O maior obstáculo enfrentado pelos profissionais da UTI-Neo para realizar e manter as reuniões e encontros da equipe multiprofissional é a falta de tempo. Organizar os inúmeros compromissos das agendas de trabalho dos profissionais é o desafio encontrado para manter as reuniões dos grupos com a frequência requerida para um trabalho permanente.

Segundo depoentes das demais áreas da saúde, a preocupação é com o aspecto biológico dos pacientes, focada no diagnóstico e na técnica, caracterizando uma atuação centrada no modelo biomédico e curativo. Ademais, salientam ser a preocupação dos médicos mais direcionada para o paciente e menos para a equipe ou para a unidade de trabalho como um todo.

O próprio profissional da medicina aponta que historicamente o médico era o topo da cadeia de mando ou decisão, o que tinha mais conhecimento, porém essa realidade se alterou e são identificadas outras áreas da saúde igualmente desenvolvidas em termos de conhecimento e domínio de saber.

Atualmente a formação médica é mais generalista e ao mesmo tempo privilegia a especialidade deixando lacunas tanto para os que permanecem apenas com a formação mais generalista, quanto para os que se aprofundam e ficam centrados no domínio de uma especialidade, dando margem para a importância do bom senso e a abertura para ouvir sugestões de outros profissionais da área da saúde.

Alguns profissionais deste estudo identificam profissionais da medicina que se envolvem, auxiliam, agem de maneira educada, ética e respeitosa para com os outros profissionais. Entretanto, apontam que há profissionais que não estão abertos para trocar idéias e parece que consideram apenas os seus interesses como importantes. Esses sujeitos se colocam como seres superiores, não se sensibilizam, nem mostram as suas fragilidades diante de outros membros da equipe multiprofissional.

Os residentes de medicina são alertados e orientados quanto às suas condutas, na sua prática cotidiana, para o benefício e segurança do paciente. Por estar em formação, o residente tem a proteção da instituição durante o seu processo formativo, que também é responsável pelo paciente, condição que lhe confere segurança.

É informada como importante a participação de profissionais de outras áreas da saúde na formação do médico residente, cuja relação multiprofissional é essencial para o paciente, principalmente quando o



profissional está em formação. O profissional enfermeiro é um dos profissionais da saúde que, com frequência, compartilha seus saberes e experiências que somam à experiência e conhecimentos dos futuros médicos. Assim, os residentes de medicina, no contexto estudado, aprendem e contam com a ajuda do profissional enfermeiro na sua formação. Os conhecimentos adquiridos na convivência com a enfermagem somam e qualificam o seu saber e a sua prática médica. Por essa razão, os residentes de medicina buscam cultivar uma relação interpessoal saudável com os profissionais da enfermagem.

Todavia, segundo os profissionais da enfermagem participantes deste estudo, com alguns de medicina o relacionamento é mais difícil, culminando na imposição das suas solicitações, no pouco diálogo. Não é raro identificar a indisponibilidade médica para dar esclarecimentos a um paciente, mesmo quando solicitado pelo próprio paciente ou pela enfermagem. Para sanar a dúvida ou a necessidade de conhecimento do paciente sobre tratamento, exames ou outros, é a enfermagem que, na maioria das vezes, disponibiliza as devidas informações.

A interação entre equipe médica e de enfermagem é considerada boa na maioria das vezes, entretanto sem muito envolvimento da medicina com os problemas da unidade de trabalho. Desse modo, quando há reuniões e encontros que abordam assuntos de interesse coletivo (da unidade, dos profissionais e dos pacientes), identifica-se a pouca adesão da medicina.

Além da participação da medicina nos problemas e interesses da unidade de trabalho, a enfermagem tem buscado fundamentar o cuidado humanizado, como, por exemplo, a medicina optar por não fazer procedimentos no bebê no momento em que ele acabou de dormir mostrando sensibilidade e percepção de cuidado.

Para finalizar, a enfermagem aponta que tem conhecimento e compreende a forma de como os médicos organizam seu processo de trabalho, porém nem sempre há a devida compreensão dos médicos quanto à forma de como a enfermagem se organiza para trabalhar.

#### 6.1.1.4 Significando a intercomunicação profissional

Na intercomunicação profissional o cuidado “do nós” ocorre por meio da comunicação saudável e eficiente. A comunicação se processa de diversas formas, seja pela escrita, pela fala, pela linguagem corporal, etc. A comunicação saudável é entendida quando comunica benefício e claramente o coletivo envolvido, visando especialmente o benefício do paciente.

Conforme os profissionais de enfermagem, é considerado cuidado “do nós” pela instituição, quando são comunicadas informações de interesse coletivo, tais como: quando faltará água no hospital, as manutenções realizadas, as mudanças de rotinas, etc. A comunicação das informações necessárias subsidia o coletivo de profissionais no desenvolvimento de seus processos de trabalho. O conhecimento das informações comunicadas pela instituição, ao serem repassadas e reforçadas entre os colegas, favorece o cuidado “do nós”.

A documentação oportuna e adequada do processo de trabalho, como a realização da evolução de enfermagem de forma completa, regular e computadorizada é entendida como uma comunicação eficaz entre os profissionais acerca da evolução dos pacientes. A leitura regular da evolução de enfermagem pelos profissionais de enfermagem e de saúde potencializa a comunicação em saúde.

Os profissionais de enfermagem e de saúde deste estudo afirmam que embora a comunicação de informações de interesse coletivo ocorra, falta organização institucional para que as informações sejam melhor comunicadas, as quais não têm atingido a totalidade dos profissionais. Assim, os profissionais entendem como ineficaz e moroso o processo de transmissão da comunicação da informação institucional.

As comunicações de informação são, na maioria das vezes, fixadas em um quadro de avisos das unidades. Afirmam os profissionais deste estudo que se as comunicações internas fossem veiculadas por sistema informatizado, com acesso a todos os profissionais, facilitaria o processo de comunicação. Salienta-se, no entanto, que na enfermagem apenas os enfermeiros têm acesso ao sistema informatizado, os técnicos ainda não. Mesmo assim, entendem esses profissionais que se as comunicações internas fossem veiculadas a todos os enfermeiros pelo sistema informatizado ajudaria a divulgar melhor a informação.

Com base nos relatos dos depoentes, há muitos ruídos na comunicação interpessoal, cuja forma como as pessoas se comunicam ou se posicionam cria mais atritos do que resolução de problemas. O déficit da comunicação interprofissional acontece principalmente nas formas oral e escrita, sendo entendida como truncada.

O principal déficit de comunicação no processo de trabalho, apontado pelos profissionais de enfermagem, refere-se à comunicação pouco eficiente dos médicos com os profissionais de enfermagem sobre intercorrências, internações, agenda de exames e cirurgias marcadas, adiadas ou canceladas, que afetam diretamente o paciente. A comunicação entre os demais profissionais da equipe multiprofissional, entre as diferentes áreas/setores e entre os próprios enfermeiros, também

apresenta falhas. Os estudantes em formação, que realizam estágios na instituição, por vezes cometem erros por não conhecerem o serviço em que se situam e devido à falta de informação adequada advinda dos profissionais responsáveis pelos serviços.

A comunicação entre os profissionais da instituição de referência com os da contrareferência também é sinalizada nos depoimentos, sendo os profissionais da equipe multiprofissional do serviço de referência (da instituição pesquisada) responsáveis pela comunicação com o outro serviço da rede de atenção ao paciente, fazendo o *link* entre os diferentes níveis de complexidade para a continuidade da assistência ao paciente. A comunicação, o diálogo e a interação entre hospital e unidade básica de saúde é responsabilidade inerente aos profissionais da equipe de saúde, e não apenas do assistente social, como pensa a maioria.

#### 6.1.1.5 Significando os processos de formação/qualificação/capacitação/aperfeiçoamento

Ao pertencerem a um hospital escola, os profissionais estão em constante aprendizado/crescimento intelectual, o que consideram um cuidado “do nós”. A formação, a qualificação e o aperfeiçoamento profissional são constantemente estimulados, e conseqüentemente os profissionais, ao elevarem seus saberes e práticas, contribuem com a unidade em que se situam e com o todo institucional para o cuidado “do nós”.

A maioria dos profissionais entrevistados são especialistas, mestres ou doutores nas suas respectivas áreas de formação, alguns com experiência e intercâmbio no exterior em suas áreas. Como a instituição oportuniza e incentiva a formação e a educação permanente, os profissionais encontram-se em um movimento intelectual contínuo. Atualmente, a instituição conta com residência médica, residência integrada multiprofissional em saúde, com respectivo mestrado profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos e mestrado profissional em Gerência do Cuidado de Enfermagem, e por estar vinculada a uma universidade federal de grande visibilidade, favorece a formação dos profissionais, que também são alunos em formação em nível *lato e stricto sensu* desta universidade. Os resultados advindos da formação desses profissionais contribuem com a qualidade do serviço prestado em sua área e unidade de atuação.

A instituição, por ser campo de formação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, disponibiliza recursos necessários, tais como biblioteca, laboratórios, salas de ensino, etc., e conta com um Centro de

Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN), que oportunizam a educação permanente aos funcionários, como capacitações, treinamentos e cursos de aperfeiçoamento em enfermagem e saúde. Entretanto, sinaliza-se a mínima a participação da enfermagem, particularmente do nível técnico, ao se considerar o quantitativo de recursos humanos vinculados à instituição. Alguns depoentes sugerem ser a falta de cobertura de funcionários, nas unidades, a causa da pouca participação desses profissionais nas atividades de educação permanente.

Em virtude da pouca aderência dos funcionários às capacitações em serviço, a direção ofereceu um plano para progressão funcional (adicional ao salário) aos que realizassem capacitações, considerado pelos beneficiados como um cuidado “do nós” pela instituição. Essa medida desencadeou o aumento da participação dos funcionários nas capacitações em serviço, cuja média oferecida é de 20 por semestre, com temas diversos.

São evidenciados diversos estudos, de diversas áreas e diferentes níveis de formação, realizados na instituição, cujos resultados e conhecimentos gerados não têm sido aplicados na prática. Essa situação gera incômodo aos que esperam mudanças positivas advindas desses estudos.

Relativamente à formação dos profissionais da área da medicina, um depoente afirma preocupação com as novas gerações de médicos, seu envolvimento com o paciente e com profissionais que se inter-relacionam na área da saúde, com o cuidado “do nós”. Segundo o depoente, parece que as novas gerações de profissionais se sensibilizam menos, distanciam-se mais e pouco se comprometem com o que envolve o cuidado humano e suas relações/interações/associações.

## **6.1.2 Contexto: Significando a gestão**

### **6.1.2.1 Significando a gestão do micro e do macro espaço institucional**

A circularidade dos processos de cuidar/cuidado tem amplo reflexo nas relações cuidativas junto aos membros que lideram e aos que são liderados no micro e no macro espaço da instituição hospitalar. Se um diretor tem postura de cuidado junto à chefia diretamente subordinada, consequentemente a chefia cuidará do trabalhador a ela subordinado, o qual retornará o cuidado aos seus líderes ou colegas de forma direta ou indireta, numa ação e reação circular de cuidado. As ações de cuidado podem acontecer se houver trabalho conjunto e

cuidado entre os gestores institucionais (direção, chefia de divisão, chefia de unidade) e trabalhadores subordinados a esses gestores.

As ações de gestão do micro e do macro espaço institucional se articulam e estão intimamente associadas, integradas, relacionadas. As condutas de gestão tidas em um micro espaço influenciam outros micro espaços e alteram a dinâmica e os movimentos no macro espaço institucional, e vice-versa, conduzindo movimentos aleatórios e circulares de ação e reação de cuidado entre os líderes e os liderados.

O cuidado na gestão do micro espaço é evidenciado quando o gestor demonstra capacidade de liderança e visão administrativa, é receptivo e aberto ao diálogo, perspicaz e inteligente, escuta, reconhece o empenho, os esforços e os resultados alcançados pela equipe, preocupa-se e procura compreender as necessidades, preferências e problemas individuais ou coletivos dos trabalhadores (que, afinal, também são seres humanos), procede ao encaminhamento das suas queixas e problemas referidos pelos trabalhadores, pacientes ou familiares quando necessário, confere autonomia, confiança e respaldo às decisões dos liderados, elogia e critica quando pertinente, oportuniza espaço para socialização e confraternização entre colegas e gestores e mantém relacionamento saudável junto à equipe.

É uma condição comum os gestores serem observados, criticados e ou elogiados pelos trabalhadores. Nas relações que se processam no ambiente hospitalar entre trabalhadores e gestores, é comum que os primeiros tenham os segundos como modelo positivo ou negativo de conduta. Os comportamentos, ações, atitudes de uns são adquiridas e reproduzidas por outros, como uma espécie de espelho que reflete em uns os modos de ser de outros.

Identifica-se que reuniões das chefias de enfermagem com a equipe técnica de enfermagem acontecem, mas não com a frequência com que os profissionais envolvidos gostariam, sendo uma justificativa para que a resolução esperada dos problemas deliberados nem sempre ocorra, já que requer a participação do coletivo de profissionais envolvidos. A gestão do cuidado pelos enfermeiros também envolve pensar no coletivo, nos pacientes e seus familiares e na equipe interdisciplinar e multiprofissional que integra a organização de saúde.

Em se tratando do cuidado “do nós” pela direção geral na gerência do macro espaço, a partir das falas dos profissionais, relaciona-se o cuidado “do nós” pelo diretor ao conhecimento e atendimento das necessidades do coletivo institucional, do todo, sendo ele o sujeito que representa esse todo e sendo o todo constituído pelos pacientes e seus familiares, pela equipe multiprofissional e outros sujeitos que interagem

e integram essa organização de saúde. Neste sentido, é feita uma analogia que compara o diretor de um hospital, por suas responsabilidades gerenciais, a um presidente de país, pois ambos precisam conhecer a realidade de cada parte para a gestão do todo, que integra e associa cada uma das partes constituintes do todo. Entende-se que a “boa intenção” do gestor não assegura/garante um bom governo, ou seja, o governo para o cuidado “do nós”. Por essa razão, o reconhecimento das necessidades particulares locais e globais, que integra e associa cada parte ao todo e o todo às partes é uma característica importante para governar cuidando e cuidar governando.

Compreende-se que ao ocupar um cargo de representante de um coletivo institucional, como o cargo de um diretor, é esperado pelos seus governados que esse gestor seja agregador, potencializador, perceba fragilidades e atue nas mesmas, identifique potencialidades e valorize-as, assim como contemple outras ações positivas que qualifiquem a gestão. Todavia, as expectativas dos profissionais de enfermagem e de saúde parecem minimamente contempladas pela gestão institucional. Insatisfações de várias ordens são apontadas pelos profissionais deste estudo, sendo os problemas, principalmente citados, os relacionados à estrutura física, administração e de recursos humanos. O entendimento que se tem é de que o cuidado “do nós” no macro espaço institucional seria melhor contemplado se esses profissionais se sentissem cuidados pela direção institucional, atendendo suas expectativas e necessidades ou até mesmo sendo surpreendidos com inusitadas ações que beneficiassem cada um e todos.

Entende-se nas falas dos depoentes que as ações de gestão institucional para o cuidado “do nós” podem ser intensificadas, visto que são percebidas ações de cuidado “do nós” em movimentos isolados e fragmentados, que nem sempre atingem a totalidade dos sujeitos.

As interações que se estabelecem na arena institucional são agitadas pela ordem/desordem/organização próprios de um ambiente complexo como o hospitalar, onde múltiplas pessoas, em suas singularidades e pluralidades, autonomias e dependências inter-relacionam-se, retroagem, são cuidados e produzem cuidado, conduzindo dialogicamente noções contraditórias da mesma realidade experienciada. Desse modo, vislumbra-se nos movimentos e ondulações das relações entre trabalhadores e gestores contradições que oscilam entre satisfações e insatisfações, conflitos e relações harmoniosas, discursos positivos e práticas com resultados por vezes mais negativos do que positivos.

### 6.1.2.2 Gerenciando a instituição/áreas/unidades

Os gestores são eleitos pelos próprios pares, cuja função é permeada de responsabilidades administrativas e burocráticas, que se articulam e negociam com os diversos serviços de apoio e de assistência ao paciente, razão primeira da existência da instituição hospitalar. Os gestores primam em seus discursos pela atenção aos recursos humanos, cuja gestão é dedicada em um grau de atenção maior às pessoas e equipes de trabalho. Vislumbra-se a preocupação da direção geral com a sustentabilidade e sobrevivência da instituição. Os diretores de área buscam prioritariamente manter o funcionamento pleno das unidades de suas responsabilidades, assegurando quantitativo suficiente de recursos humanos, adequado ambiente físico de trabalho e corpo funcional capacitado, com incentivo para o próprio cuidado dos trabalhadores atuantes. Já as chefias de unidade têm atenção em especial à própria equipe de trabalho – do indivíduo e do coletivo, suas relações, interações e medição de conflitos oriundos dos movimentos e processos relacionais.

### 6.1.2.3 Gerenciando recursos humanos

Segundo normas diretivas institucionais, o trabalhador de enfermagem, ao ser admitido, deve passar pelo programa de orientação introdutória (POI) nos primeiros três meses de admissão; entretanto esse prazo nem sempre é cumprido. Na ausência do POI, os novos trabalhadores, ao serem introduzidos nas unidades de trabalho e às suas respectivas funções, buscam as orientações pertinentes conforme surge a necessidade. A realização do POI é considerada importante, porém é oportuno aperfeiçoamento para melhor atender as expectativas dos novos trabalhadores, como a visitação às dependências físicas da instituição, e os anseios de qualidade do programa pela direção de área.

Os profissionais do centro de educação e pesquisa em enfermagem (CEPEN), as chefias de divisão, a direção de enfermagem, os profissionais das comissões de apoio, da comissão ética e da comissão de materiais e assistência que representam as principais estruturas institucionais perdem possibilidades de promover uma interação mais próxima com os novos trabalhadores admitidos no momento da sua recepção, na realização do POI, quando não se fazem presentes. De igual modo, perdem também os novos trabalhadores a oportunidade de conhecê-los/reconhecê-los e a possibilidade de entender

um pouco mais sobre a função de cada um desses profissionais e ou o funcionamento dos serviços/setores/unidades que representam.

O remanejamento interno e/ou a alocação de trabalhadores de enfermagem admitidos nas unidades de cuidados segue uma política institucional com normas instituídas, dentre as quais não está contemplada a experiência do profissional em sua área de atuação. Como há vários profissionais admitidos com experiência em áreas especializadas, como em unidades de cuidados intensivos, os mesmos poderiam ser alocados nestas unidades se a experiência profissional estivesse contemplada nas normas do remanejamento interno. Com base nessa prerrogativa, os enfermeiros consideram positivo o remanejamento interno existente, mas também atribuem importância à experiência e à identificação pessoal do sujeito com a unidade a que será vinculado.

Trabalhadores são remanejados para unidades que estejam com insuficiente corpo funcional, seguindo, conforme os depoentes, critérios de abertura de inscrições para o processo de remanejamento, a avaliação do prontuário funcional com as respectivas avaliações de desempenho individual e a análise de currículo. Como o atual estatuto do remanejamento parece não contemplar outros requisitos considerados também importantes, como a experiência do profissional, repensar essa política é uma necessidade apontada pelos profissionais de enfermagem e pela própria diretoria de área.

Os trabalhadores que tem solicitação médica de transferência de unidade de trabalho por problemas de saúde seguem a mesma política de remanejamento que os demais, ou seja, dependem da possibilidade de ter vaga disponível em outra unidade para iniciar o processo.

Quanto às avaliações, o trabalhador (servidor público) recém-admitido, que está em período probatório, recebe acompanhamento da chefia responsável por 60 dias, sendo as avaliações desse período sinalizadoras da possibilidade de tornar sua contratação efetiva.

As avaliações de desempenho pelos enfermeiros mostram fragilidades, provavelmente por ser difícil avaliar o outro (auxiliares e técnicos de enfermagem), e mais ainda os próprios pares na relação próxima, mas hierarquicamente distinta. Sobre esse assunto, compreende-se ser fácil avaliar se uma pessoa sabe realizar uma técnica, mas avaliar se uma pessoa sabe se relacionar é difícil. Dessa forma, devido a avaliações mal sucedidas realizadas pelos enfermeiros, profissionais em período probatório são efetivados e sinalizam problemas com o decorrer do tempo. Ademais, avaliações controversas de um mesmo funcionário também acontecem.



Após a efetivação do trabalhador, as avaliações passam a ser anuais, porém, os próprios enfermeiros (gestores ou não) mostram a necessidade de serem realizadas com maior critério e rigor, pois como as avaliações são realizadas, anualmente, situações técnicas ou comportamentais dos trabalhadores são esquecidas quando não há o registro ou a advertência escrita, passando despercebidas quando no momento oportuno para que sejam apontadas e registradas. Por essa razão, o processo de avaliação é sinalizado como truncado, sem advertências, sem efeitos punitivos e com consequentes melindres nas relações e interações humanas entre os envolvidos.

Uma das funções de uma chefia de enfermagem é observar o desempenho dos auxiliares e técnicos de enfermagem no desenvolvimento das atividades de sua competência, estando aberto e atento às queixas referidas por pacientes, familiares ou outros. Todavia, embora identificados ou apontados alguns problemas técnicos ou comportamentais, a sua resolutividade parece difícil de acontecer, provavelmente devido à chefia eximir-se da sua responsabilidade de advertir quando necessário.

A insubordinação e o desacato dos auxiliares e técnicos de enfermagem para com os enfermeiros aparecem como as principais intercorrências que merecem advertência. É atribuída a esse comportamento a condição de o trabalhador ser funcionário público efetivo e não temer por sua demissão.

Um impasse identificado sobre a dificuldade de os enfermeiros efetuarem advertências é o fato de o cargo de chefia ou de direção ser eletivo. Desse modo, por depender de voto para ser eleito chefia da unidade de cuidados em que atua, o enfermeiro parece abster-se de advertir um trabalhador, quando necessário, para assegurar a possibilidade de conquistar voto para o processo eleitoral. Outro impasse é a relação de amizade entre chefe e subordinado, a qual parece interferir na decisão de o primeiro advertir o segundo quando ocorre uma situação cujo profissional seria digno de ser advertido. Essa condição interfere no processo de trabalho e na relação chefe e subordinado.

Alguns profissionais entendem como necessária a advertência para assegurar o respeito às chefias, seja de modo individual ou coletivo, quando for o caso. Dada a gravidade do desacato ou da insubordinação, a advertência verbal se apresenta insuficiente para que esses comportamentos não se repitam. Soma-se às razões que justificam a advertência, os casos em que os trabalhadores não são pontuais, portam-

se inadequadamente ou negam-se a fazer determinada atribuição de sua competência.

O apoio da chefia de unidade e da direção de enfermagem aos enfermeiros assistenciais nas condições que merecem advertência faz-se necessário e importante para a efetividade da conduta. Como a advertência escrita permanece na ficha funcional, esse registro pode contribuir para a negação de um remanejamento ou mesmo para uma decisão de abertura de sindicância com vistas à exoneração, se for o caso, apontando ser o tipo de advertência que asseguraria maior respeito e comprometimento dos profissionais de nível técnico com suas respectivas chefias.

Ainda, relativamente ao assunto advertência, a burocracia do serviço público ou mesmo o incipiente conhecimento das chefias e direções dessas burocracias impedem de, efetivamente, um trabalhador com inadequado desempenho técnico ou comportamental ser advertido por escrito. Não obstante, as advertências (com ou sem abertura de sindicância) por escrito abrem caminhos para que o trabalhador, que tem registrado o seu inadequado desempenho técnico e comportamental, possa num futuro ser exonerado do cargo público.

Sobre exoneração, convém salientar a dificuldade de os gestores conseguirem demitir/exonerar um funcionário público depois de efetivado, sendo necessária uma extrema justa causa, adequadamente documentada, para indicar sua demissão/exoneração do serviço público. Além disso, a sindicância e a exoneração são considerados processos morosos e cansativos.

#### 6.1.2.4 Promovendo o cuidado “do nós” por meio de projetos, dinâmicas e outras atividades

Os projetos, dinâmicas de grupo e outras atividades que visam integrar, associar, agregar pessoas e cuidar dos indivíduos e do grupo de trabalho são iniciativas que partem comumente dos enfermeiros.

Atividades como a realização de “Amigo Secreto” são realizadas na tentativa de aproximar as relações humanas entre os membros das equipes de trabalho dos diferentes turnos. Os recadinhos entre os amigos secretos tornam o dia-a-dia de trabalho mais divertido, e há os que se emocionam com o recebimento dos recadinhos do seu amigo secreto.

As confraternizações internas e externas ao ambiente de trabalho são realizadas no intuito de comemorar datas especiais, tais como, o natal, o ano novo ou os aniversários. Entretanto, a participação dos

trabalhadores nas confraternizações é maior se os cônjuges e filhos também puderem participar.

Na instituição existe o Projeto Amanhecer, criado em 1996, objetivando inicialmente atender gratuitamente os trabalhadores de enfermagem do hospital estudado; entretanto, desde 2004, assiste também a comunidade acadêmica por meio de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) – uso da medicina tradicional e complementar ou alternativa.

As práticas do Projeto Amanhecer são voltadas para o cuidado do trabalhador da instituição e, acreditando nesse cuidado, algumas chefias e direções de área apóiam, incentivam e até conduzem os trabalhadores sob sua gestão à realização de terapias, tais como *Reiki*, massagem, apometria, massoterapia. Todavia, muitos desses trabalhadores apresentam resistência em participar e se utilizar das práticas do projeto, pois, salientam os profissionais ser preciso a pessoa acreditar e aceitar essa modalidade de cuidado.

As dinâmicas que envolvem o grupo/equipe de trabalho são promovidas com o intuito de motivar e integrar de forma positiva as pessoas envolvidas. Nem todos os membros do grupo/equipe apóiam a iniciativa, principalmente, quando envolve proximidade e toque entre as pessoas; todavia, os que apóiam e participam percebem a melhora das relações e a aproximação entre os participantes, com conseqüente motivação para o trabalho.

A dinâmica intitulada “Paparico da Semana”, realizada pela equipe da UTI-Neo, do turno da manhã, na época da coleta de dados, foi apontada como um importante cuidado das pessoas e das relações humanas. Essa dinâmica tinha como objetivo eleger um membro da equipe, semanalmente, para ser paparicado por todos os demais ao longo daquela semana. O sujeito eleito usava uma faixa que o identificava como “Paparico da Semana”. Esse sujeito recebia paparicos, ou seja, carinho, cuidado e agrado de todo o grupo/equipe, inclusive de familiares de pacientes (familiares de bebês da unidade de cuidados intensivos) que tinham conhecimento do objetivo da dinâmica.

Os participantes da dinâmica “Paparico da Semana” percebem que todos gostam de um carinho, de um elogio, e a dinâmica é uma forma de sensibilizar o grupo/equipe para o cuidado do outro-colega, para o acolhimento, para o abraço, o beijo, o sorriso, o presentear. O momento da troca da faixa de “Paparico da Semana”, semanalmente, após a passagem de plantão, é evidenciado como um momento de acolhimento e de descontração, com direito ao registro de fotos (socializadas posteriormente entre o grupo).

A dinâmica “Paparico da Semana” foi positiva para as relações humanas junto ao grupo/equipe de trabalho, sendo percebido maior acolhimento entre os colegas, independente de ser o paparicado da semana, ou não. A dinâmica foi considerada como o semear de uma semente de cuidado, de acolhimento pelo outro, cujas atitudes simples de cuidado têm repercussão importante na vida da pessoa, além de tornar o ambiente de trabalho descontraído e tranquilo e de melhorar as relações interpessoais e interprofissionais.

### **6.1.3 Condição causal: Percebendo os movimentos e ondulações das relações e interações humanas**

#### 6.1.3.1 Sendo as relações e interações humanas conflituosas

As interações humanas, nos seus movimentos e ondulações, são permeadas de atitudes e ações de cuidado, mas também de conflitos que organizam/desorganizam e conferem desequilíbrio/equilíbrio às relações humanas e profissionais estabelecidas. São motivos de conflitos junto ao grupo e ou equipe multiprofissional a existência de reclamações, críticas, queixas, discussões, atritos, repreensões, decisões isoladas, divergências e confrontos de idéias, desentendimentos, intolerância, autoritarismo, individualismo, resistência a mudanças, disputa de poder, entre outros motivos que provocam desgaste nas relações interpessoais.

Dentre os ambientes e espaços de relação institucional, entende-se que o ambiente fechado, como o de uma unidade de cuidados intensivos, favorece os conflitos pelas suas características inerentes.

As interações humanas envolvem o nós/coletivo e sugerem relações conflituosas ou não elaboradas, produtoras de mal entendidos e de embates mal resolvidos, intermediadas pela subjetividade de cada indivíduo. Os conflitos produzidos nas relações e interações humanas são entendidos como um nó ou vários nós, no sentido de obstáculos, que vão se tecendo dada à subjetividade e diferença dos seres humanos.

Os nós (obstáculos) atrapalham o curso das relações e o fluxo de um trabalho. Todavia, fazem parte de um trabalho coletivo e relacional, sendo fundamental esclarecer/entender esses nós (obstáculos) na tentativa de desfazê-los. Quanto mais nós (obstáculos) estiverem desfeitos no processo relacional mais saudáveis se tornarão as interações/relações/associações entre os sujeitos. Os nós (obstáculos) e os conflitos produzidos nas relações interprofissionais podem ser positivos quando conduzem o crescimento e o amadurecimento dos trabalhadores envolvidos.

Por serem seres de autonomia e de liberdade, os profissionais são capazes de escolhas, de decisões, de opiniões, de críticas, que ocasionalmente provocam e intermediam os conflitos relacionais. Entretanto, os conflitos, os nós (obstáculos) são entendidos como processos de construção/desconstrução/reconstrução das relações estabelecidas no âmbito laboral, sendo necessários, em certas condições, em certos casos, para a organização de uma nova ordem após a desordem.

6.1.3.2 Apontando atitudes/ações/condições que potencializam/fragilizam as relações e interações humanas

O ser humano é falho, é bandido e mocinho, bom e mau, tem dificuldades e imperfeições manifestadas na convivência, que podem gerar os conflitos relacionais e consequente fragilidade nas relações e interações humanas. A partir de atos, atitudes e condições criadas no ambiente relacional, o ser humano contribui para o sucesso das relações/interações/associações de cuidado, o cuidado “do nós”, ou, contraditoriamente, cria um espaço de relações frágeis, instáveis e esquivas.

Chegar atrasado, sair antes ou demonstrar desinteresse à passagem de plantão; ignorar a totalidade da unidade e dos pacientes; ter pouca integração com a equipe; não participar de reuniões e encontros da equipe; usar demasiadamente o telefone pessoal em ambiente de trabalho; o pouco coleguismo, o comodismo e o descompromisso com o outro-colega, bem como não cumprir atividades competentes à função, evitando o trabalho, são algumas das ações/atitudes/condições que fragilizam as relações e interações humanas processadas entre os profissionais de enfermagem no ambiente laboral.

Todavia, as atitudes, ações e condições que potencializam as relações e interações humanas, favorecendo o processo de trabalho e consequentemente o cuidado “do nós” no espaço laboral são: a disponibilidade, a solidariedade, a confiança, a participação, a atenção, a colaboração, o respeito, o trabalho em equipe, a liderança positiva, o companheirismo, o otimismo, a motivação, a maturidade, a pontualidade, o ouvir e o esperar.

### 6.1.3.3 Significando a ética e a bioética nas relações e interações humanas

A questão sobre a ética que permeia as relações e interações humanas no cotidiano de trabalho é considerada delicada e sutil e baseia-se, principalmente, nas condutas de respeito de uns com os outros no âmbito das relações, independentemente da formação, da condição hierárquica ou campo de atuação.

Na percepção dos depoentes, o cuidado “do nós” está atrelado ao compromisso ético de cada um, cuja conduta ética está relacionada ao perfil e às características individuais dos sujeitos. Enquanto, alguns consideram que o contexto social e cultural, como a formação, a educação e o comportamento dos pais, familiares, professores, etc. conduzem a postura e o ser ético dos indivíduos; outros entendem que a ética não se aprende, faz parte do modo de ser da pessoa. Conforme a última assertiva, na visão dos profissionais a pessoa pode estudar sobre ética profissional, mas não tendo predisposição para comportamentos éticos, não agirá eticamente. Pode, assim, ser um excelente profissional em sua prática, no desenvolvimento da técnica, mas não ser ético.

Algumas das condutas antiéticas referem-se à exposição pública de erros e de condutas de outrem, exposição de diagnóstico sigiloso ou da privacidade de pacientes, bem como designação de “rótulos” a pacientes devido à condição ou diagnóstico de saúde, tais como “o paciente HIV”, “o paciente da vesícula”, ocorrências frequentes em passagem de plantão da enfermagem e em diálogos estabelecidos entre a equipe profissional.

A preocupação dos profissionais com a bioética manifesta-se por questões que envolvem decisões acerca do investimento de tecnologias e de ações em saúde, como, por exemplo, para manter a vida ou reanimar um bebê prematuro extremo (23 semanas ou 400g, em média), manter a vida de um bebê anencéfalo ou determinar o não investimento na reanimação de um doente terminal.

Com base no exposto, compreende-se que o cuidado “do nós” manifesta-se atrelado ao agir ético do profissional ao considerar, como base das ações, atitudes e comportamentos, as premissas da profissão (ética profissional) e da moral que constitui a sociedade e a cultura dos profissionais de enfermagem e de saúde. Já no campo das ciências biológicas e das ciências da saúde, a bioética contempla o cuidado “do nós” ao apontar possibilidades de decisões seguras, humanas e de cuidado sobre a vida e o viver do outro. De outro modo, a decisão sobre a vida e o viver desse outro, no campo da bioética, possibilita o cuidado

“do nós” quando permeada de responsabilidade, consciência, ciência e sensibilidade humana.

### **6.1.4 Condição causal: Significando a saúde do profissional de enfermagem**

#### 6.1.4.1 Percebendo a saúde do profissional de enfermagem

No cotidiano de trabalho de muitos profissionais da enfermagem a realização de esforço físico é inerente ao seu fazer no cuidado aos pacientes. Muitos desses trabalhadores possuem uma média de idade entre 40 e 60 anos, e nem para esses nem para outros, como, por exemplo, os que têm indicação médica de restrição de peso, há como restringir esforços devido à rotina de cuidados, pois ao restringir esforços de uns, outros ficarão sobrecarregados. Sendo assim, as doenças musculoesqueléticas nos trabalhadores de enfermagem são frequentes e sua prevenção não é uma realidade no contexto estudado.

O hospital, pelas características que lhe são peculiares, é considerado um ambiente promotor de estresse, estando o trabalhador de saúde passível às condições desse ambiente. Ademais, a convivência com pessoas doentes e doenças no hospital e o excesso de trabalho são citados como motivo de estresse para os profissionais de saúde, em especial, os da enfermagem.

Conforme o exposto, as doenças principalmente identificadas e que geram atestados e licenças por motivo de saúde são as musculoesqueléticas e as psíquicas, prevalecendo a segunda causa, sem distinção de nível hierárquico ou função. Os depoentes asseveram que a Síndrome de *Bournout* faz parte do contexto investigado.

Os atestados e licenças por motivo de saúde de um profissional sobrecarregam o labor de outros profissionais da equipe, que, por vezes, precisam duplicar sua jornada de trabalho para manter a unidade funcionando. Dobrar a jornada de trabalho ou fazer horas extras para cobrir atestados provoca desgaste, estresse, fadiga, etc., cuja repetição desses eventos pode comprometer a saúde dos demais trabalhadores, constituindo a circularidade de um fenômeno que culminará em adoecimentos e afastamentos do trabalho. Posto isso, questiona-se: estariam os profissionais tão ou mais doentes que os próprios pacientes que estão internados? Quem cuida do cuidador?

Todavia, segundo os depoentes, há atestados médicos considerados sérios (por doença de fato) e os que são por convivência do profissional emissor com o profissional solicitante, cuja totalidade dos

atestados de saúde emitidos evidencia seu quantitativo surpreendente. A extensão do atestado também é facilitada junto à perícia, ocasionando importante déficit de recursos humanos na instituição, particularmente pela enfermagem, que representa o maior quantitativo de profissionais da área da saúde.

Em termos legais, o funcionário público pode ficar até dois anos afastado do trabalho por motivo de saúde, porém, se o trabalhador não retornar ao trabalho após esse período, pode a instituição aposentá-lo por invalidez. Não obstante, a totalidade dos afastamentos é interrompida para evitar a aposentadoria precoce. Aí, questiona-se: estaria o trabalhador realmente afastado por motivo de saúde? Conforme os depoimentos, provavelmente, não.

Identifica-se ainda a admissão de trabalhadores concursados já com atestado por licença saúde e ou por licença maternidade, condições que se somam aos problemas do déficit de recursos humanos por motivo de saúde já existentes.

A preocupação com a saúde do trabalhador da enfermagem, manifestada pelos profissionais do estudo, não é isolada ou inusitada, pois já existem múltiplos estudos acerca do tema, inclusive os realizados por profissionais estudiosos pertencentes ao quadro de pessoal da instituição, que congrega pesquisadores, mestres e doutores em enfermagem. Entretanto, afirmam os depoentes que a preocupação ainda é teórica, cujos resultados, conclusões ou considerações dos estudos não são aplicados na prática para melhoria da saúde do trabalhador no contexto do estudo.

Diante dessas situações, a prática do genuíno cuidado “do nós”, que integra a perspectiva do cuidado coletivo, pode possibilitar as condições necessárias para um cuidado mais amplo da saúde do trabalhador de enfermagem ao envolver cada um e todos os sujeitos de relação, cada micro e o macro espaço institucional imbuídos de responsabilidades e de sentimentos de pertença por esse cuidado, pelo cuidado da saúde do eu e do outro, pela saúde individual e do coletivo institucional, seja com base em estudos ou em experiências vivenciadas. A consolidação de um cuidado “do nós” é a perspectiva que integra e inter-relaciona os múltiplos aspectos e as múltiplas dimensões humanas para, individualmente e coletivamente, para um e todos se sentirem cuidados e cuidarem uns dos outros. A saúde não só física, não só mental, mas em todas as dimensões da vida do ser humano depende de ações próprias de cuidado de si, mas também integra e depende de ações de cuidado advindas do outro, pelo outro, com outros seres de interação, independente de ser no micro ou no macro espaço relacional.



#### 6.1.4.2 Identificando os múltiplos vínculos do profissional de enfermagem

O hospital, local do estudo, possui um quantitativo significativo de profissionais com dupla jornada de trabalho, e, em algumas situações, com tripla jornada de trabalho, que segundo os depoentes justifica-se pela necessidade financeira. Nos termos da lei brasileira vigente, nº 8.112/1990, a acumulação remunerada de dois cargos públicos é permitida quando houver compatibilidade de horário. Entretanto, em termos de saúde do trabalhador, o duplo e ou triplo vínculo de trabalho, principalmente pelos profissionais de enfermagem de nível técnico, resultam em sobrecarga de trabalho ao trabalhador.

O duplo e o triplo vínculo empregatício tem como consequência o comprometimento do lazer e das amizades, a execução do trabalho no limite físico e mental, o mau humor, a desatenção, cansaço, o cochilo em trabalho, a incapacidade de perceber as peculiaridades do paciente e as intercorrências no entorno do trabalho, condições que facilitam o erro, comprometem a segurança do paciente e da equipe, prejudicam a qualidade do cuidado do outro e das relações humanas de cuidado, seja no ambiente de trabalho, seja no ambiente doméstico – acarretando prejuízos para o cuidado de si, do outro, de outros, enfim, para o cuidado “do nós”.

O trabalho da enfermagem, no hospital do estudo, possui uma jornada diária de seis horas no período diurno, para a maioria dos profissionais mencionados. Assim, muitos trabalhadores com dupla jornada de trabalho, por exemplo, deveriam sair às 13:00h de um emprego para entrar às 13:00h em outro, o que é impossível. Por isso, comumente possuem saídas antecipadas num vínculo de trabalho e atrasos na entrada num outro, diariamente. Tal condição pode ser causa de angústia, ansiedade, aflição, estresse e acúmulo de cansaço derivado de dois vínculos empregatícios. O cansaço impossibilita o estudar, o se dedicar e o contribuir com a equipe, pois os trabalhadores de enfermagem que tem duplo ou triplo vínculo no seu fazer cotidiano, comumente se limitam ao cumprimento da carga horária, das normas, rotinas e cuidados prescritos.

Além dos trabalhadores que possuem duplo ou triplo vínculo empregatício, na ocorrência de atestados ou licenças por motivo de saúde de um trabalhador, outro profissional precisa fazer “hora extra” para substituir o trabalhador que adoeceu, ampliando sua jornada de trabalho. Desse modo, seja pelos múltiplos vínculos de trabalho, seja pela realização de “hora plantão”, inúmeros trabalhadores chegam a

realizar, por vezes, 24 ou 36 horas consecutivas de trabalho. Assim sendo, a sobrecarga de atividades, pelos riscos decorrentes, culmina em doença física e ou psíquica com conseqüente afastamento do trabalhador do trabalho. Um processo que na sua circularidade provoca a necessidade de uns trabalharem mais e de outros de se afastarem do trabalho pela exaustão e vice-versa.

Conforme o exposto, verifica-se o comprometimento de múltiplas dimensões da vida de alguns trabalhadores da enfermagem pelo excesso de trabalho, sendo as dimensões físicas e psíquicas particularmente as mais afetadas. Como um círculo em movimento, as demais dimensões são afetadas na seqüência, visto que estão interligadas; e, quando afetadas, comprometem o cuidado de si deste trabalhador. Outro movimento que se identifica é o dos trabalhadores que adoecem e são substituídos por outros trabalhadores para manter o número mínimo necessário de profissionais atuantes para o cuidado dos pacientes. Esses trabalhadores, os substitutos, além de realizarem a sua carga horária laboral, ainda completam a carga horária do colega adoecido. Conseqüentemente, esse movimento poderá culminar no adoecimento desse trabalhador que duplica a sua jornada de trabalho para atender uma necessidade institucional, sobrecarregando-se de atividades que afetam também suas dimensões física e mental que, por sua vez, também afetarão outras dimensões de sua própria vida. Indubitavelmente, esse trabalhador, cansado, exausto, exaurido, não tem as mesmas condições de cuidar de outros seres. Como conseqüência, o cuidado “do nós”, dos vários sujeitos de interação, neste e noutros espaços sociais, estará comprometido.

Visando o atendimento da necessidade institucional de uns substituírem outros pelo excessivo quantitativo de licenças saúde, o trabalhador substituto é remunerado por “hora plantão”, cuja remuneração é considerada “boa”. Entretanto, o trabalhador precisa adequar-se às normas instituídas pelos gestores para candidatar-se e realizar “hora plantão” quando necessário, como, por exemplo, não pegar atestado, contribuir com o serviço, etc. Conforme os gestores, a possibilidade de fazer “hora plantão” e ganhar a benesse financeira têm motivado o retorno ao trabalho de profissionais antes afastados por licença saúde. Salieta-se que a permanência do trabalhador na instituição é assegurada por concurso público.

Essa benesse financeira, ao mesmo tempo em que valoriza o trabalhador pela remuneração, estimula-o a trabalhar mais e mais para ampliar sua renda, mais uma vez entrando no círculo de movimento em que ao tempo em que trabalha mais e ganha mais, mais quer trabalhar

para ganhar, o que pode gerar cansado, fadiga e doença. Em contraponto, o retorno de trabalhadores antes afastados por motivo de saúde, interessados agora no benefício financeiro, abre brecha para questionar se de fato estavam doentes enquanto estavam afastados. Outra questão que pode ser levantada é se a preocupação com o cuidado do coletivo, do outro, “do nós” se faz presente quando o profissional demonstra-se interessado em fazer horas extras ou se o interesse é basicamente o financeiro. Ainda, estaria o trabalhador afastado por motivo de saúde, sem de fato estar doente, estaria esse trabalhador preocupado com o cuidado coletivo/“do nós”, já que sua ausência (e ele sabe disso) demanda a necessidade de sobrecarregar outras profissionais para atender as necessidades de cuidado dos pacientes e para a manutenção dos demais serviços requeridos na unidade de trabalho.

#### 6.1.4.3 Identificando o (des)cuidado si do profissional de enfermagem

A jornada laboral de dois ou três vínculos empregatícios e os demais compromissos paralelos assumidos pelos profissionais, como os de estudos de graduação ou de pós-graduação ocupam demasiadamente o tempo e consomem energia física e mental a ponto de os mesmos se esquecerem do cuidado de si. Isso significa priorizar o trabalho e outros compromissos, em detrimento de si mesmo.

Beber água com frequência, alimentar-se de forma saudável e regularmente, fazer as eliminações sempre que o organismo demonstrar necessidade, dormir e repousar são alguns dos cuidados básicos que o profissional de enfermagem tem deixado de fazer a si mesmo, em virtude do processo de trabalho, informado como extenuante e estressante.

Por ocupar a maior parte do tempo da vida dos profissionais, o trabalho e os demais compromissos assumidos impedem a prática de atividade física e a realização de atividades prazerosas e de lazer, em especial junto da família. “Quando sobra um tempinho”, como dizem os profissionais, os mesmos aproveitam para repousar e ou dormir a fim de reparar a energia despendida no trabalho, ficando assim, o cuidado pessoal desatendido.

Identifica-se, conforme o exposto, o descuido de si do trabalhador de enfermagem, o qual compromete toda uma rede de relações e interações de cuidado com outros sujeitos e consigo mesmos. Os profissionais cuidam do paciente e não cuidam de si mesmos, o que leva a ser questionada a qualidade dos cuidados de enfermagem

prestados ao paciente por um profissional que se sente cansado, estressado, descuidado.

Alguns profissionais informam o desligamento de um dos dois vínculos de trabalho ou a recusa em fazer “hora plantão” para substituir atestados de colegas em virtude da percepção da necessidade de cuidar de si mesmo para poderem melhor cuidar dos outros, “do nós”. Perceber a necessidade de cuidar de si e das pessoas próximas, estabelecer prioridades e definir limites para os compromissos assumidos são algumas demonstrações de cuidado de si que repercutem no cuidado do outro e “do nós”. Cuidar de si é a condição primeira para que o profissional tenha condições de cuidar do outro, de outros, “do nós”.

### **6.1.5 Condição interveniente: Deparando-se com a tecnologia e com o declínio do cuidado humano**

#### **6.1.5.1 Tendo tecnologias atuando na segurança e na sobrevida de pacientes**

As tecnologias em saúde têm atuado a favor dos pacientes, qualificando a assistência profissional recebida, garantindo suporte avançado de vida. A presença de inovação tecnológica em materiais, instrumentos e equipamentos de saúde, como o marcapasso para os adultos e os respiradores e incubadoras aquecidas para os prematuros, têm auxiliado na sobrevida desses pacientes. Outras tecnologias beneficiam a realização de exames diagnósticos, de cirurgias e de administração de medicamentos, assegurando a qualidade técnica e a segurança desses procedimentos.

O prolongamento de gestações complicadas, a diminuição da mortalidade materno-fetal e da mortalidade de recém-nascidos em ambiente de UTI-Neo também são benefícios advindos do uso de tecnologias, e que interferem no cuidado em saúde. Verifica-se que as tecnologias facilitam o processo de trabalho dos profissionais e beneficiam os pacientes, oferecendo segurança nos procedimentos assistenciais e aumento da sobrevida, condições que interferem no processo de cuidado “do nós” por permitirem um cuidado seguro. Porém, as tecnologias podem falhar, podem afastar o contato humano na relação profissional-paciente e afastar o ser humano de uma morte mais natural, condições que podem afetar e interferir no processo de cuidado.

Neste sentido, os recursos tecnológicos diagnósticos quando usados de forma excessiva podem levar os profissionais a não aprofundarem seus conhecimentos clínicos, podendo comprometer a

avaliação clínica do paciente quando necessária para a determinação diagnóstica. Ainda, a maioria da população não tem acesso aos recursos diagnósticos avançados e precisa contar com profissionais que saibam de clínica avançada. Sendo assim, a tecnologia como parte do processo de cuidado em saúde, que aumenta a segurança e a sobrevivência de pacientes, não pode ser considerada sem antes ser considerada a capacidade do profissional em fazer a leitura do ser humano, do paciente, do outro ser que carece de recursos avançados para assegurar sua saúde e sua vida, mas também, e, sobretudo, carece de cuidado humano.

#### 6.1.5.2 Identificando fragilidades/negligências no cuidado humano aos pacientes e familiares

Fragilidades ou negligências no cuidado aos pacientes e ou aos seus familiares pelos profissionais de enfermagem e de saúde no cotidiano de trabalho interferem no cuidado do outro-paciente-família, e conseqüentemente no processo de cuidado “do nós”. Se o paciente e ou seu familiar deixarem de terem os aspectos de cuidados atendidos nas relações e interações estabelecidas com os profissionais, o processo de cuidado “do nós” estará alterado, ou seja, deixando de ser processado, continuado ou contemplado. Só haverá o cuidado “do nós” quando as ações, atitudes e comportamentos de cuidar/cuidado atingirem a circularidade processual afetando e beneficiando todos os envolvidos. O contrário significa a quebra, a interrupção ou a anulação do cuidado.

São alguns exemplos de fragilidades ou negligências identificadas pelos profissionais de enfermagem, o profissional encaminhar o paciente para a cirurgia sem antes realizar a tricotomia em região a ser operada; o profissional deixar de esvaziar e limpar bolsa de colostomia de paciente; deixar paciente com fralda suja; ignorar dermatite que precisa ser tratada; cochilar em serviço; desconsiderar prescrição multiprofissional de cuidados; deixar de fazer ou transferir cuidados de higiene e conforto dos pacientes aos acompanhantes e familiares; evitar o banho de chuveiro ao paciente quando já possível após cirurgia, dando preferência por higienizá-lo no leito; executar a prescrição médica sem observar o todo; ignorar as solicitações dos pacientes, entre outros.

Como exemplo de fragilidade ou negligência identificada pela equipe médica, tem-se a suspensão de cirurgias sem a devida comunicação ao paciente, aos familiares e à equipe de enfermagem, em especial com a devida explicação ao paciente das razões que motivaram

a suspensão da sua cirurgia. Frequentemente, os pacientes que irão operar aguardam por várias horas em jejum, e os pacientes que têm a cirurgia suspensa e não são informados fazem jejum prolongado, sem necessidade, por várias horas, na expectativa de que sua cirurgia será realizada ainda no dia em que foi programada. O jejum desnecessário acontece também para pacientes com estado nutricional deficiente.

Os pacientes e os familiares são os maiores prejudicados com a suspensão das cirurgias, pois há muitos pacientes advindos de outros municípios para realizar a cirurgia na instituição pesquisada, que é referência para o Estado, e toda a família se planeja e se organiza para isso. Na instituição de saúde pesquisada, por ser um hospital escola, quando as cirurgias são canceladas ou suspensas, os profissionais em formação também o são de alguma forma afetados, cujas experiências múltiplas de aprendizagem são interrompidas, adiadas ou não oportunizadas.

São comumente causas de suspensão de cirurgias a falta de material no centro cirúrgico, a falta/ausência de anestesista, a exaustão dos cirurgiões, a falta de exames pré-operatórios dos pacientes que requerem cirurgia, bem como a condição de saúde alterada desses pacientes (insuficiência respiratória e cardíaca, pico hipertensivo), a falta de leito em UTI quando o paciente requer cuidados intensivos no pós-operatório. Ainda, são suspensas as cirurgias agendadas quando uma cirurgia de emergência ocupa a sala cirúrgica da cirurgia eletiva ou previamente agendada. Segundo relatam os profissionais, a estrutura do centro cirúrgico é deficiente e conta com apenas cinco salas cirúrgicas.

No que concerne aos anestesistas e às visitas pré-operatórias para avaliação pré-anestésica, nem sempre essas visitas e avaliações pré-operatórias são realizadas com a antecedência requerida. Assim, já no centro cirúrgico, frequentemente ocorre suspensão de cirurgias devido à identificação de anormalidades ou inconformidades apresentadas em exames ou devido à própria condição clínica do paciente.

Com a suspensão de cirurgias, outras cirurgias são encaixadas no lugar das suspensas. Nesses casos, a enfermagem se apressa para realizar os preparos do paciente que terá sua cirurgia encaixada, de última hora; e o paciente que terá sua cirurgia encaixada é surpreendido com a notícia, estando na maioria das vezes desprevenido e despreparado emocionalmente para se submeter à cirurgia naquele momento, bem como sua família também não está organizada para isso.

Respectivamente aos pacientes cirúrgicos, a intenção da enfermagem é a de realizar a orientação pré-operatória a esses pacientes; entretanto, este é um cuidado de enfermagem não realizado com a

frequência requerida e com a qualidade que o momento exige. Respectivamente à orientação às famílias, neste caso as famílias de bebês que nasceram prematuros ou que tiveram a internação em UTI-Neo, e que recebem alta hospitalar, os relatos indicam a necessidade de fortalecimento das orientações de enfermagem sobre os cuidados a serem mantidos no domicílio.

No tocante à equipe multiprofissional, o excesso de ruído provocado no ambiente de cuidados intensivos neonatais, seja por conversa excessiva e risos em tom alto ou devido ao barulho de sapatos inapropriados para o ambiente, é uma condição que atrapalha o sono e o repouso dos recém-nascidos, fragilizando o cuidado deste ser.

Relativamente à postura profissional dos profissionais de enfermagem e de saúde da UIC, em algumas situações, esses profissionais agem de modo incompreensivo e desrespeitoso com o paciente, colocando-se em uma postura superior, negando a realização e a continuidade de alguns cuidados, desconsiderando os aspectos emocionais desse sujeito. É frequente a identificação do paciente, pelos profissionais, por meio do número do quarto ou da doença e a priorização da técnica em relação ao contato humano, condições que desumanizam o cuidado humano e limitam o vínculo entre o profissional (que tem como atribuição o cuidar) e o paciente (que carece ser cuidado).

Uma situação que chama atenção na UIC é o fato de os médicos solicitarem aos familiares e/ou acompanhantes dos pacientes para se retirarem do quarto durante a visita médica. Uma explicação para essa situação é o fato de que acompanham a visita muitos residentes e alunos da medicina, e também profissionais de outras áreas, superlotando o quarto do paciente.

As fragilidades e as negligências identificadas interferem no processo de cuidado, impedindo que aconteça o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações das interações humanas entre profissionais, pacientes e familiares em sua completude.

### 6.1.5.3 Significando a utilização de recursos tecnológicos e o limite da vida

É identificado que a disposição de tecnologias sofisticadas tem alterado a aceitação da morte natural, como era aceita antigamente. Os profissionais e familiares tem papéis diferenciados junto ao paciente e seus familiares; os primeiros querem utilizar todo o seu conhecimento e recursos disponíveis para manter a vida do paciente e os segundos

querem que o seu familiar permaneça junto à família, independente das condições de sobrevivência.

No passado, quando um pai de família sentia a morte se aproximar, chamava seus entes para fazer doações e pedidos ainda em vida, como um processo natural de partida. Atualmente, as pessoas não imaginam um familiar, mesmo com doença terminal, morrer no domicílio. Se o doente está em casa, levam-no para o hospital. Se estiver no hospital, mesmo sem possibilidades de alterar o decurso da doença, a família hesita em levar o doente para casa.

Neste sentido, entende-se que a tecnologia beneficia na medida em que consegue reanimar o paciente que tem chance de sobrevivência com qualidade, porém prejudica quanto há tentativa de reanimar o paciente que não a tem. Estando o paciente no hospital, os familiares exigem que sejam utilizados todos os recursos tecnológicos disponíveis e todo o saber profissional para ressuscitação do ente. Nesse sentido, as manobras de ressuscitação pelos profissionais, quando a morte é inevitável, podem provocar um sofrimento desnecessário para o paciente/ser que parte.

Identifica-se, ainda, que após o óbito de um familiar, atualmente muitas pessoas não têm tido o tempo necessário para viver e entender a perda, o luto. As pessoas são bombardeadas de outros compromissos, de diversas naturezas, que impedem a experiência de vivenciar, de assimilar e de encerrar o luto no tempo e momento adequados para cada experiência, considerando as diversas dimensões humanas, sejam elas psicológicas, espirituais, culturais, políticas, sociais, entre outras.

O fenômeno identificado, da utilização dos recursos tecnológicos e o limite da vida, é animado por incertezas e contradições que envolvem a organização da natureza humana em seu processo de viver humano, que contempla o nascer, o crescer, o desenvolver, o envelhecer e o morrer, e o domínio da ciência que intervém, altera e transforma o processo de viver humano ao utilizar os avanços tecnológicos e científicos disponíveis. Até que ponto os profissionais ou os familiares podem influenciar ou determinar quando o ser humano deve viver ou morrer? E sob quais condições? A quem cabe o direito de determinar o limite da vida humana? Com ou sem resposta para essas questões, compreende-se que a evolução técnico-científica faz emergir as incertezas entre o certo e o errado, entre o lógico e o ilógico, desencadeando os conflitos e as contradições próprias de um viver complexo.



### **6.1.6 Condição interveniente: Significando o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada**

Nesta categoria, identifica-se que a sociedade, como um macro espaço/ambiente relacional, é parte integrante do todo que envolve o processo de cuidado “do nós”, sendo ao mesmo tempo causa e causadora de mudanças, de atos, de atitudes e comportamentos humanos que se refletem em outros macro ou micro ambientes de convivência e de interação, alterando os processos interativos humanos em múltiplas dimensões.

O estilo e hábitos de vida das pessoas configuram uma rede que interliga e conecta as múltiplas influências dessa sociedade, a iniciar pela alimentação. Atualmente a sociedade é bombardeada pela indústria alimentação, a qual oferece cada vez mais opções alimentícias, sem qualidade, do tipo *fast food*, que combina com a correria e com a pressa cotidiana em que vivem as pessoas. Os membros da família não fazem mais refeições juntos e em casa, e o comércio da alimentação rápida cresce progressivamente.

O cotidiano agitado das pessoas está relacionado ao excesso de trabalho, o qual acarreta aos indivíduos sobrecarga de atividades laborais e diminuição do tempo para si, para a família e amigos. Quando o trabalho é demasiadamente valorizado e ocupa o tempo que deveria ser dedicado à família, reflete na qualidade do relacionamento intrafamiliar, sendo comum ficar cada vez menos tempo com os filhos e cada vez mais tempo no trabalho. Entretanto, por vezes, o cotidiano agitado das pessoas é interrompido nos congestionamentos das grandes cidades, condição que exige exercício de paciência e controle do estresse.

O estresse, a ansiedade e a depressão são manifestações psíquicas cada vez mais comuns nessa sociedade. Segundo os profissionais, o estresse é oriundo do próprio viver cotidiano, não sendo o trabalho em ambiente hospitalar sua causa única e primeira. Além da medicalização, as pessoas se utilizam frequentemente da ingesta alimentar para o alívio das tensões emocionais, cuja combinação de alimentos ricos em gorduras e inatividade física tem como consequência o aumento de peso e a obesidade, fatores de risco para doenças cardiovasculares. Contraditoriamente, na busca incansável por um corpo magro, os seguidores dos padrões de beleza, influenciados pela mídia, especialmente o gênero feminino, perdem a noção de saúde, resultando em transtornos alimentares, como bulimia e anorexia.

Devido à excessiva demanda de trabalho, as pessoas estão trabalhando cada vez mais e dormindo cada vez menos; o mercado de trabalho está cada vez mais competitivo e as pessoas mais competitivas e individualistas. É preciso ser o melhor profissional, o que melhor escreve e o que mais produz para sentir-se realizado e valorizado. Deixa de ser importante a identidade pessoal do sujeito e passa a ser valorizada a identidade da empresa, a que é vinculado. Assim, o *status* do indivíduo é definido pela empresa em que trabalha e, conseqüentemente é o *status* que tem definido algumas escolhas profissionais.

As mulheres estão ocupando gradativamente os melhores cargos no mercado de trabalho. Exemplo disso é ter uma mulher no comando da presidência da república. Homens e mulheres passaram a viver em detrimento do trabalho, estão sempre correndo, sem tempo, ansiosos, impacientes. As atividades físicas são restringidas, assim como o lazer e o estar com as pessoas (amigos e familiares) devido ao contínuo aumento da carga de trabalho. Essa loucura da vida cotidiana é sinalizada pelos profissionais como uma doença da modernidade, pós-modernidade, cuja perda maior são as relações humanas.

O anseio de ter, de adquirir, de conquistar, de consumir é uma das razões que motivam o ser humano a submeter-se a jornadas de trabalho extenuantes, cujo “ter” ou o “parecer ter” passou a ser mais importante do que “ser”. O poder aquisitivo passou a ser um atrativo e o comércio de carros, roupas, viagens, aguçou o consumismo e a ganância das pessoas. Alguns profissionais de enfermagem fazem horas extras pensando mais no quanto vão ganhar do que nas pessoas que estão precisando de cuidado. Não obstante, quanto mais os profissionais ganham, mais gastam, consumindo, comprando. A Páscoa e o Natal se tornaram exemplos de datas voltadas para o consumo, cuja Páscoa é voltada para o consumo de chocolates, e o Natal de presentes. Frequentemente as pessoas gastam mais do que ganham, pois compram o que não precisam, compram para aliviar tensões e como forma de lazer (ir ao shopping). Conseqüentemente, no caso dos profissionais de enfermagem, é preciso fazer horas extras ou buscar outro vínculo de trabalho para satisfazer o seu consumismo, sanar suas dívidas ou empréstimos, que, para funcionário público, é facilitado.

Depoimentos assinalam que a sociedade, ao longo do tempo, afastou as pessoas da crença religiosa, da espiritualidade, da humanização, do olhar mais puro e solidário ao outro, como irmão, conforme a religião católica, no sentido de que um precisa da ajuda do outro. No passado, quando as pessoas estavam com alguma angústia, procuravam a igreja, buscavam a espiritualidade, hoje em dia vão ao

shopping. A sociedade contemporânea tem necessidade de explorar e conquistar o mundo, condição que interfere nas relações de cuidado entre as pessoas, dada a influência do individualismo e do consumismo desenfreado. O acesso facilitado e o consumo de drogas lícitas e ilícitas também é uma característica dessa sociedade, que busca, neste consumo, o alívio de ansiedades ou como uma forma de prazer.

A criminalidade cresce proporcionalmente ao desenvolvimento das cidades e as pessoas convivem com a insegurança e com o medo. Os índices de violência aumentam, diariamente, como a violência, seja do trânsito, doméstica, urbana, assaltos, roubos, sequestros, homicídios, entre outros. Conseqüentemente, as pessoas passaram a instalar câmeras em suas casas e condomínios e no trabalho, para ter uma sensação de maior segurança. Assim, o cotidiano das pessoas passou a ser monitorado, vigiado, controlado com vistas a sentir-se protegido da criminalidade e violência.

Valores importantes perderam-se. Diminuiu o olhar sobre o ser humano, inclusive dentro dos hospitais. As relações humanas são frágeis, falta harmonia, relevância e ponderação entre as pessoas, as quais têm pouco contato, estabelecem poucas relações no seu cotidiano, seja com o vizinho ou com um amigo por falta de disponibilidade de tempo, na maioria das vezes, ocupado pelo trabalho. Atualmente, o cotidiano é “corrido” e o “vizinho de porta” um desconhecido. As pessoas não param para se perceber, perceber o outro e o nós nas relações cotidianas, condição que compromete as relações humanas e condiciona ao isolamento social. As pessoas não têm mais tempo para fazer coisas simples, não sabem mais silenciar, escutar a si mesmos ou ter um tempo para si. A família sofre uma desestruturação importante, cujo tempo em que deveria estar junto é substituído pelo tempo dispendido no computador e ou na televisão. Habitualmente, cada membro da família tem um computador e uma televisão em seu quarto. Isso tende ao isolamento dentro de uma mesma casa, de uma mesma família, em uma mesma sociedade. Por vezes, até as refeições são realizadas em frente a uma dessas tecnologias.

As tecnologias da informação e comunicação (TICs) beneficiam as pessoas com a agilidade para a resolução de problemas, com o facilitado processo de comunicação em rede, com a informação e o conhecimento global sem sair de casa. Entretanto, o uso demasiado das TIs por adultos e também por jovens e crianças retira esses sujeitos do convívio social com outras pessoas, cujas relações ocorrem no espaço virtual, por meio das redes sociais. Por meio das redes sociais, ainda, acontece a intercomunicação entre um e vários sujeitos, mas também

acontece a exposição da vida privada/pessoal dos usuários e de suas famílias. Os dados pessoais lançados na internet tornam-se alvo para outras pessoas mal intencionadas, como sequestradores, pedófilos, estupradores.

A natureza está ameaçada, e para acontecer cuidado do meio ambiente natural são necessárias ações de cada indivíduo e de todos. Medidas de controle da poluição das águas e do ar, racionalização da energia elétrica e de água potável, controle dos desmatamentos, diminuição da produção do lixo, reciclagem e adequado tratamento do lixo e dos desejos humanos são algumas das preocupações da sociedade contemporânea, entretanto de difícil fiscalização e conscientização do coletivo de pessoas. Os profissionais de enfermagem e de saúde, conscientes disso, afirmam a realização de algumas ações para o cuidado do meio ambiente, quais sejam: separar o lixo doméstico para adequado tratamento e reciclagem, racionalizar o uso da água potável e da energia elétrica, evitar usar o carro para pequenas distâncias, buscar o contato e a interação com a natureza e com os animais.

Os profissionais deste estudo, ao refletirem sobre as relações e interações de cuidado para acontecer o cuidado “do nós”, apontaram importantes e significativas influências do viver em uma sociedade moderna e globalizada nas suas próprias vidas e nas vidas de outros profissionais que, ao mesmo tempo, podem motivar/impulsionar ou privar/impedir o cuidado de si e, conseqüentemente, o cuidado de outras pessoas e coisas que estão à sua volta e interagem nas múltiplas circunstâncias do viver contemporâneo.

Sendo o cuidado “do nós” dependente das interações sociais, considera-se que a sociedade é condição interveniente para o cuidado ou para a falta de cuidado dos profissionais de enfermagem e de saúde. Para acontecer o cuidado “do nós” importa a relação, a interação, a integração entre uma e as múltiplas dimensões da vida humana, entre cada um e todos os elementos heterogêneos que constituem o todo e são inseparavelmente associados. Assim, o cuidado “do nós”, como fenômeno complexo, associa-se e integra-se ao modo de viver e às características de uma determinada sociedade, como a que foi desvelada anteriormente.

### **6.1.7 Ação/Estratégia: Processando o cuidado “do nós” nas relações e interações humanas**

#### 6.1.7.1 Sendo o cuidado “do nós” relacional e processual

O cuidado “do nós” envolve múltiplas relações e processos interativos entre indivíduos, em um determinado contexto, cujas relações são maximizadas pela afinidade entre os sujeitos, pela convivência e pela proximidade física e temporal estabelecida, que, conseqüentemente, conduzem a uma relação de intimidade, troca, diálogo e de ajuda mútua, bem como a constituição de vínculos afetivos.

A relação de cuidado “do nós”, compreendida como um compromisso, um dever de cidadão, está atrelada ao modo de ser e de se relacionar característico de cada pessoa e à consciência de cuidar reciprocamente na relação naturalmente constituída entre os que possuem relação e interação mais próxima, desde os profissionais de nível técnico aos gestores. Se processam as relações de cuidado “do nós” com os vários nós, nos diferentes grupos de iguais, ou seja, entre os profissionais que atuam no mesmo turno, na mesma unidade ou função de trabalho com fins comuns.

As relações de cuidado “do nós” são também entendidas como redes de cuidado que estão em constante crescimento, movimento e mutação a partir de entradas, saídas e trocas entre os diferentes sujeitos no processo interativo. Como o processo interativo ocorre por meio da relação humana, essa rede de relações é constituída de expectativas de uns em relação aos outros, de fragilidades e de falhas inerentes aos próprios seres. Por essa razão, a postura ativa, madura e flexível é necessária para que os pontos da rede de relações e interações se mantenham conectados e processem o cuidado “do nós”.

No processo interativo, os seres estão interligados por meio de emoções sentidas e manifestadas. As sensações e manifestações de gentileza, tristeza, agressividade ou grosseria transmitidas na interação humana são sentidas e retransmitidas pelo outro, num processo relacional e interligado de mútua troca, numa reação em cadeia, seja de emoções e sensações positivas ou, não, seja junto ao grupo de iguais no trabalho, seja junto à família.

#### 6.1.7.2 Processando o cuidado “do nós” no ambiente hospitalar

Os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, convivem quase que diariamente por um período de seis a doze horas no

ambiente de trabalho. Nessa convivência, o cuidado “do nós” se processa por meio de ações e atitudes simples de cuidado entre os profissionais. A iniciar, ao chegar ao ambiente de convívio e de interação, como citam os depoentes, importa dar um “bom dia”, uma “boa tarde”, cumprimentando a todos com entusiasmo. Assim, o cuidado “do nós” é processado desde o modo de chegar e de abordar as pessoas, a partir da demonstração de respeito, de interesse e de preocupação com o outro.

As ações e atitudes humanas simples de cuidado identificadas como responsáveis por processar o cuidado “do nós” no convívio intergrupar ocorre por meio da presença, da escuta, da atenção, do sorriso, do elogio, da empatia, do acolhimento, do respeito, da valorização, da disponibilidade, da preocupação que um manifesta em relação ao outro. Na integração e inter-relação entre os profissionais, manifestações de carinho, de zelo, de afeto e de solidariedade são peculiares, uma característica pessoal que se soma ao cuidado processado junto às pessoas que transitam e se relacionam no espaço de trabalho e de cuidado. A descontração é permitida, quando oportuna, pois a brincadeira e o riso permitem não só processar cuidado dos/entre os sujeitos como no próprio ambiente de relações.

O cuidado “do nós” também se processa na pausa do trabalho para um lanche, quando há o encontro e a integração entre os profissionais para um café, para uma conversa, permitindo uma relação de maior proximidade entre as pessoas, um momento de diminuir a tensão advinda dos compromissos e responsabilidades profissionais e do trabalho. O ato de convidar o(s) colega(s) para dividir um lanche, seja um bolo ou um doce ou mesmo deixar reservada uma parte do lanche para quem não pode se fazer presente no momento do café significa o importar-se com o outro-colega.

#### 6.1.7.3 Relacionando o cuidado “do nós” ao cuidado coletivo

Enquanto sujeito social, o ser humano interage, associa-se e integra-se a outras pessoas, as quais passam a ser objeto de atenção e preocupação ao pensar na perspectiva do coletivo, “do nós”. Pensar o cuidado “do nós” significa pensar no coletivo; significa deixar de pensar no singular e passar a pensar no plural, no cuidado de múltiplas pessoas e ou grupos de pessoas; significa cuidar além do eu, de outros, de vários outros, sendo participante ativo das relações constituídas; significa pensar uns nos outros, no bem-estar e no cuidado de todos os envolvidos e integrantes de um mesmo grupo social, mas com características

distintas e específicas, neste caso o grupo de pessoas que interagem, integram e relacionam-se na instituição hospitalar.

O cuidado “do nós” como coletivo integra múltiplas relações e envolve uma multiplicidade de sujeitos de interações, cujas relações vão além das profissionais, das relações com o paciente e sua família, abrangendo também outras relações de cuidado socialmente estabelecidas. É através do contato com outros seres sociais no ambiente organizacional, e também fora dele, que os profissionais de enfermagem e de saúde processam o cuidado “do nós” perspectivando o cuidado coletivo, numa interação múltipla, sensível e criativa.

Os profissionais de enfermagem e de saúde são os representantes e a representação do cuidado “do nós”/do coletivo significado, vivenciando o cuidado e cuidando de múltiplas pessoas, desde os pacientes e seus familiares, os colegas ou outros profissionais de interação, a sua própria família e seus amigos, até pessoas que não conhecem e que são incluídas no cuidado, como os anônimos que interagem e se beneficiam do cuidado que acontece de modo circular, beneficiando a um e a todos os que se associam e interagem de alguma forma em um determinado contexto social.

No movimento do cuidado, as relações interpessoais com os diversos “nós” vão se tecendo na subjetividade e singularidade dos seres a partir de como cada sujeito percebe o outro, como percebe as necessidades particulares desse outro e as necessidades de vários outros para constituir o atendimento do que é essencial para o cuidado “do nós”, considerando a heterogeneidade infinita desses seres que vivem e dependem da sociedade, do grupo, do coletivo para o estabelecimento das relações e para o cuidado.

As relações coletivas de cuidado “do nós” são constituídas por um plural de pessoas e implicam uma pluralidade de acontecimentos, de ações, interações, retroações pertencentes ao que é coletivo e plural, considerando a singularidade pertencente a cada um dos sujeitos envolvidos. Deste modo, nessas interrelações e associações os seres humanos, em suas singularidades, também possuem traços da multiplicidade de relações estabelecidas com outros seres, os outros nós que carregam em si elementos distintos inseparavelmente associados.

Nesse sentido, o eu como sujeito singular possui características do outro e de outros sujeitos adquiridas na convivialidade, nas relações com um coletivo de pessoas. Assim, o eu como sujeito singular, também é plural, pois carrega em si/consigo, os traços adquiridos das relações múltiplas estabelecidas, cuja troca é mútua, constante e incessante.

#### 6.1.7.4 Significando a relação e interação de cuidado junto aos pacientes e familiares

Embora os profissionais de enfermagem e de saúde tenham atingido o pensar complexo na perspectiva do cuidado “do nós”, remetendo-o a um cuidado coletivo, *a priori* a atenção primeira, o objetivo da assistência hospitalar é o paciente, que traz consigo seus familiares e pessoas próximas. A relação e a interação de cuidado junto aos pacientes e seus familiares constituem importante significado aos profissionais e é permeada de cuidado, de carinho, de preocupação, de acolhimento, de sensibilidade, de respeito, reciprocidade, empatia, toque.

Os profissionais de enfermagem e de saúde avançam o seu pensar, sua atenção e preocupação com os pacientes e familiares para além da relação e interação espacialmente constituída no nível hospitalar. As ações e as atitudes dos profissionais durante o planejamento da alta do paciente são voltadas para o futuro, respectivamente para o período após a alta hospitalar, momento em que a família assumirá os cuidados, quando ainda se fizerem necessários, com o aporte de outros serviços e unidades de saúde. Dessa forma, compete aos profissionais a garantia de que os cuidados ao paciente tenham continuidade.

Percebe-se que a interação de cuidado entre os profissionais, pacientes e familiares é permeada de ações e atitudes altruístas, delineada por um mútuo bem querer, com características de bondade, de generosidade, de solidariedade e de espiritualidade, próprias de pessoas que se inclinam ao cuidado de outros como um bem a si mesmo. Isso representa a importância e a nobreza das atitudes e ações humanas nas relações de cuidado “do nós”.

### **6.1.8 Consequências: Identificando a circularidade processual de cuidar e ser cuidado**

#### 6.1.8.1 Entendendo os significados do cuidado “do nós”/“de nós”

O cuidado “do nós” refere-se a um assunto novo, um assunto de certa forma polêmico e contraditório. Conforme os entrevistados, o cuidado “do nós” refere-se um grupo de pessoas/de profissionais, envolvendo os auxiliares e técnicos de enfermagem, as enfermeiras, os médicos, as nutricionistas, entre outros que interagem em uma mesma unidade de trabalho. Em uma visão mais ampla, o cuidado “do nós”



refere-se ao cuidado do todo, de todos os sujeitos/profissionais que pertencem à instituição em questão, incluindo os pacientes e os acompanhantes/familiares dos pacientes, até outros sujeitos de relações dos profissionais fora do ambiente de trabalho. A abrangência desse cuidado se amplia ainda mais, e remete ao cuidado do universo, do meio ambiente, de outras estruturas organizacionais, de sociedades, de múltiplas pessoas.

Todavia, lembram alguns entrevistados, que não se pode esquecer que o cuidado “do nós” inclui o eu no nós, de modo que esse eu é parte ativa do processo de cuidado, levando a pensar/questionar como eu me cuido como profissional/trabalhador/sujeito, como eu cuido e como nos cuidamos como grupo/equipe de trabalho. Aqui, percebe-se que o cuidado também tem conotação de um cuidado “de nós”, que se relaciona ao modo como cuidamos “de nós” mesmos e também ao cuidado de um grupo de iguais, de uma equipe específica de trabalho, de um grupo de amigos ou membros de uma família. O cuidado “de nós”, para os participantes, dá a sensação de um cuidado mais inclusivo dentro de um micro espaço, nas relações mais sutis, de mais intimidade, de maior proximidade, no local de trabalho, assim como na vida familiar e pessoal; e o cuidado “do nós” envolve um macro espaço, um universo de relações e interações cuidativas.

Neste sentido, o cuidado “do nós”/“de nós” aponta para o cuidado “de nós” mesmos (do próprio eu), das relações entre os profissionais, destes com os pacientes, com a família do paciente e também as relações do profissional fora do seu ambiente de trabalho com seus amigos e familiares. O cuidado “do nós”/“de nós” significa estar atento conosco mesmos, significa antes de cuidar dos outros, realizar o cuidado “de nós” próprios (de si), remete à capacidade ou condição de olhar para nós próprios também como cuidadores, e estar atentos a esse cuidado, mental e físico, que é o que vai nos permitir continuar cuidando do outro. Assim, cuidando “de nós” próprios (de si) se estará em condições melhores de cuidar do outro, uma condição necessária para acontecer o cuidado “do nós”.

Sob este prisma, o cuidado “do nós” e “de nós” são intrínsecos, um ligado ao outro. O cuidado “do nós” remete ao cuidado, inclusive, de todo um mundo, e como eu pertencço a esse mundo; se há um cuidado do mundo, logo também há o cuidado “de nós”, de si, do sujeito. Ao acontecer o cuidado “do nós”, acontece também o cuidado “de nós”. Tanto no cuidado “do nós” quanto no cuidado “de nós”, o sujeito sente-se incluído, ambos envolvem o coletivo, o grupo, o conjunto de pessoas, o conjunto de seres humanos. O cuidado “de nós” faz parte do cuidado

“do nós”, faz parte das relações interpessoais, sendo o cuidado “do nós”, sobretudo, cuidar das relações múltiplas, as quais são baseadas em questões objetivas e práticas, mas também são intermediárias pela subjetividade de cada um.

#### 6.1.8.2 Cuidando e sentindo o cuidado na sua circularidade processual

Compreende-se que o cuidado do outro implica antes a realização do cuidado de si mesmo pelo profissional. No entanto, cuidar do outro, pelas trocas advindas da interação estabelecida com esse outro, remete ao cuidado de si do profissional como ser de cuidado. Revela-se, assim, a valorização e importância do cuidado de si pelos profissionais antes e enquanto cuidam do outro, cujo cuidado precisa ser contínuo/constante/ininterrupto.

Identifica-se que, ao tempo em que cuidam de si e do outro, os profissionais sentem o cuidado advindo das múltiplas interações constituídas no espaço/ambiente de trabalho e de cuidado, com vários outros, sejam eles pacientes, familiares, os próprios pares ou demais profissionais que integram e circulam no mesmo espaço/ambiente. Assim, enquanto transmitem, recebem cuidado, cuidam e sentem-se cuidados na circularidade processual do cuidado de si e do outro.

Para o cuidado de si e conseqüente cuidado do outro, de outros, informam os participantes como, principalmente importantes, o sono e o repouso adequados, a hidratação e a alimentação adequadas, a prática de lazer, a prática de atividade física, a prática espiritual, a adequada postura corporal durante execução de atividades laborais, a socialização e o estar com amigos e familiares. Ainda, é considerado cuidado evitar o estresse e o excesso de trabalho, respeitar os próprios limites, organizar e conciliar os compromissos da vida pessoal e profissional, dispensar um tempo para si mesmo, entre outros.

Percebendo-se cuidado, o profissional cuida do outro, de outros, ajudando, escutando, valorizando, preocupando-se e atendendo às necessidades desse(s) outro(s). Condições essas que geram satisfação aos profissionais, coadjuvantes para o bem estar desse(s) outro(s). Todavia, há dias em que se recebe mais cuidado do que se dá, e há dias em que se é mais cuidado do que se cuida ou que se cuida mais do que se é cuidado, sendo importante a circularidade do cuidado para que um se sinta cuidado enquanto cuida do outro, de outros, e, portanto, aconteça o cuidado de si, do outro, de outros, e “do nós” na circularidade dos processos de cuidar e de ser cuidado.

### 6.1.8.3 Sentindo o cuidado processar junto da família e de amigos

A família ocupa lugar de destaque no processo de cuidado dos profissionais de saúde e de enfermagem, cujos valores apreendidos no corpo da família são trazidos para as relações constituídas com outras pessoas. A família é a estrutura que fortalece os profissionais para os enfrentamentos necessários que surgem no processo de viver, seja na vida pessoal, seja na vida profissional.

Na circularidade dos processos de cuidar e ser cuidado, a família é cuidada e cuidadora. Visando o cuidado da família, os profissionais atentam para o trabalho no hospital não interferir nas relações com o cônjuge e com os filhos. Uma tarefa árdua, pois os reflexos do ambiente de trabalho no ambiente doméstico nem sempre são possíveis de evitar, talvez apenas minimizar.

Atividades simples de lazer, o estar junto de amigos, e principalmente da família, são especialmente valorizadas para o profissional sentir o cuidado “do nós” se processar. O cuidado “do nós” acontece em múltiplas dimensões, mas a dimensão que inter-relaciona a família e os amigos, por remeter à pessoas com fortes vínculos afetivos, se destaca.

### 6.1.8.4 Processando o cuidado “do nós” pela enfermagem

Profissionais da saúde percebem o profissional da enfermagem como um “guardião do paciente”, em razão de que, segundo os entrevistados, esse profissional realiza o cuidado integral, permanece por mais tempo e possui maior envolvimento com os pacientes. É apontado que o enfermeiro, além das suas atribuições profissionais competentes, também atua, informalmente, nos campos da psicologia e da assistência social em prol do cuidado dos pacientes, dos seus pares e da sua unidade de trabalho. Para somar, participa reflexivamente de discussões coletivas para a tomada de decisões relativas à sua unidade de trabalho e seus ocupantes, bem como de discussões voltadas ao aperfeiçoamento de processos relativos à instituição hospitalar.

Os profissionais da saúde valorizam o saber e o fazer dos enfermeiros por entenderem como contributos importantes na formação de estudantes em saúde, como na formação dos residentes de medicina, por exemplo. Todavia, é considerado que enquanto alguns profissionais da enfermagem/enfermeiros são dedicados e comprometidos com o cuidado, buscando aperfeiçoar seus conhecimentos e práticas, outros

cumprem o que está prescrito e exercitam minimamente o raciocínio reflexivo.

Identifica-se no conteúdo analisado ser o enfermeiro o profissional que interliga os pacientes aos múltiplos profissionais de saúde (médico, psicóloga, assistente social, fonoaudióloga) que transitam no espaço de cuidado, e ao mesmo tempo tenta aproveitar o espaço multiprofissional para ele seja também interdisciplinar. O enfermeiro é o profissional que contata os profissionais das diferentes áreas e serviços para que pacientes e familiares tenham o devido acesso aos serviços, articulando e convergindo as múltiplas competências disciplinares para o cuidado em sua totalidade. Assim, esse profissional é articulador, facilitador, organizador, gerenciador dos cuidados de enfermagem e de saúde na tríade usuário, profissional, instituição, além de ser responsável por si e por sua equipe de trabalho.

Por permanecer em tempo integral na unidade de cuidados, ser diretamente responsável pelo paciente e comumente atuar conjuntamente com outras profissões da saúde no cuidado dos pacientes, os profissionais de saúde consideram que a enfermagem é a profissão da área da saúde com mais possibilidade e mais próxima do cuidado “do nós” do que outras profissões. Ter a visão do todo e da complexidade que permeia o ambiente e as pessoas é uma característica fundamental do profissional que cuida “do nós”, uma característica atribuída ao enfermeiro/profissional de enfermagem.

Além de o profissional de enfermagem atuar nos processos saúde-doença, no cuidado dos pacientes na instituição hospitalar, ele também atua no cuidado de familiares e pessoas de suas relações no ambiente doméstico. Sendo assim, a atuação em saúde ultrapassa os limites da profissão, representa a beneficência e o altruísmo no cuidado de múltiplas pessoas.

O reconhecimento pelo empenho, pelas mudanças e melhorias na assistência e novas tecnologias de cuidado implantadas por meio de estudos e pesquisas é um anseio de um grupo de profissionais que busca ser qualificadamente diferenciado na atuação e no cuidado de enfermagem, cuja qualidade do cuidado é lapidada sem cessar visando atingir o todo – o cuidado “do nós”. Em outro ponto de vista, os enfermeiros afirmam a busca pela qualificação profissional consoante à competitividade instalada no cenário da profissão.

## 6.2 ESTRUTURA TEÓRICO-FILOSÓFICA

Apresenta-se a seguir um relato sistemático e integrado da natureza das relações entre os dados relevantes e que constituem a categoria ou fenômeno central, ou seja, a estrutura teórico-filosófica das relações no processo de cuidar “do nós”, intitulada: Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar.

### **6.2.1 A categoria ou fenômeno central: Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar.**

Conforme os resultados desse estudo, o cuidado “do nós” envolve múltiplas relações e processos interativos entre os profissionais de enfermagem e de saúde, cujas relações são maximizadas pela afinidade, pela convivência e pela proximidade física e temporal estabelecida, que, conseqüentemente, conduzem a uma relação de intimidade, de troca, de diálogo e de ajuda mútua, bem como a constituição de vínculos afetivos que conduzem uma relação de cuidar/cuidado entre os profissionais, que os integram e os inter-relacionam enquanto cuidam e são cuidados.

Neste sentido, o cuidado “do nós” realizado pelos profissionais de enfermagem e de saúde acontece na circularidade processual de cuidar e ser cuidado, de modo que enquanto cuidam, sentem-se cuidados e retribuem o cuidado recebido. Entretanto, para cuidar do outro implica antes a realização do cuidado de si mesmo pelos profissionais, mas, também, cuidar do outro, pelas trocas advindas da interação com esse outro, remete ao cuidado de si dos profissionais como seres de cuidado. Assim, ao tempo em que cuidam de si, do outro, de outros, os profissionais sentem acontecer o cuidado “do nós” advindo dos processos interativos e associativos constituídos no espaço/ambiente hospitalar, com vários outros, sejam eles pacientes, familiares, os próprios pares ou demais profissionais que integram e circulam nesse espaço/ambiente.

No processo de cuidar e ser cuidado dos profissionais, a família é a estrutura que fortalece os profissionais para os enfrentamentos necessários que surgem no processo de viver, seja na vida pessoal, seja na vida profissional. Desse modo, na circularidade dos processos interativos de cuidar e ser cuidado a família é cuidada e cuidadora.

O profissional de enfermagem é significado como um profissional que cuida “do nós” por interligar os pacientes (e também

seus familiares) aos múltiplos profissionais de saúde (médico, psicóloga, assistente social, fonoaudióloga) que transitam no espaço/ambiente de cuidado. No processo interativo de cuidar/cuidado, o enfermeiro é articulador, facilitador e organizador dos cuidados de enfermagem e de saúde na tríade paciente, profissionais e instituição, além de ser responsável pelo cuidado de si e de sua equipe de trabalho, tendo a visão do todo e da complexidade que permeia o ambiente e as pessoas, fundamental para que o cuidado “do nós” aconteça.

Nos processos interativos entre os profissionais de enfermagem e de saúde no ambiente hospitalar, o cuidado “do nós” acontece a partir de ações e atitudes simples de cuidado no convívio intergrupar, como a presença, a escuta, a atenção, o sorriso, o elogio, a empatia, o acolhimento, o respeito, a valorização, a disponibilidade, a preocupação e o interesse que um manifesta em relação ao outro. Além do já citado, somam-se a essas, outras atitudes, ações e condições que potencializam as relações e interações humanas, favorecendo o processo de trabalho e, conseqüentemente, o cuidado “do nós” entre a equipe de trabalho no espaço laboral, como a solidariedade, a confiança, a participação, a colaboração, o trabalho em equipe, a liderança positiva, o companheirismo, o otimismo, a motivação, a maturidade, a pontualidade, a capacidade de ouvir e de esperar.

Manifestações de carinho, de zelo, de afeto e de solidariedade são peculiares e entendidos como características pessoais que favorecem o cuidado processado junto às pessoas que transitam e se relacionam no espaço de trabalho e de cuidado, o ambiente hospitalar. Essas pessoas também são constituídas pelos pacientes e seus familiares, cujas interações se conformam no cuidado “do nós” quando permeadas de cuidado, de carinho, de preocupação, de acolhimento, de sensibilidade, de respeito, reciprocidade, empatia, toque. A interação de cuidado entre os profissionais, pacientes e familiares possui características de bondade, de generosidade, de solidariedade e de espiritualidade, representando a nobreza das atitudes e ações humanas nas relações de cuidado “do nós”.

Ainda, nos processos interativos entre os profissionais de enfermagem e de saúde, o cuidado “do nós” acontece na intercomunicação saudável e eficiente no ambiente hospitalar, considerada um cuidado “do nós” quando a comunicação processada por meio da escrita, da fala ou da linguagem corporal comunica benéfica e claramente os envolvidos, especialmente para o benefício do paciente.

O cuidado “do nós” que permeia os processos interativos também acontece no agir ético dos profissionais, que possuem como

fundamentos para as suas ações, atitudes e comportamentos, as premissas da profissão (ética profissional) e da moral que constitui a sociedade, bem como a cultura em que vivem. Por estarem os profissionais inseridos no campo das ciências biológicas e das ciências da saúde, a bioética está contemplada no cuidado “do nós” quando aponta possibilidades de decisões seguras, humanas e de cuidado sobre a vida e o viver do outro, de outros.

O cuidado “do nós” também é entendido como um cuidado coletivo por envolver múltiplas pessoas ou grupos de pessoas que interagem no âmbito hospitalar e também fora dele; significando cuidar além do eu, de outros, de vários outros; significando pensar uns nos outros, no bem-estar e no cuidado de todos os envolvidos e integrantes de um mesmo grupo social, mas com características distintas e específicas. Os profissionais de enfermagem e de saúde são os representantes e a representação do cuidado “do nós”/do coletivo, vivenciando o cuidado e cuidando de múltiplas pessoas, desde os pacientes e seus familiares, os colegas ou outros profissionais de interação, a sua própria família e seus amigos, até pessoas que não conhecem e que são incluídas no cuidado, como os anônimos que interagem e se beneficiam dos processos interativos de cuidado que acontecem de modo circular, beneficiando a um e a todos os que interagem e se associam de alguma forma no ambiente hospitalar e fora dele.

As relações de cuidado “do nós”/do coletivo como se vê, são constituídas por um plural de pessoas e implicam uma pluralidade de acontecimentos, de ações, interações, retroações pertencentes ao que é coletivo e plural, considerando a singularidade e a subjetividade pertencente a cada um dos sujeitos envolvidos. Nessas interrelações e associações, os profissionais, em suas singularidades, também possuem traços da multiplicidade de relações estabelecidas com os outros seres, os outros nós, que carregam em si elementos distintos inseparavelmente associados. Nesse sentido, o eu como sujeito singular possui características do outro e de outros sujeitos adquiridas na convivialidade, nas relações com um coletivo de pessoas. Assim, o eu como sujeito singular também é plural, pois carrega em si/consigo, os traços adquiridos das relações múltiplas estabelecidas, cuja troca é mútua, constante e incessante.

O cuidado “do nós” tem forte relação com o viver do viver contemporâneo em uma sociedade moderna e ao mesmo tempo pós-moderna ou contemporânea e globalizada, ou melhor, sintonizada no âmbito mais global, sendo os aspectos sociais, culturais, espirituais,

econômicos, tecnológicos, entre outros, condições em movimento e ondulação, consideradas interventoras para que o cuidado “do nós” aconteça, ou não. Os atos, atitudes e comportamentos dos profissionais tem forte relação com a sociedade, a qual permeia os processos interativos constituídos nos micro e no macro espaço/ambiente, seja no ambiente hospitalar, nos seus lares ou nos espaços de convivência com outras pessoas.

O espaço/ambiente hospitalar, por ser um ambiente complexo, apresenta na sua ordem/desordem movimentos e ondulações que condicionam o cuidado “do nós” advindas das estruturas, dos processos institucionais e das relações humanas nos micro espaços e no macro espaço institucional, mas também apresenta riscos e incertezas que podem levar a não contemplação de um cuidado mais amplo, do todo, quando separa e ignora as partes e as interrelações necessárias para atender a interdependência que constitui o todo.

Assim, neste contexto, as interações que se estabelecem são agitadas pelos movimentos e ondulações da ordem/desordem/organização próprios de um ambiente complexo, onde os profissionais de enfermagem e de saúde, em suas singularidades e pluralidades, autonomias, dependências e interdependências inter-relacionam-se, retroagem, cuidam, são cuidados, produzem cuidado, e também conduzem dialogicamente noções contraditórias da mesma realidade experienciada. Nos movimentos e ondulações das relações entre os profissionais e gestores, principalmente, há contradições que oscilam entre contentamentos/descontentamentos, satisfações/insatisfações, relações harmoniosas e conflitos inerentes às interações humanas complexas.

No entanto, o ambiente hospitalar pesquisado, por ser campo de ensino, oportuniza o constante aprendizado e crescimento intelectual dos profissionais, o que favorece ao cuidado “do nós”, pois os resultados advindos da formação, da qualificação e do aperfeiçoamento profissional contribuem com a qualidade dos serviços na área/unidade de atuação desses profissionais, retroagindo como cuidado “do nós” ao beneficiar o contexto e os múltiplos sujeitos envolvidos.

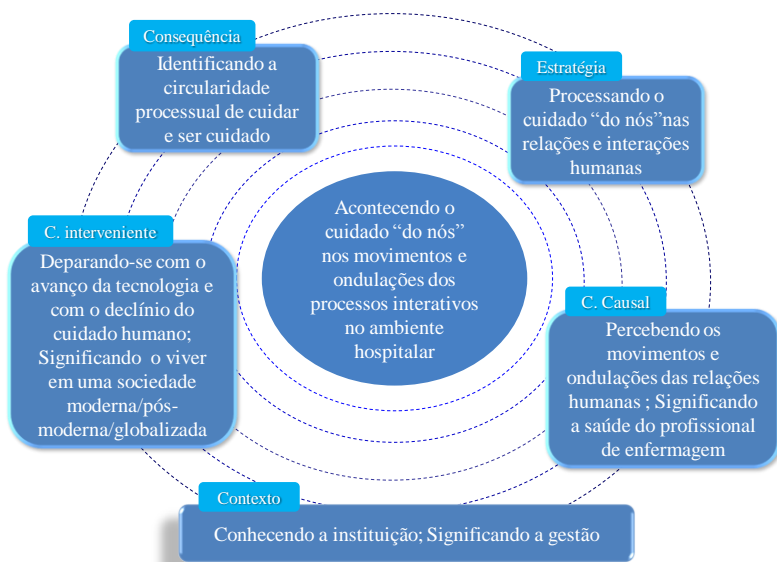
Conforme o exposto, a residência de medicina e a residência integrada multiprofissional em saúde, bem como o mestrado profissional em enfermagem, atuam como possibilidades de integração multiprofissional. Especialmente a residência integrada multiprofissional em saúde, com sua recente inserção no campo de ensino e de prática, contribuiu para a melhor qualidade das relações, interações e associações entre os profissionais envolvidos, um impulso



para o cuidado “do nós”, já que foi preciso integrar ao cuidado os interesses do paciente, do grupo de residentes, dos profissionais já atuantes nas unidades hospitalares e dos próprios responsáveis pelo projeto de ensino na prática.

Assim, ao se compreender como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”, foi possível **elaborar uma estrutura teórico-filosófica das relações no processo de cuidar “do nós”,** que sustenta a tese de que **através das relações/interações/associações entre os seres humanos, os profissionais de enfermagem e de saúde constroem na sua prática de cuidar/cuidado um conjunto de significados, que se conformam numa estrutura de referência do processo de cuidado mutuamente coletivo, o cuidado “do nós”, que acontece na circularidade dos processos de cuidar, ser cuidado e sentir-se cuidado, entendido como relacional e processual, animado por constantes movimentos e ondulações advindos dos processos interativos no ambiente hospitalar e fora dele, tendo forte relação com o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada.**

Figura 1: Diagrama do modelo teórico: Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar.



Fonte: Dados analisados e categorizados pela pesquisadora

## 6.3 ARTIGO 1 - PROCESSANDO O CUIDADO “DO NÓS” NAS RELAÇÕES E INTERAÇÕES HUMANAS

### PROCESSANDO O CUIDADO “DO NÓS” NAS RELAÇÕES E INTERAÇÕES HUMANAS

### PROCESSING THE CARE “OF US” IN HUMAN RELATIONS AND INTERACTIONS

### PROCESANDO EL CUIDADO DE “LO NOSOTROS” EN LAS RELACIONES E INTERACCIONES HUMANAS

#### RESUMO

Estudo com objetivo de compreender o cuidado “do nós” processado nas relações e interações humanas estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde em um hospital universitário ao Sul do Brasil. Será apresentada uma categoria e quatro subcategorias que representam as “estratégias”, componente do modelo paradigmático, segundo a Teoria Fundamentada nos Dados, método do estudo. A coleta de dados foi realizada com quatro grupos amostrais, totalizando 25 participantes, no período de março a julho de 2011, por meio de entrevista semi-estruturada. As seguintes subcategorias constituem os resultados: Sendo o cuidado “do nós” relacional e processual; Processando o cuidado “do nós” no ambiente de trabalho; Relacionando o cuidado “do nós” ao cuidado coletivo; Significando a relação e interação de cuidado junto aos pacientes e familiares. Uma dinâmica não linear, de número ilimitado de interações, relações e associações alimenta, processa e expressa o cuidado “do nós” de forma ampla e complexa.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Relações interpessoais; Ambiente de trabalho.

#### ABSTRACT

This study’s objective was to understand the care “of us” processed in the human relations and interactions established by nursing and health workers in a university hospital in the South of Brazil. We will present one category and four subcategories that represent the “strategies”, a component of the paradigmatic model according to the study’s method, Grounded Theory. Data were collected from four samples, totaling 25 participants, from March to July of 2011 through a semi-structured interview. The following subcategories emerged from the results: Care “of us” is relational and procedural; Processing the care “of us” in the

work environment; Relating the care “of us” to collective care; Signifying the care relationship and interaction together with patients and family members. Non-linear dynamics with an unlimited number of interactions, relationships and associations feeds, processes, and expresses the care “of us” in a broad and complex manner.

**Key-words:** Nursing; Interpersonal relations; Working environment.

## RESUMEN

Estudio con objeto de comprender el cuidado de “lo nosotros” procesado en las relaciones e interacciones humanas establecidas por profesionales de enfermería y de salud en un hospital universitario en el Sur de Brasil. Será presentada una categoría y cuatro subcategorías que representan las “estrategias”, componente del modelo paradigmático, según la Teoría Fundamentada en los Datos, el método del estudio. Los datos fueron recolectados con cuatro grupos de muestreo, totalizando 25 participantes, en el período de marzo a julio del 2011, mediante entrevista semi-estructurada. Las siguientes subcategorías constituyen los resultados: Siendo el cuidado de “lo nosotros” relacional y procesual; Procesando el cuidado de “lo nosotros” en el ambiente de trabajo; Relacionando el cuidado de “lo nosotros” al cuidado colectivo; Significando la relación y interacción de cuidado junto a los pacientes y familiares. Una dinámica no lineal, de número ilimitado de interacciones, relaciones y asociaciones alimenta, procesa y expresa el cuidado de “lo nosotros” de forma amplia y compleja.

**Palavras-clave:** Enfermería; Relaciones interpersonales; Ambiente de trabajo.

## INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem e de saúde são interdependentes, inter-relacionam-se entre si e com outras pessoas, em dimensões diversas, visto que dependem de relações sociais, da interação com os amigos, com a família, com os colegas de trabalho e até com pessoas que não conhecem. Está interdependência é condição inerente à atuação profissional no campo da saúde humana.

No processo de cuidar, os profissionais estabelecem relações de proximidade com outros sujeitos, culminando em processos interativos mútuos, que favorecem o encontro entre as pessoas e o estabelecimento de vínculos afetivos. Entretanto, para compreender as interações estabelecidas, é necessário o reconhecimento das particularidades inerentes à subjetividade dos sujeitos envolvidos, das multiplicidades de

interpretações possíveis pela mente humana e dos sentimentos que permeiam as relações e interações de cuidado. Estes reconhecimentos demandam ampliar o olhar e estar aberto para a compreensão dos fatos e fenômenos múltiplos que ocorrem em um mesmo ambiente e permeiam as ações de cuidado (LANZONI et al., 2011).

Por essa razão, é preciso considerar, nas relações e interações humanas, a complexidade subjacente, e para isso demanda entender que os profissionais de enfermagem e de saúde são seres complexos, uni e multidimensionais, singulares e plurais; são biológicos, afetivos, psíquicos, sociais e racionais, que agregam singularidades e pluralidades de outros seres, advindas das relações e interações estabelecidas (MORIN, 2011a, 2011b). Como sistemas vivos, os profissionais, como seres, são considerados sistemas abertos. Por isso, são seres de trocas, de interação, de interrelação, que dependem das relações externas que estabelecem com o meio para seu próprio desenvolvimento (MORIN, 2011a).

O objetivo deste artigo é compreender o cuidado “do nós” processado nas relações e interações humanas estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde em um hospital universitário ao Sul do Brasil, o qual é extraído de um estudo de tese, cujo objetivo foi compreender como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital universitário localizado ao Sul do Brasil, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o nº 860/2010. Os critérios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados em todas as etapas da pesquisa (BRASIL, 1996).

A coleta de dados foi realizada com quatro grupos amostrais (profissionais de enfermagem e de saúde e gestores), totalizando 25 participantes, no período de março a julho de 2011, por meio de entrevista semi-estruturada registrada através de gravação digital de voz, a partir da abertura: Fale-me sobre o significado do cuidado “do nós”, a partir da sua experiência. As demais questões foram direcionadas a partir das respostas dos participantes. Para manter o anonimato das informações, os participantes foram identificados pela letra P (Participante), seguida de número ordinal correspondente às falas (P1,

P2... P25). A participação dos sujeitos foi voluntária, autorizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O processo de coleta e análise foi guiado por amostragem teórica, conforme preconiza a Teoria Fundamentada nos Dados, cujos dados coletados foram transcritos, codificados e, ao serem analisados, conduziram à próxima coleta e análise comparativa de dados, sucessivamente, até a saturação dos dados. Os códigos foram agrupados e as categorias e subcategorias definidas e desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões, seguindo-se o processo de codificação aberta, axial e seletiva (DANTAS et al., 2009; BAGGIO; ERDMANN, 2011).

O processo analítico foi construído na perspectiva paradigmática, constituída por cinco componentes (contexto, causa, condição interveniente, estratégias e consequências) que explicam o fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os dados a serem apresentados e discutidos referem-se às “estratégias” do modelo paradigmático, representadas por 4 subcategorias advindas das conexões teóricas realizadas, resultantes de um processo analítico explicativo das experiências e relações de cuidado “do nós”, significadas por profissionais de enfermagem e de saúde representado pelo fenômeno: “Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos”.

## **RESULTADOS**

### **Sendo o cuidado “do nós” relacional e processual**

O cuidado “do nós” envolve múltiplas relações e processos relacionais entre indivíduos, em um determinado contexto, cujas relações são maximizadas pela afinidade entre os sujeitos, pela convivência e pela proximidade física e temporal estabelecida, que, conseqüentemente, conduzem a uma relação de intimidade, de troca, de diálogo e de ajuda mútua, bem como à constituição de vínculos afetivos.

*O cuidado está dentro mais das nossas afinidades (P20).*

*Olhar para a pessoa... saber se ela está bem, se não está. Essa percepção se dá na convivência... (P22).*

*Cada turno tem preocupação com os seus membros. O turno da manhã com o da tarde... há muitas trocas entre eles... eles têm uma relação bem próxima (P4).*

A relação de cuidado “do nós” é compreendida como um compromisso, um dever de cidadão, está atrelada ao modo de ser e de se relacionar característico de cada pessoa e à consciência de cuidar reciprocamente na relação naturalmente constituída entre os que possuem relação e interação mais próxima, desde os profissionais de nível técnico aos gestores. As relações de cuidado “do nós” se processam com os vários nós, nos diferentes grupos de iguais, ou seja, entre os profissionais que atuam no mesmo turno, na mesma unidade ou função de trabalho com fins comuns.

*[...] como um dever de cidadão de ajudar o outro, não como profissão... (P1).*

*[...] um profissional cuidar do outro no dia-a-dia... se tratar bem, se respeitar... acho que é um cuidado recíproco... alguns mais, outros menos, uns de um jeito mais expansivo, outros menos expansivo, eu acho que vai da característica de cada indivíduo [...] (P7).*

*[...] relação com os nós dos iguais que trabalham em uma mesma unidade, mesma instituição... que tem uma meta, que tem um fim em comum [...] (P17).*

As relações de cuidado “do nós”, também entendidas como redes de cuidado, estão em constante crescimento, movimento e mutação a partir de entradas, saídas e trocas entre os diferentes sujeitos no processo relacional. Como o processo relacional ocorre por meio da interação humana, essa rede de relações é constituída de expectativas de uns em relação aos outros, de fragilidades e de falhas inerentes aos próprios seres. Por essa razão, a postura ativa, madura e flexível, é necessária para que os pontos da rede de relações se mantenham conectados e processem o cuidado “do nós”.

*É uma rede que vai estar em constante crescimento, vai estar sempre sendo tecida porque tem sujeitos diferentes... conectar os pontos e manter esses pontos conectados nem*

*sempre é fácil, às vezes tem um ponto que se solta e a rede fica mais frágil (P17).*

*Você sempre tem uma expectativa em relação ao outro... e nem todas as expectativas da gente são realizadas [...] as pessoas vão amadurecendo [...] tem que ser flexíveis uns em relação aos outros (P21).*

No processo relacional, os seres estão interligados por meio de emoções sentidas e manifestadas, em um processo interligado de mútua troca, numa reação em cadeia, seja de emoções e sensações positivas, ou não, seja junto ao grupo de iguais no trabalho, seja junto à família.

*[...] acho que tudo é interligado, um com outro (P16).*

*[...] se eu cuidar da equipe aqui, a equipe vai cuidar da família dela e isso vai voltar pra mim (P19).*

### **Processando o cuidado “do nós” no ambiente de trabalho**

Os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, convivem quase que diariamente por um período de seis a doze horas no ambiente de trabalho. Nessa convivência, o cuidado “do nós” processa-se por meio de ações e atitudes simples de cuidado entre os profissionais. A iniciar, ao chegar ao ambiente de convívio e de interação, como citam os depoentes, importa dizer/expressar o desejo de um “bom dia”, uma “boa tarde”, cumprimentando a todos com entusiasmo. Assim, o cuidado “do nós” é processado desde o modo de chegar e de abordar as pessoas, a partir da demonstração de respeito, de interesse e de preocupação com o outro.

*[...] é se preocupar com o outro... desde que você chega à unidade... “bom dia”, “boa tarde”... o jeito de se chegar, o jeito de se importar... são detalhes tão pequenos... (P20).*

As ações e atitudes humanas simples de cuidado identificadas como responsáveis por processar o cuidado “do nós” no convívio intergrupar ocorre por meio da presença, da escuta, da atenção, do sorriso, do elogio, da empatia, do acolhimento, do respeito, da valorização, da disponibilidade, da preocupação que um manifesta em

relação ao outro. Na integração e inter-relação entre os profissionais, manifestações de carinho, de zelo, de afeto e de solidariedade são peculiares, uma característica pessoal que se soma ao cuidado processado junto às pessoas que transitam e se relacionam no espaço de trabalho e de cuidado. A descontração é permitida, quando oportuna, pois a brincadeira e o riso permitem não só processar cuidado dos/entre os sujeitos, como do próprio ambiente de relações.

*Escutar, elogiar, brincar, rir, sorrir... (P20).*

*[...] é mais esta parte de relacionamento, de preocupação, de atenção, de ouvir, de acolher, de ter empatia... de disponibilidade (P5).*

*[...] quando você consegue respeitar, valorizar, cuidar... nas pequenas coisas (P7).*

*[...] solidariedade é algo extremamente importante para a gente ter relações de cuidado... (P22).*

O cuidado “do nós” também se processa na pausa do trabalho para um lanche, quando há o encontro e a integração entre os profissionais para tomar um café, para conversar, permitindo uma relação de maior proximidade entre as pessoas, um momento de diminuir a tensão advinda dos compromissos e responsabilidades profissionais e do trabalho. O ato de convidar o(s) colega(s) para dividir um lanche, seja um bolo ou um doce ou, mesmo deixar reservado uma parte do lanche para quem não pode se fazer presente no momento do café, significa o importar-se com o outro-colega.

*O horário que a gente vai tomar o café... a gente tenta se integrar ali naquele horário para ter uma relação mais próxima... (P5).*

*Há o cuidado do lanche: “eu trouxe um bolo”; “vamos lá gente, vamos tomar um café”; ou quem não estava presente: “ guardei um pedaço de bolo, está lá na cozinha”. Eu acho que isso também é uma forma de cuidado, de confraternizar (P11).*

## **Relacionando o cuidado “do nós” ao cuidado coletivo**

Como sujeito social, o ser humano interage, associa-se e integra-se a outras pessoas, as quais passam a ser objeto de atenção e



preocupação ao pensar na perspectiva do coletivo, “do nós”. Pensar o cuidado “do nós” significa pensar no coletivo; significa deixar de pensar no singular e passar a pensar no plural, no cuidado de múltiplas pessoas e/ou grupos de pessoas; significa pensar uns nos outros, no bem-estar e no cuidado de todos os envolvidos e integrantes de um mesmo grupo social, mas com características distintas e específicas; neste caso, o grupo de pessoas que interagem, integram e se relacionam na instituição hospitalar.

*[...] as pessoas pensarem umas nas outras no ambiente de trabalho. Acho que a gente não pode só pensar na gente, só no nosso bem estar, porque a gente cuida de um outro ser humano, convive com outro ser humano, então temos que pensar no bem estar coletivo... tentar construir uma relação mais coletiva (P5).*

O cuidado “do nós”, por integrar múltiplas relações, envolve uma multiplicidade de sujeitos de interações que se relacionam no âmbito hospitalar e também fora dele. O cuidado “do nós” na perspectiva do cuidado coletivo vai além das relações profissionais, das relações com o paciente e sua família, envolve também as outras relações de cuidado socialmente estabelecidas, perspectivando o cuidado coletivo numa interação múltipla, sensível e criativa.

*[...] esse nós coletivo... eu acho que vai além do profissional, do paciente e da família do paciente; acho que envolve também as relações do profissional fora do seu ambiente de trabalho (P18).*

Nos movimentos do cuidado, as relações interpessoais com os diversos “nós” vão se tecendo na subjetividade e singularidade dos seres a partir de como cada sujeito percebe o outro, as necessidades particulares desse outro e as necessidades de vários outros que constituirão o atendimento do que é essencial para o cuidado “do nós”, considerando a heterogeneidade infinita desses seres que vivem e dependem da sociedade, do grupo, do coletivo para o estabelecimento das relações e para o cuidado.

*O cuidado “do nós” faz parte das relações interpessoais... por sermos subjetivos e diferentes uns dos outros... parte de um trabalho coletivo, de um trabalho relacional (P17).*

As relações coletivas implicam uma pluralidade de acontecimentos, de ações, interações, retroações pertencentes ao que é coletivo e plural. Nessas relações, os profissionais, em suas singularidades, também possuem traços da multiplicidade de relações estabelecidas com outros seres que carregam em si elementos distintos inseparavelmente associados. Assim, como sujeitos singulares possuem características do outro/de outros sujeitos adquiridas na convivialidade, numa troca mútua, constante e incessante.

### **Significando a relação e interação de cuidado junto aos pacientes e familiares**

Embora os profissionais de enfermagem e de saúde tenham atingido o pensar complexo na perspectiva do cuidado “do nós”, remetendo-o a um cuidado coletivo, *a priori* a atenção primeira, o objetivo da assistência hospitalar é o paciente, que traz consigo seus familiares e pessoas próximas. A relação e a interação de cuidado junto aos pacientes e seus familiares constituem importante significado aos profissionais e é permeada de cuidado, de carinho, de preocupação, de acolhimento, de sensibilidade, de respeito, reciprocidade, empatia, toque.

*O foco do cuidado são os pacientes, os usuários. É impossível pensar no usuário sem pensar nos acompanhantes, nos familiares... eles precisam ser acolhidos de cuidado, respeito, reciprocidade, empatia (P7).*

Os profissionais de enfermagem e de saúde avançam o seu pensar, a sua atenção e preocupação com os pacientes e familiares para além da relação e interação espacialmente constituída no nível hospitalar. As ações e as atitudes dos profissionais durante o planejamento da alta do paciente são voltadas para o futuro, respectivamente para o período após a alta hospitalar, momento em que a família assumirá os cuidados, quando ainda se fizerem necessários, com o aporte de outros serviços e unidades de saúde. Dessa forma, compete aos profissionais a garantia de que os cuidados ao paciente tenham continuidade.

*Faço muita contrareferência... é função do profissional da saúde do SUS fazer o link entre os níveis de complexidade (P11).*

*[...] esse cuidado mesmo que se tem com o paciente além do hospital; como vai ser em casa, como a família vai estar organizada pra cuidar desse bebê... (P18).*

Percebe-se que a interação de cuidado entre os profissionais, pacientes e familiares é permeada de ações e atitudes altruístas, delineada por um mútuo bem querer, com características de bondade, de generosidade, de solidariedade e de espiritualidade, próprias de pessoas que se inclinam ao cuidado de outros como um bem a si mesmo. Isso representa a importância e a nobreza das atitudes e ações humanas nas relações de cuidado “do nós”.

*[...] as famílias trazem bolo para a equipe... um agradecimento, um cuidado, uma forma de dizer: “olha, obrigado pelo que você está fazendo, eu vejo como vocês também precisam ser cuidados” (P7).*

*Quando tem pacientes graves aqui eu sempre coloco o nome lá no grupo de oração... Às vezes até fazer a oração para o paciente aqui dentro mesmo... baixinho (P3).*

## DISCUSSÃO

O cuidado remete a um conjunto de ações de indivíduos ou grupos, diluído num espaço social, onde reúne pessoas singulares e grupos específicos, mas não se limita a um espaço socioterapêutico apenas, como ao ambiente das instituições de saúde. Ele engloba o trabalho de enfermagem, mas não é restrito a ele. No pensamento humanista ou da humanização, o cuidado é visto, necessariamente, como uma boa ação que, segundo a etimologia da palavra, remete à atenção e preocupação para com o outro (BRASIL, 2008).

Na sua compreensão ampla e complexa, o cuidado é entendido como uma forma de estar-com, de perceber, relacionar-se e preocupar-se com outro ser humano em dado tempo e espaço, cuja relação acontece face-a-face. As responsabilidades, as habilidades, as relações interpessoais, os sentimentos, os saberes e (re)conhecimentos instituídos entre os seres constituem e permeiam o cuidado (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008; MAES; FONTANAUD; PRONOST, 2010). Antes mesmo de ser e realizar-se em uma ação ou atitude, o cuidado expressa um modo de ser, de estar, de sentir e (con)viver, estando

intrinsecamente relacionado à essência do ser do homem (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

Ações e atitudes exclusivamente humanas imbuídas de atenção, respeito, empatia e zelo entre os sujeitos envolvidos caracterizam uma relação promotora de cuidado (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008). Todavia, as ações e atitudes de cuidado ocorrem quando uma pessoa percebe a outra como participante importante da sua vida, como resultado de si mesmo, visto que é um ato consciente, intencional e/ou controlável. Além disso, uma ação ou atitude de cuidado tem poder de ação transformadora na relação entre os sujeitos (MARTINS et al., 2008).

A convivência entre os profissionais no ambiente laboral, quando diária e prolongada possibilita a interação e a integração entre os mesmos, com identificação de afinidades e consequente formação de vínculos afetivos. No processar da convivência e interação acontece partilha de sentimentos, de experiências e de conquistas, que fortalecem os laços afetivos e conduzem a uma relação mais íntima e próxima (BAGGIO; ERDMANN, 2010), na qual o diálogo e o contato humano são valorizados, embasados na ética, no respeito e na condição do ser como sujeito de direitos, desejos e saberes (LANZONI et al., 2011).

O cuidado é único no seu sentido e múltiplo no seu processar, pois integra e articula múltiplas relações de cuidado. Neste estudo, as relações de cuidado são estabelecidas junto aos profissionais de enfermagem e de saúde, articuladores e promotores de cuidado entre si. Na multiplicidade de relações de cuidado identificadas, processa-se o cuidado “do nós”, o qual envolve uma diversidade de pessoas conectadas por meio de cuidado.

O cuidado “do nós” é processado a partir de interrelações humanas alimentadas de cuidado, como, por exemplo, na relação do grupo/equipe de trabalho que se reúne, promovem encontros, e neles promovem a troca, a partilha. É nesse momento de encontro que acontecem manifestações de preocupação, de solidariedade – o importar-se pelo outro ser – colega de relação (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

O cuidado “do nós” remete à compreensão dos fenômenos múltiplos e inesgotáveis da constante associação entre os seres e desses com o seu ambiente, cujas relações se modificam, alteram e fazem alterar as relações humanas existentes. Considerado um tema emergente e em construção, o cuidado “do nós” denota o constante movimento e impele continuidade, processo e investigações cada vez mais profundas

acerca dos seus significados, como o entendimento de cuidado coletivo (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

O conceito de coletivo tem sido frequentemente utilizado nas ciências humanas e sociais para designar uma dimensão da realidade que se opõe a uma dimensão individual, que separa objetos e saberes, indivíduos e sociedades e que corresponde a uma abordagem dicotômica das ciências modernas em que são estudadas, em suas dinâmicas, as interações individuais e grupais. Entendido desta maneira, o coletivo se confunde com o social, sendo representado por grupos sociais na dimensão da interação humana individual ou grupal (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005).

A perspectiva de coletivo movimentada possibilita possibilidades de compartilhar, trocar e conviver com pessoas ou grupos de pessoas, considerando as subjetividades singulares dos envolvidos. Nessa perspectiva, a concepção de cuidado coletivo é resultante de ações individuais voltadas para alcançar outras pessoas ou grupos. Por tratar-se de coletivo, nos encontros grupais, acontecem multiplicações e ressonâncias de ações, de experiências e de vivências que se inter-relacionam (FORTUNA et al., 2011).

O cuidado “do nós” com conotação de coletivo designa a responsabilidade coletiva dos indivíduos em relação ao que é de todos, do coletivo, ao considerar que a conduta de cada indivíduo, que comporta os múltiplos aspectos sociais, culturais, ambientais, educacionais, religiosos, condiciona a conduta de muitos outros, que, por fim, refletem o produto da coletividade, como o cuidado do ambiente, da natureza, do planeta como todo (BAGGIO; ERDMANN, 2010; BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Considerando que o cuidado possui uma perspectiva multidimensional e acontece no movimento e interação do ser humano com outros seres e com o seu ambiente, o ser humano vivencia uma relação de interdependência, e por isso precisa de outros seres para o cuidado coletivo e multidimensional (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Em consonância com o exposto, o cuidado “do nós” remete ao cuidado coletivo quando engloba outros seres de relação, os quais representam um conjunto/equipe/grupo/reunião de pessoas, agregando outros seres além do eu. Para ocorrer o cuidado “do nós”, há a necessidade de integração e interação entre sujeitos, envolve o pensar o coletivo e a responsabilização por atitudes, condutas e decisões que abrangem o cuidado de múltiplos seres, do eu e de outro(s), significando

incluir o eu no coletivo como participante ativo dessa relação (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

Pensar a complexidade das relações de cuidado e o entendimento do que significa o coletivo implica o exercício da consciência de si, do que está a sua volta e da interdependência das relações de si com o mundo, com o outro, com o outros, para que o cuidado humano na perspectiva de coletivo aconteça. O cuidado “do nós” como cuidado coletivo envolve a complexidade das relações humanas, que se movimenta na certeza e na incerteza, na lógica e na contradição, no racional e no irracional, que se organiza e desorganiza, se equilibra e desequilibra no movimento dinâmico do universo (MORIN, 2011a).

Permeando as relações e interações humanas de cuidado “do nós”, estão as relações e interações dos profissionais de saúde com o pacientes e seus respectivos familiares, sendo os primeiros o elo de ligação entre os demais. Os profissionais denotam importar-se com esses outros seres de suas relações e processam o cuidado no seu modo de ser e de agir.

Relativamente às ações dos profissionais, dentre eles o enfermeiro, de acordo com suas competências, há contribuição ativa no processo de referência e contrarreferência com a unidade básica de saúde responsável pelo paciente, que visa assegurar a continuidade e avaliação das intervenções propostas na alta hospitalar (BARBOSA; MARCACINE, 2009). O investimento da atenção em saúde pelos profissionais também permeia a atenção ao momento pós-alta, com a adequada orientação e acompanhamento da família, visando o seguimento dos cuidados no domicílio (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010).

O processo interativo favorece o encontro entre as pessoas e o estabelecimento de vínculo entre profissional, paciente e sua família cuidadora (LANZONI et al., 2011). Nessas interações são identificadas atitudes altruístas e benevolentes, manifestadas pelos profissionais pelo compromisso do cuidado humano e manifestadas pelos pacientes e família em agradecimento pela satisfação das necessidades de cuidado humano, atendidas na interação com os profissionais de saúde, satisfação fortemente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem (YAGIL et al., 2010). Desse modo, as atitudes do pessoal de enfermagem são um fator importante na adoção de cuidado em relação à família, as quais são favoráveis quando a enfermagem entende a presença e o cuidado da família como importantes (FISHER et al., 2008). As atitudes solidárias dos familiares com a equipe de

enfermagem criam um clima favorável às relações que se estabelecem (LANZONI et al., 2011).

A espiritualidade também está presente nas ações de cuidado, cuja busca pela religião no processo de cura de enfermidades acontece desde os povos primitivos e nas religiões cristãs, quando das práticas de cura na época de Jesus Cristo, que as exercia. Os trabalhadores de enfermagem cultivam a sua própria espiritualidade no ambiente de trabalho como suporte espiritual no processo de recuperação da saúde do doente por meio de oração em intenção à recuperação do mesmo, demonstrando sua fé no cuidado do paciente e da família, ou seja, vivenciando o cuidado espiritual (CALDEIRA; GOMES; FREDERICO, 2011; CAMPANA et al., 2008).

## **CONCLUSÕES**

Os resultados permitem compreender o cuidado “do nós” processado nas relações e interações humanas estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde. O cuidado “do nós” envolve, em seu processo, múltiplas relações de cuidado, nos diferentes grupos de iguais, tecido em uma rede de cuidados, que está em constante crescimento, movimento e mutação, a partir das entradas, saídas e trocas entre os diferentes sujeitos, os quais estão interligados por meio de emoções, sentimentos e sensações.

O cuidado “do nós” é processado por meio de ações e atitudes simples de cuidado entre as pessoas que transitam e se relacionam no espaço de trabalho e de cuidado. E, ainda, vai além. Por integrar uma multiplicidade de pessoas ou grupo de pessoas, o cuidado “do nós” implica o cuidado do coletivo, que vai além das relações profissionais, das relações com o paciente e sua família, envolvendo também outras relações de cuidado socialmente estabelecidas. Assim, uma dinâmica não linear, de número ilimitado de interações, relações e associações alimenta, processa e expressa o cuidado “do nós” de forma ampla e complexa.

## REFERÊNCIAS

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Teoria fundamentada nos dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, p. 177-185, 2011.

BAGGIO, M.A.; CALLEGARO, G.D.; ERDMANN, A.L. Significando o cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente à luz do pensamento complexo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 11-18, 2011.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 895-902, 2010.

BAGGIO, M.A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A.L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 627-631, 2009.

BAGGIO, M.A.; CALLEGARO, G.D.; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 552-557, 2008.

BARBOSA, P.M.K.; MARCACINE, K.O. Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem ao paciente e familiares. **Revista Nursing**, v. 11, n. 128, p. 27-34, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. **Aspectos éticos envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudo em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. **Saúde e Direitos Humanos**. Brasília: 2008.

CALDEIRA, S.; GOMES, A.C.; FREDERICO, M. De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros – a espiritualidade no local de trabalho. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, p. 25-35, 2011.



CAMPANA, H.C.R. et al. A percepção dos mestrandos de enfermagem a respeito da religião como recurso terapêutico no processo de recuperação do ser humano doente e sua família. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 44-51, 2008.

DANTAS, C.C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo sociedade. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 295-304, 2005.

FAVERO, L.; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. Home care nurse's experiencing transpersonal care to a family of a neonate discharged from an intensive care unit: case study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2707/597>>. Acesso em: 8 agosto 2012.

FISHER, C. et al. Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. **Journal of Advanced Nursing**, v. 64, n. 6, p. 615-624, 2008.

FORTUNA, C.M. et al. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 581-588, 2011.

LANZONI, G.M.M. et al. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

MAES, B.; FONTANAUD, N.; PRONOST, A.M. Effect of using an instrument for continuous evaluation of nursing quality in terms of employment satisfaction and of their affective implications. **Recherche en soins infirmiers**, v. 102, p. 42-49, 2010.

MARTINS, J.J. et al. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 16, n. 2, p. 276-281, 2008.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. 2. ed. rev. São Paulo (SP): Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2011b.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M.G.O. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: um ensaio com base em Martin Buber. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 544-548, 2008.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

YAGIL, D. et al. Parents, spouses, and children of hospitalized patients: evaluation of nursing care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 8, p. 1793-801, 2010.

## 6.4 ARTIGO 2 - A CIRCULARIDADE DOS PROCESSOS DE CUIDAR E SER CUIDADO NA CONFORMAÇÃO DO CUIDADO “DO NÓS”

### **A CIRCULARIDADE DOS PROCESSOS DE CUIDAR E SER CUIDADO NA CONFORMAÇÃO DO CUIDADO “DO NÓS”**

### **THE CIRCULARITY OF THE CARE AND BEING-CARED-FOR PROCESSES IN THE CONFORMATION OF THE CARE “OF US”**

### **LA CIRCULARIDAD DE LOS PROCESOS DE CUIDAR Y SER CUIDADO EN LA CONFORMACIÓN DEL CUIDADO DE “LO NOSOTROS”**

#### **RESUMO**

O estudo objetivou compreender como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”. Será apresentada, neste artigo, a categoria que identifica a circularidade dos processos de cuidar e ser cuidado para a conformação do cuidado “do nós” que, conforme modelo paradigmático da Teoria Fundamentada nos Dados, método do estudo, representa o componente “consequências”. Participaram do estudo 25 sujeitos, distribuídos em quatro grupos amostrais. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, no período de março a julho de 2011. As categorias sinalizam as “consequências”: Entendendo os significados do cuidado “do nós”/“de nós”; Cuidando e sentindo o cuidado na sua circularidade processual; Sentindo o cuidado processar junto da família e de amigos; Processando o cuidado “do nós” pela enfermagem, que se integram na circularidade processual do cuidado de si, do outro, de outros para conformar o cuidado “do nós”.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Interação Interpessoal.

#### **ABSTRACT**

This study's objective was to understand how nursing and health workers experience and signify the relationships in the care “of us” process. This paper will present the category that identifies the circularity of the care and being-cared-for processes to conform the care “of us”, which, according to the paradigmatic model of Grounded Theory, this study's methodology, represents the component

“consequences”. A total of 25 individuals, distributed into four sample groups, participated in the study. Data were collected through semi-structured interviews from March to July of 2011. The categories signalize the “consequences”: Understanding the meanings of the care “of us”; Caring and feeling care in its procedural circularity; Feeling the care process together with family and friends; Processing the care “of us” through nursing, which is within the procedural circularity of self-care, care provided to another, and care provided to others, to conform the care “of us”.

**Key-words:** Nursing. Nursing care. Interpersonal interaction.

## RESUMEN

La finalidad fue comprender como los profesionales de enfermería y de salud viven y significan las relaciones en el proceso de cuidado de “lo nosotros”. Será presentada en este artículo la categoría que identifica la circularidad de los procesos de cuidar y ser cuidado para la conformación del cuidado de “lo nosotros” que, según el modelo paradigmático de la Teoría Fundamentada en los Datos, método del estudio, representa el componente consecuencias. Participaron del estudio 25 sujetos, distribuidos en cuatro grupos de muestreo. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semi-estructuradas, en el período de marzo a julio del 2011. Las categorías señalan las “consecuencias”: Comprendiendo los significados del cuidado de “lo nosotros”/“de nosotros”; Cuidando y sintiendo el cuidado en su circularidad procesual; Sintiendo el proceso del cuidado junto de la familia y de amigos; Procesando el cuidado de “lo nosotros” por la enfermería, que se integran en la circularidad procesual del cuidado de si, del otro, de otros para conformar el cuidado de “lo nosotros”.

**Palabras-clave:** Enfermería. Cuidados de enfermería. Interacción interpersonal.

## INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem e de saúde, como seres humanos complexos, são ao mesmo tempo singulares e múltiplos, biológicos e sócio-culturais, carregando caracteres fundamentalmente comuns e, ao mesmo tempo, possuem suas próprias singularidades, sejam elas, mentais, cerebrais, psicológicas, espirituais, afetivas e intelectuais. Eles são livres e autônomos, capazes de fazer escolhas, de tomar decisões. Na complexidade das relações e interações humanas, eles não são apenas atores, mas autores de suas próprias histórias. Para conhecer e

compreender as interações entre os profissionais, e destes com outros sujeitos de relação, não se pode separá-los do contexto em que vivem e em que atuam, mas situá-los, questionando, buscando saber quem são eles e como eles interagem com outros seres no emaranhado processo de trocas advindas das relações humanas múltiplas (MORIN, 2011a, 2011b, 2011c).

Para a compreensão do outro, dos outros seres, é requerida a consciência da complexidade humana; importa entender a unidade desses seres nas suas diversidades e suas diversidades nas suas unidades, concebendo que o humano é um ser múltiplo e sua multiplicidade é única. Entretanto, a compreensão, sempre intersubjetiva, necessita de abertura, não pode ser compreendida dissociada dos elementos que a constituem, da compreensão das autonomias individuais, das interações estabelecidas dos profissionais de enfermagem e de saúde com outros seres, com a sociedade, com a cultura, as quais retroagem sobre esses profissionais e os produzem como indivíduos sociais. Na visão da complexidade, a sociedade é concebida como um mecanismo de confronto/cooperação entre os profissionais, entre os Nós e os Eu, sendo o sujeito/profissional àquele que dá unidade e invariância a uma pluralidade de outros sujeitos de interação, de caracteres, de potencialidades em determinado espaço social, pelo caráter intersubjetivo das interações humanas (MORIN, 2011b, 2011c).

Compreender as relações/interações que ocorrem no processo de cuidar/cuidado demanda reconhecer as particularidades inerentes à subjetividade dos profissionais de enfermagem e de saúde como seres; a multiplicidade de interpretações possíveis pela mente humana, assim como as motivações e sensações envolvidas no processo de cuidar/cuidado no contexto local, sem desconsiderar o contexto global. Esses reconhecimentos demandam o olhar multidimensional e a abertura para o novo, para que se possa compreender os acontecimentos e fenômenos semelhantes e também distintos que ocorrem em um ambiente, que permeiam as relações/interações e revelam a unidade humana e a diversidade do processo de cuidar/cuidado (MORIN, 2011b; LANZONI et al., 2011).

Na área de enfermagem e de saúde, são inúmeros os estudos que abordam o cuidado (BUB et al., 2006; JESUS et al., 2001; BENERI; SANTOS; LUNARDI, 2001; SILVA et al., 2009), suas variadas dimensões e as suas interrelações, como o cuidado de si (do eu) do profissional como sujeito que se cuida e enquanto sujeito que cuida do outro, seja o paciente/cliente, o familiar, o colega/profissional. Entretanto, o cuidado “do nós” como relações múltiplas é um tema

emergente, cujas investigações ainda são recentes e impelem aprofundamento. Essas relações correspondem à complexidade implícita no conviver humano, tendo características de subjetividade, de pluralidade e de singularidade, intrínsecas à experiência humana.

Com base no exposto, este estudo parte da questão: como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”. Este artigo apresenta a categoria que identifica a circularidade dos processos de cuidar e ser cuidado para a conformação do cuidado “do nós” que, conforme o modelo paradigmático da Teoria Fundamentada nos Dados (BAGGIO; ERDMANN, 2011; DANTAS et al., 2009), método deste estudo, representa as “Consequências” do Fenômeno “Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos”.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo descritiva, exploratória, com uso da Teoria Fundamentada nos Dados (STRAUSS; CORBIN, 2008; BAGGIO; ERDMANN, 2011; DANTAS et al., 2009), como referencial metodológico, e da Teoria da Complexidade (MORIN, 2011a, 2011b, 2011c), como referencial teórico.

Um hospital universitário, localizado ao Sul do Brasil, foi o cenário da pesquisa, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o nº 860/2010. Os critérios éticos de pesquisas que envolvem seres humanos foram respeitados em todas as etapas desenvolvidas, conforme prevê a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O processo de coleta e análise dos dados aconteceu com quatro grupos amostrais, totalizando 25 participantes. O primeiro grupo foi formado por seis profissionais de enfermagem de uma unidade de cuidados cirúrgicos (unidade aberta). O segundo grupo foi composto por cinco profissionais da equipe multiprofissional (psicóloga, médico, enfermeira, farmacêutica, nutricionista) dessa unidade. Visando a comparação de dados e a confirmação de hipóteses o terceiro grupo foi formado por 11 profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social) de uma unidade de cuidados intensivos (unidade fechada). Por fim, o quarto grupo amostral foi constituído por três diretores do hospital (diretoria geral, de enfermagem e de apoio assistencial). O anonimato dos participantes foi garantido por meio de identificação do entrevistado

pela letra “P”, seguida do número ordinal correspondente à sequência das entrevistas (P1, P2... P25).

Os dados foram coletados no período de março a julho de 2011, por meio de entrevista individual, semiestruturada, utilizando-se do recurso de gravação digital de voz para o registro das falas. As entrevistas foram concedidas pelos participantes mediante explicação do objetivo da pesquisa e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Deu-se início a pesquisa junto aos participantes utilizando como abertura: Fale-me sobre o significado do cuidado “do nós” a partir da sua experiência. As demais questões foram elaboradas a partir das respostas dos entrevistados e das hipóteses de entrevistas anteriores.

O processo analítico foi construído conforme a perspectiva paradigmática (STRAUSS; CORBIN, 2008), constituída por cinco componentes (contexto, causa, condição interveniente, estratégias e consequências) que explicam o fenômeno. As condições causais representam o conjunto de eventos, incidentes e acontecimentos que contribuem para o surgimento do fenômeno. O fenômeno caracteriza-se como a idéia central, cujas relações e interações estão inter-relacionadas. O contexto representa um grupo particular de condições que possibilitam as estratégias de ação/interação. As condições intervenientes são as bases estruturais que são sustentadas pelas estratégias que integram o fenômeno. As estratégias são os recursos utilizados para responder o fenômeno. Por fim, as consequências são definidas como os resultados das ações e interações dos participantes do estudo. O dados a serem apresentados e discutidos na sequência referem-se às Consequências do modelo paradigmático, representadas por quatro subcategorias advindas das conexões teóricas realizadas, resultantes de um processo analítico explicativo das experiências e relações de cuidado “do nós” significadas por profissionais de enfermagem e de saúde representado pelo fenômeno “Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos”.

## **RESULTADOS**

### **Entendendo os significados do cuidado “do nós”/“de nós”**

O cuidado “do nós” refere-se a um assunto novo, um assunto de certa forma polêmico, ambíguo, incerto e contraditório. Conforme os entrevistados, o cuidado “do nós” refere-se um grupo de pessoas/de profissionais que interagem em um mesma unidade de trabalho. Numa

visão mais ampla, o cuidado “do nós” refere-se ao cuidado do todo, de todos os sujeitos/profissionais que pertencem à instituição em questão, incluindo os pacientes e os acompanhantes/familiares dos pacientes, até outros sujeitos de relações dos profissionais fora do ambiente de trabalho. A abrangência desse cuidado se amplia ainda mais, e remete ao cuidado do universo, do meio ambiente, de outras estruturas organizacionais, de sociedades.

Todavia, lembram alguns entrevistados, não se pode esquecer que o cuidado “do nós” inclui o eu no nós, de modo que esse eu é parte ativa do processo de cuidado, levando a pensar e questionar como eu me cuido como profissional/trabalhador/sujeito, como eu cuido e como nos cuidamos como grupo/equipe de trabalho. Aqui, percebe-se que o cuidado também tem conotação de um cuidado “de nós”, que se relaciona ao modo como cuidamos “de nós” mesmos e também ao cuidado de um grupo de iguais, de uma equipe específica de trabalho, de um grupo de amigos ou membros de uma família. O cuidado “de nós” dá a sensação de um cuidado mais inclusivo dentro de um micro espaço, nas relações mais sutis, de maior intimidade, de maior proximidade no local de trabalho, assim como na vida familiar e pessoal, enquanto que o cuidado “do nós” amplia mais e remete a um macro espaço, a um universo maior de relações e interações cuidativas.

Neste sentido, cuidado “do nós”/“de nós” aponta para o cuidado “de nós” mesmos (do próprio eu) como sujeitos, o que envolve o cuidado singular (de si mesmo) e também plural, que reporta ao cuidado de si advindo das relações do profissional fora do seu ambiente de trabalho com seus amigos e familiares e também o cuidado dos/entre os próprios profissionais. O cuidado “do nós”/“de nós” significa estar atento conosco mesmos, significa antes de cuidar dos outros, realizar o cuidado “de nós” próprios (de si), remete à capacidade ou condição de olhar para nós próprios também como cuidadores e estar atentos a esse cuidado, mental e físico, que é o que vai nos permitir continuar cuidando do outro. Assim, cuidando “de nós” próprios (de si) estaremos em condições melhores de cuidar do outro e de outros, para acontecer o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos.

Como se vê, o cuidado “do nós” e “de nós” são intrínsecos, um interligado ao outro. O cuidado “do nós” remete ao cuidado, inclusive, de todo um mundo, e como pertencemos à esse mundo, se há um cuidado do mundo, logo, também, há o cuidado “de nós”, de si, de cada sujeito. Assim, ao acontecer o cuidado “do nós”, acontece também o cuidado “de nós”. Tanto no cuidado “do nós” quanto no cuidado “de



nós”, o sujeito sente-se incluído, ambos envolvem um coletivo, um grupo, um conjunto de pessoas, de seres humanos. O cuidado “de nós” faz parte do cuidado “do nós”, faz parte das relações interpessoais, sendo o cuidado “do nós”, sobretudo, o cuidado das múltiplas relações, as quais são baseadas em questões objetivas e práticas, mas também são intermediadas pela subjetividade de cada um.

*“Do nós”... é um assunto novo, um assunto de certa forma polêmico... (P21).*

*[...] “de nós”, “do nós”, como um todo, eu acho que é uma coisa intrínseca, completamente uma ligada na outra (P20).*

*Cuidado “do nós”... vai além do profissional, do paciente e da família do paciente... envolve também as relações do profissional fora do seu ambiente de trabalho (P18).*

*Cuidado “do nós”... do ambiente como um todo, do universo lá fora, do meio ambiente, de estruturas organizacionais, algo mais do que o micro ambiente aqui dentro... (P13).*

*Cuidado “de nós” é uma coisa menor, é aqui, “de nós”, da minha equipe, onde eu estou; e o cuidado “do nós” seria uma coisa mais ampla, todo o mundo, o cuidado dessa instituição inteira... (P19).*

*Cuidado “do nós”... eu acho que nos integra, além de cuidador, é estar atento conosco mesmo, estar percebendo, além de cuidar do outros, esse cuidado de nós próprios... eu acho que cuidado “do nós”, faz parte do cuidado “de nós”... (P17).*

### **Cuidando e sentindo o cuidado na sua circularidade processual**

Compreende-se que o cuidado do outro, de outros, implica antes a realização do cuidado de si mesmo pelo profissional. Cuidar do outro e de outros, pelas trocas advindas das interações estabelecidas com esses outros, remete ao cuidado de si do profissional como ser de cuidado. Confirma-se, assim, a valorização e importância do cuidado de si pelos

profissionais antes e enquanto cuidam do outro, de outros, cujo cuidado precisa ser contínuo/constante/ininterrupto.

Identifica-se que ao tempo em que cuidam de si, do outro, de outros, os profissionais sentem o cuidado advindo das múltiplas interações constituídas no espaço/ambiente de trabalho e de cuidado, com esses vários outros, sejam eles pacientes, familiares, os próprios pares ou demais profissionais que integram e circulam no mesmo espaço/ambiente. Assim, enquanto transmitem, recebem cuidado, cuidam e sentem-se cuidados na circularidade processual do cuidado de si, do outro, de outros.

Para o cuidado de si e conseqüente cuidado do outro e de outros, informam os participantes, como principalmente importantes, o sono e o repouso adequados, a hidratação e a alimentação adequadas, a prática de lazer, a prática de atividade física, a prática espiritual, a adequada postura corporal durante execução de atividades laborais, a socialização e o estar com amigos e familiares. Ainda, é considerado cuidado evitar o estresse e o excesso de trabalho, respeitar os próprios limites, organizar e conciliar os compromissos da vida pessoal e com os da vida profissional, dispensar um tempo para si mesmo, entre outros.

Percebendo-se cuidado, o profissional cuida do outro, de outros, ajudando, escutando, valorizando, respeitando, acolhendo, elogiando, sendo disponível e tolerante, demonstrando carinho, zelo e afeto, tendo empatia, preocupando-se e atendendo as necessidades desse(s) outro(s). Essas condições geram satisfação quando os profissionais se percebem coadjuvantes para o bem-estar desse(s) outro(s). Todavia, há dias em que o profissional recebe mais cuidado do que oferece, e há dias em que oferece mais cuidado do que recebe, sendo importante a circularidade do cuidado para que se sinta cuidado enquanto cuida do outro, e, portanto, aconteça o cuidado de si, do outro, de outros e “do nós” na circularidade dos processos de cuidar e de ser cuidado.

*Existem vários tipos de cuidado... o cuidado com os pacientes, que é profissional; o cuidado com o acompanhante dos pacientes; o cuidado dos pacientes com a gente... entre os profissionais... é uma relação de cuidado... (P11).*

*[...] um ponto de partida é o cuidado de si pra poder cuidar melhor do outro. Pensando assim... é bem importante o cuidado “do nós” (P3).*

*[...] envolve o meu cuidado... cuidar dos outros... cuidado com as famílias... do recém-nascido*

*prematureo... cuidado da equipe, prestando atenção nas minhas colegas de trabalho, acolhendo bem... respeitando quem trabalha comigo (P13).*

*[...] tem que parar, pensar, olhar pra essa equipe, olhar para o outro, olhar pra mim... (P19).*

### **Sentindo o cuidado processar junto da família e de amigos**

A família ocupa lugar de destaque no processo de cuidado dos profissionais de saúde e de enfermagem, cujos valores apreendidos no corpo da família são trazidos para as relações constituídas com outras pessoas. A família é a estrutura que fortalece os profissionais para os enfrentamentos necessários que surgem no processo de viver, seja na vida pessoal, seja na vida profissional.

Na circularidade dos processos de cuidar e ser cuidado, a família é cuidada e cuidadora. Visando o cuidado da família, os profissionais atentam para o trabalho no hospital não interferir nas relações com o cônjuge e com os filhos. Uma tarefa árdua, pois os reflexos do ambiente de trabalho no ambiente doméstico nem sempre são possíveis de evitar, talvez, apenas, minimizar.

Atividades simples de lazer, o estar junto de amigos, e principalmente da família, são especialmente valorizadas para o profissional sentir o cuidado “do nós” se processar. O cuidado “do nós” acontece em múltiplas dimensões, mas a dimensão que inter-relaciona a família e os amigos, por remeter à pessoas com fortes vínculos afetivos, se destaca.

*O marido e as filhas são o suporte da vida da gente... (P12).*

*Os nós de uma relação mais pessoal, fora do ambiente de trabalho, a família, os amigos... (P17).*

### **Processando o cuidado “do nós” pela enfermagem**

Profissionais da saúde percebem o profissional da enfermagem como um “guardião do paciente”, em razão de que, segundo os entrevistados, esse profissional realiza o cuidado integral, permanece por mais tempo e possui maior envolvimento com os pacientes. É apontado que o enfermeiro, além das suas atribuições profissionais

competentes, também atua, informalmente, nos campos da psicologia e da assistência social em prol do cuidado dos pacientes, dos seus pares e da sua unidade de trabalho. Para somar, participa reflexivamente de discussões coletivas para a tomada de decisões relativas à sua unidade de trabalho e seus ocupantes, bem como de discussões voltadas ao aperfeiçoamento de processos relativos à instituição hospitalar.

Os profissionais da saúde valorizam o saber e o fazer dos enfermeiros por entenderem como contributos importantes na formação de estudantes em saúde, como na formação dos residentes de medicina, por exemplo. Todavia, é considerado que enquanto alguns profissionais da enfermagem são dedicados e comprometidos com o cuidado, buscando aperfeiçoar seus conhecimentos e práticas, outros cumprem o que está prescrito e exercitam minimamente o raciocínio reflexivo.

Identifica-se ser o enfermeiro o profissional que interliga os pacientes aos demais profissionais de saúde (médico, psicóloga, assistente social, fonoaudióloga) que transitam no espaço de cuidado, e ao mesmo tempo tenta aproveitar o espaço multiprofissional para que ele seja também interdisciplinar. O enfermeiro é o profissional que contata os profissionais das diferentes áreas e serviços para que pacientes e familiares tenham o devido acesso aos serviços, articulando e convergindo as múltiplas competências disciplinares para o cuidado em sua totalidade. Assim, esse profissional é articulador, facilitador, organizador, gerenciador dos cuidados de enfermagem e de saúde na tríade usuário, profissional, instituição, além de ser responsável por si e por sua equipe de trabalho.

Por permanecer em tempo integral na unidade de cuidados, ser diretamente responsável pelo paciente e comumente atuar conjuntamente com outras profissões da saúde no cuidado dos pacientes, os profissionais da saúde consideram que a enfermagem é a profissão da área da saúde com mais possibilidade e mais próxima do cuidado “do nós” do que outras profissões. Ter a visão do todo e da complexidade que permeia o ambiente e as pessoas é uma característica fundamental do profissional que cuida “do nós”, uma característica atribuída ao enfermeiro/profissional de enfermagem.

Além de o profissional de enfermagem atuar nos processos saúde-doença, no cuidado dos pacientes na instituição hospitalar, esse profissional também atua no cuidado de familiares e pessoas de suas relações no ambiente doméstico. Sendo assim, a atuação em saúde ultrapassa os limites da profissão, representa a beneficência e o altruísmo no cuidado de múltiplas pessoas.

O reconhecimento pelo empenho, pelas mudanças e melhorias na assistência e novas tecnologias de cuidado implantadas por meio de estudos e pesquisas é um anseio de um grupo de profissionais que busca ser qualificadamente diferenciado na atuação e no cuidado de enfermagem, cuja qualidade do cuidado é lapidada sem cessar visando atingir o todo – o cuidado “do nós”. Em outro ponto de vista, os enfermeiros afirmam a busca pela qualificação profissional consoante à competitividade instalada no cenário da profissão.

*Dentro da instituição... é uma das classes de trabalho que mais cuidam “do nós”. Talvez por estar no ambiente o maior tempo possível... por serem responsáveis por manter àquele ambiente funcionando (P3).*

*A enfermagem é a profissão que está, talvez, não sei, se mais preparada, mais próxima do cuidado “do nós”... que as outras profissões... a essência da enfermagem é o cuidado (P5).*

*O técnico e o enfermeiro que estão mais presentes na enfermagem, o tempo todo... (P8).*

*[...] questionando cada vez mais e exigindo até da nossa equipe mudanças na nossa assistência, implementando novas tecnologias de cuidado... (P13).*

## DISCUSSÃO

Para que se possa cuidar do outro, de outros, como o fazem os enfermeiros em suas práticas, primeiramente é preciso ter condições de cuidar de si próprio, tendo o conhecimento dos limites da própria prática e reconhecendo esse(s) outro(s) como sujeito(s) distinto(s) de si. De mesmo modo, a crítica sobre os modos de cuidado não deve acontecer somente aos modos como a enfermagem tem cuidado do outro, mas ao modo como os profissionais de enfermagem tem se cuidado (LUNARDI et al., 2004).

Importa considerar que o cuidar não é exclusivo dos seres humanos ou à determinada profissão, nem o cuidado de si é específico do profissional de enfermagem, mas se configura como uma característica intrínseca do ser humano. Para ter condições de cuidar do outro, de outros, todo e qualquer profissional da área da saúde tem que

cuidar antes de si mesmo (SILVA et al., 2009; FERNANDES et al., 2011), considerando a sua saúde física, psicológica, cognitiva e espiritual, a fim de atingir um estilo de vida saudável e consequente qualidade de vida (HITT et al., 2012).

Pelo olhar da complexidade (MORIN, 2011a, 2011b, 2011c), em qualquer contexto em que o cuidado se processe, como cuidador, os profissionais de saúde devem exercitar, sobretudo, antes de prestar o cuidado ao(s) outro(s), o cuidado de si mesmo na sua sistemicidade/totalidade, buscando a integração das múltiplas dimensões de cuidado para alcançar uma harmonia relativa entre o cuidado de si e o cuidado do outro, cuidando e sentindo-se cuidado por si e pelo outro (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

Ao se compreender as interações de cuidado nos ambientes de relações profissionais, identifica-se que o cuidado de si, do outro, de outros quando interconectados e movidos pela circularidade dos processos de cuidar, de ser e de sentir-se cuidado produz um cuidado maior, o cuidado “do nós” (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009), ou seja, o cuidado “do nós” é produto das interações humanas de cuidado, produzido na circularidade dos processos de cuidar e ser cuidado.

O cuidado “do nós” é entendido como um tema emergente, em construção, cuja compreensão advinda dos fenômenos múltiplos e inesgotáveis do ininterrupto movimento entre os seres e dos seres com os micro e/ou macro ambientes de relação (BAGGIO; ERDMANN, 2010) precisa ser continuamente lapidado, aprofundado.

O cuidado “do nós” congrega outros sujeitos, além do eu, os quais nas interações estabelecidas alteram e fazem alterar as redes de relações existentes. A relação de cuidado “do nós” envolve, antes, e também, as relações do cuidado de si, do outro, de outros, conjugando as múltiplas dimensões de cuidado dos seres humanos, que concebidas nas suas especificidades determinam o tipo de relação estabelecida seja consigo, com o(s) outro(s) e com o nós, no sentido amplo e coletivo (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

O nós engloba vários sujeitos de relação que, integrados, conformam uma equipe, grupo, conjunto, reunião de pessoas, uma coletividade de sujeitos que, interrelacionados em um espaço institucional, por exemplo, processam o cuidado “do nós”, particularmente pelas trocas advindas das relações entre esses sujeitos, ao atender expectativas individuais e/ou coletivas (BAGGIO; ERDMANN, 2010). Em consonância com o entendimento exposto, neste estudo, os entrevistados apontam também o cuidado “de nós” em

um sentido ao mesmo tempo complementar e contraditório, impelindo ao pensar complexo, que ao mesmo tempo distingue e une o mesmo pensamento, permitindo, pela dialógica, assumir a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno, uma característica do sistema de pensamento aberto da complexidade (MORIN, 2011c).

O cuidado “do nós”, em uma visão mais ampla do que a exposta anteriormente, remete ao cuidado do universo, do meio ambiente, de estruturas organizacionais, de sociedades, que, conforme o pensamento complexo (MORIN, 2011c), além da visão local de cuidado, de um grupo próximo de pessoas, possibilita também a visão global dos indivíduos, do ambiente, da coletividade, da sociedade como um todo.

Confirma-se que, ao tempo em que cuidam de si, do outro, de outros, é possível aos profissionais sentirem processar o cuidado “do nós”, advindo das múltiplas interações constituídas no espaço/ambiente de trabalho e de cuidado com vários outros nós. Os cuidados de si, do outro, de outros e “do nós” estão interconectados e acontecem em circularidade, num movimento centrípeto que fortalece os laços de relações, podendo o ser humano/cuidador ser e sentir-se cuidado enquanto cuida, numa relação de troca mútua (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

Entende-se que a complexidade envolve as interações estabelecidas na vida cotidiana, nos múltiplos ambientes que o ser humano desempenha seus variados papéis, como no seu trabalho, na sua casa junto de seus familiares ou em espaços sociais junto de amigos. Ao mesmo tempo em que o ser humano é autônomo, também é dependente, e por isso depende das relações que estabelece em múltiplas dimensões. Dessas relações, a família, os pais, os filhos são colocados no centro do mundo juntamente com o próprio eu, na perspectiva de que ser sujeito é colocar-se no centro do seu próprio mundo e, junto de si, os seus afetos (MORIN, 2011a).

A convivência com a família é considerada importante e vital para o ser humano (FERNANDES et al., 2011), sendo construída através da complexidade das relações interpessoais e retroalimentada pelas situações cotidianas (OLIVEIRA, 2009). A boa convivência com a família e com outras pessoas é promotora de suporte social, por isso a sua relevância (FERNANDES et al., 2011), assim como também é relevante a presença e a convivência da família nos enfrentamentos da vida cotidiana para o cuidado “do nós” como sujeitos afetivamente vinculados.

Reconhece-se que a vida moderna cria uma tensão que se reflete no domicílio, na família. As relações familiares se conformam em um sistema de apoio e incentivo aos seus membros, de controle e domínio de situações difíceis, orientando e ajudando a identificar os mecanismos estressores externos, aproximando os membros da família para os enfrentamentos necessários, os quais são favorecidos pela intimidade existente nas relações intra-familiares (PI OSORIA; COBIÁN, 2009).

Os sujeitos que principalmente contribuem com o desenvolvimento das virtudes humanas, neste caso a convivência, o respeito e a tolerância são os pais, os familiares, os amigos (FERNANDES et al., 2011). É a partir da família que se constrói um dos aprendizados mais importantes para um desenvolvimento saudável, ou seja, a capacidade para estabelecer vínculos e aprender a se relacionar socialmente (OLIVEIRA et al., 2009). É também nas relações sociais e de convivência com outras pessoas, nos múltiplos espaços e ambientes de relação cotidiana, que se aprende a conviver com as diferenças para a construção de relações saudáveis e de cuidado entre um e entre todos na circularidade processual necessária para o cuidado “do nós”.

No espaço/ambiente hospitalar, os profissionais da saúde consideram ser o enfermeiro/a enfermagem o profissional com maior competência para o cuidado “do nós”. Essa condição refere-se ao fato de os enfermeiros dispensarem sua atenção e seu cuidado aos pacientes, familiares de pacientes e também aos funcionários e outros profissionais da saúde que convivem e interagem neste espaço social, embora alguns enfermeiros vinculem essa característica a um caráter instrumental do trabalho (YAMAMOTO et al., 2009). Todavia, como o cuidar exige preocupação, conhecimento, dedicação ao próximo e a si mesmo, dentre os profissionais participantes das relações cuidativas, o da enfermagem é o que possui mais condições de proporcionar/incentivar/facilitar um ambiente de cuidado que integra e interrelaciona os múltiplos seres (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

No mesmo sentido, o profissional da enfermagem tem condições de entender necessidades mais particulares do paciente e oferecer-lhe uma prestação de cuidados integrais, relacionando-se mais proximamente com o paciente e construindo confiança no desenvolvimento da relação terapêutica. Todavia, a relação terapêutica é ameaçada quando o profissional é incapaz de permanecer em estreita proximidade junto ao paciente (SCHLUTER; SEATON; CHABOYER, 2011).



Os enfermeiros também têm um papel profissional na promoção de aprendizagem no local de trabalho. Especialmente na prática direta de cuidados, esses profissionais compartilham conhecimentos, facilitam e promovem a aprendizagem de outros sujeitos (HENDERSON; EATON; BURMEISTER, 2012), seja da área da enfermagem ou de outras áreas da saúde, que dependem da interrelação com outros profissionais da prática para aprimorar e consolidar seus saberes e fazeres.

Na área da saúde, as disciplinas dividem e especializam o trabalho respectivamente às áreas das ciências, tendendo, naturalmente, à autonomia disciplinar. No entanto, na perspectiva da complexidade, a interdisciplinaridade interrelaciona as múltiplas disciplinas, favorecendo as relações de troca, cooperação, articulação e interação dos saberes/fazeres entre os profissionais das diversas disciplinas, que ao pensarem o uni e o multidimensional, atingem a abertura necessária para unir os saberes/fazeres com vistas ao cuidado do paciente, sendo o paciente cuidado por um e por todos (MORIN, 2011c). O enfermeiro, neste estudo, interliga os componentes/profissionais/disciplinas para contemplar múltiplas dimensões de cuidado para o cuidado “do nós”.

## CONCLUSÕES

O estudo atingiu o objetivo proposto, identificando que nas relações e interações humanas, na circularidade dos processos de cuidar e ser cuidado dos profissionais de enfermagem e de saúde, acontece a conformação do cuidado “do nós”.

O cuidado “do nós” processa-se nas relações e interações que envolvem múltiplos sujeitos, com suas singularidades, pluralidades e histórias de vida, que animam os movimentos dos processos de cuidar/cuidado, abrangendo relações cuidativas que integram os profissionais, pacientes e seus familiares, os familiares e amigos dos profissionais e outras relações constituídas fora do ambiente organizacional, com outras pessoas, com outras estruturas organizacionais, a sociedade, o meio ambiente, o universo.

É identificado que o cuidado do outro, de outros, implica antes o cuidado de si pelo profissional. Cuidar do outro, de outros, pelas trocas advindas das interações estabelecidas com esse(s) outro(s), remete ao cuidado de si do profissional como ser de cuidado. Assim, ao tempo em que cuidam de si, do outro, de outros, os profissionais sentem o cuidado advindo das múltiplas interações constituídas no espaço/ambiente de trabalho e de cuidado, recebendo e transmitindo cuidado, cuidando e se

sentido cuidado na circularidade processual do cuidado de si, do outro, de outros, conformando o cuidado “do nós”.

## REFERÊNCIAS

BAGGIO, M.A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A.L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 627-631, 2009.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 895-902, 2010.

\_\_\_\_\_. Teoria fundamentada nos dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, p. 177-185, 2011.

BENERI, R.L.; SANTOS, L.R.; LUNARDI, V.L. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 1, p. 108-118, 2001.

BUB, M.B.C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. Esp., p. 152-157, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. **Aspectos éticos envolvendo seres humanos**. Brasília: 1996.

DANTAS, C.C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.

FERNANDES, G.C.M. et al. O cuidado na perspectiva da convivência, respeito e tolerância: percepções de pós-graduandas em enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 101-109, 2011.

HENDERSON, A.; EATON, E.; BURMEISTER, L. Development and preliminary validation of a tool to measure nurses' support for facilitating the learning of others. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 8, p. 913-1050, 2012. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00207489/49/8>>.  
Acesso em: 20 outubro 2012.

HITT, J.M. et al. Self-care management practices for the home health nurse: staying hale and hearty through enhanced self-care and ergonomics with a case study. **Home Healthcare Nurse**, v. 30, n. 5, p. 295-305, 2012.

JESUS, D.S.S. et al. Cuidar do outro e de si mesmo: a compreensão de uma equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 5, n. 1/2, p. 20-26, 2001.

LANZONI, G.M.M. et al. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

LUNARDI, V.L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 933-939, 2004.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. rev. São Paulo (SP): Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2011b.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 19. ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2011c.

OLIVEIRA, A.M.N. et al. Repensando as relações intrafamiliares sob um olhar foucaultiano. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.10, n.3, p.152-58, 2009.

PI OSORIA, A.M.; COBIÁN MENA, A. Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones. **MEDISAN**, v. 13, n. 6, 2009. Disponível em:  
<[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san16609.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san16609.htm)>. Acesso em: 10 outubro 2012.

SCHLUTER, J.; SEATON, P.; CHABOYER, W. Understanding nursing scope of practice: A qualitative study. **International Journal of**

**Nursing Studies**, v. 48, n. 10, p. 1211-1222, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00207489/48/10>>. Acesso em: 18 outubro 2012.

SILVA, I.J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

YAMAMOTO, D.M. et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.

## 6.5 ARTIGO 3 - ACONTECENDO O CUIDADO “DO NÓS” NOS MOVIMENTOS E ONDULAÇÕES DOS PROCESSOS INTERATIVOS NO AMBIENTE HOSPITALAR

### **ACONTECENDO O CUIDADO “DO NÓS” NOS MOVIMENTOS E ONDULAÇÕES DOS PROCESSOS INTERATIVOS NO AMBIENTE HOSPITALAR**

### **THE CARE “OF US” TAKES PLACE IN THE MOVEMENTS AND FLUCTUATIONS OF INTERACTIVE PROCESSES IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT**

### **LA OCCURENCIA DEL CUIDADO DE “LO NOSOTROS” EN LOS MOVIMIENTOS Y ONDULACIONES DE LOS PROCESOS INTERACTIVOS EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO**

#### **RESUMO**

Objetivou-se compreender como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”, utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados como método. Participaram 25 profissionais de enfermagem e de saúde de um Hospital Universitário, distribuídos em quatro grupos amostrais, cuja coleta dos dados foi realizada por entrevista semi-estruturada, no período de março a julho de 2011. A contextualização da instituição e da gestão forma o contexto, os movimentos das relações/interações humanas e a saúde do profissional são condições causais, o avanço da tecnologia, o declínio do cuidado humano e o viver social são condições intervenientes. As relações/interações humanas de cuidado processadas são as estratégias para acontecer o cuidado “do nós” na circularidade processual de cuidar e ser cuidado. Nos movimentos e ondulações dos processos de interação humana, os profissionais constroem na sua prática o cuidado “do nós”, entendido como relacional e processual.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Interação interpessoal.

#### **ABSTRACT**

This study's objective was to understand how nursing and health professionals experience and signify the relationships in the care “of us” process, using Grounded Theory as method. A total of 25 nursing and health workers from a university hospital, distributed into four sample

groups, participated in the study. Data were collected through semi-structured interviews from March to July of 2011. The contextualization of the institution and management form the context. The movements of human relations/interactions and the professionals' health are causal conditions. The advancement of technology and decline of human care and social life are intervenient conditions. The processed human relations/interactions of care are the strategies that cause the care "of us" to take place in the procedural circularity of care and being-cared-for. The professionals construct the care "of us" in their practice, understood as relational and procedural, in the movements and fluctuations of processes of human interactions.

**Key-words:** Nursing. Nursing care. Interpersonal interaction.

## RESUMEN

La finalidad fue comprender como los profesionales de enfermería y salud viven y significan las relaciones en el proceso de cuidado de "lo nosotros", utilizando la Teoría Fundamentada en los Datos como método. Participaron 25 profesionales de enfermería y salud de un Hospital Universitario, distribuidos en cuatro grupos de muestreo. Los datos fueron recolectados mediante entrevista semi-estructurada, en el período de marzo a julio del 2011. La contextualización de la institución y gestión forma el contexto, los movimientos de las relaciones/interacciones humanas y la salud del profesional son condiciones causales, mientras el avance de la tecnología, el declive del cuidado humano y el vivir social son condiciones intervenientes. Las relaciones/interacciones humanas de cuidado procesadas son estrategias para que ocurra el cuidado de "lo nosotros" en la circularidad del proceso de cuidar y ser cuidado. En los movimientos y ondulaciones de los procesos de interacción humana, los profesionales construyen en su práctica el cuidado de "lo nosotros", entendido como relacional y procesual.

**Palabras-clave:** Enfermería. Cuidados de enfermería. Interacción interpersonal.

## INTRODUÇÃO

As relações de cuidado, em seus movimentos, apresentam dimensões múltiplas e interligadas, advindas do viver complexo. São relações subjetivas, plurais e também singulares à experiência humana, envolvendo, além da formação de vínculos e trocas mútuas, os conflitos,

conturbações e animosidades inerentes às relações coletivas (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

Nas relações intersubjetivas que se estabelecem entre os profissionais de saúde, cada um coloca um pouco de si, mostra seu modo de agir e influencia o outro de forma positiva ou negativa (CUNHA; ZAGONEL, 2008). Compreender essas relações demanda reconhecer as particularidades inerentes à subjetividade dos envolvidos, a multiplicidade de interpretações possíveis pela mente humana e os distintos fenômenos que ocorrem no ambiente de interação e que permeiam as ações de cuidado (LANZONI et al., 2011).

O ambiente, as pessoas, as condições de trabalho, a infraestrutura institucional, entre outros aspectos, influenciam as relações de cuidado que acontecem no multifacetado e dinâmico espaço hospitalar (BRAGA; DYNIEWICZ; CAMPOS, 2008). As relações estabelecidas nesse espaço também sofrem influências múltiplas das interrelações com outros seres, das trocas, dos múltiplos aspectos que envolvem cada ser, seus aspectos biológicos, sociais, culturais, psicológicos, econômicos (MORIN, 2011).

Conforme o exposto, indaga-se: como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”? Objetiva-se compreender como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo de natureza qualitativa com uso da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico (STRAUSS; CORBIN, 2008; BAGGIO; ERDMANN, 2011) e a Teoria da Complexidade como referencial teórico (MORIN, 2011).

O cenário investigado foi um hospital universitário localizado ao Sul do Brasil. Participaram 25 sujeitos, divididos em quatro grupos amostrais. O primeiro grupo foi formado por seis profissionais de enfermagem de uma unidade de cuidados cirúrgicos (unidade aberta), os quais apontaram a formação do segundo grupo, composto por cinco profissionais da equipe multiprofissional (psicóloga, médico, enfermeira, farmacêutica, nutricionista) dessa unidade. Visando a comparação de dados e a confirmação de hipóteses, o terceiro grupo foi formado por 11 profissionais de enfermagem e de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social) de uma unidade de cuidados intensivos (unidade fechada). Por

fim, os fenômenos foram comparados e hipóteses confirmadas, obtendo-se a saturação dos dados, com a formação do quarto grupo amostral, constituído por três diretores do hospital (diretoria geral, de enfermagem e de apoio assistencial). Para manter o anonimato, os participantes foram identificados por letra que representa o Entrevistado, seguida de número ordinal correspondente à ordem da participação (P1, P2... P25).

Os dados foram coletados no período de março a julho de 2011, por meio de entrevista individual, semiestruturada, utilizando-se do recurso de gravação digital de voz para o registro das falas. As entrevistas foram concedidas pelos participantes mediante explicação do objetivo da pesquisa e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Iniciou-se a pesquisa, utilizando como questão inicial: Fale-me sobre o significado do cuidado “do nós” a partir da sua experiência de cuidado no ambiente hospitalar. As demais questões foram direcionadas, conforme as respostas dos entrevistados e hipóteses levantadas de entrevistas anteriores.

O processo de coleta e análise foi guiado por amostragem teórica, conforme preconiza a TFD. Os códigos foram agrupados e as categorias e subcategorias definidas e desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões, seguindo-se o processo de codificação aberta, axial e seletiva. O processo analítico foi construído na perspectiva paradigmática, constituída por cinco componentes (contexto, causa, condição interveniente, estratégias e consequências), que explicam o fenômeno ou categoria central (STRAUSS; CORBIN, 2008; BAGGIO; ERDMANN, 2011).

Emergiram do processo analítico oito categorias e 26 subcategorias, que interrelacionadas sustentam o fenômeno central apresentado neste artigo. A validação do Modelo Teórico foi efetivada ao retornar aos dados brutos e por dois pesquisadores *expert* no método.

O projeto teve seu desenvolvimento aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o nº 860/2010. Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, como prevê a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

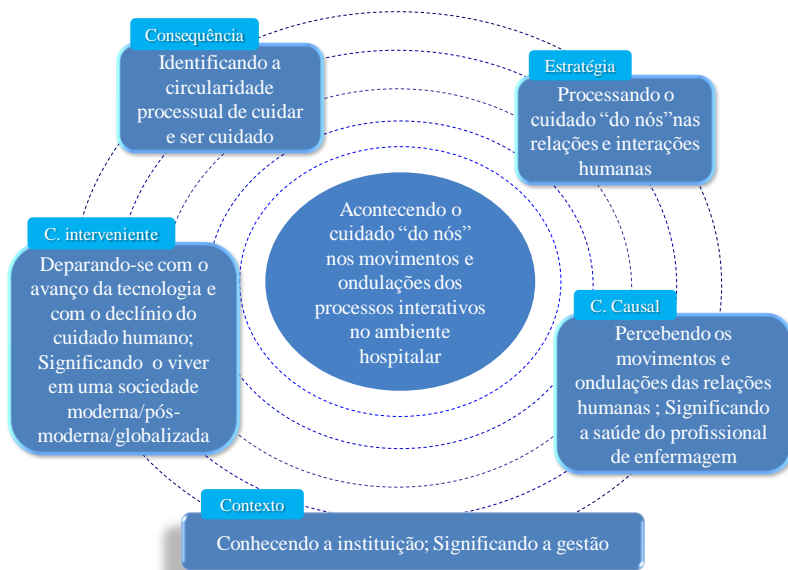
## RESULTADOS

O fenômeno “Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos” é composto por 8 categorias e suas subcategorias, organizadas em 5 componentes, conforme o modelo



paradigmático (STRAUSS; CORBIN, 2008), cuja apresentação gráfica está disponível na figura 1.

Figura 1. Diagrama do fenômeno do estudo com suas categorias.



Fonte: Dados analisados e categorizados pela pesquisadora

O **contexto** no qual o fenômeno se desenvolve é apresentado pelas categorias “Conhecendo a instituição” e “Significando a gestão”. A instituição pesquisada é um hospital público de ensino, assistência, pesquisa e extensão, subsidiado pela união, atrelado a uma universidade de grande visibilidade. Por pertencerem a um hospital de ensino, os profissionais estão em constante aprendizado e crescimento intelectual, o que favorece ao cuidado “do nós”. A formação, a qualificação e o aperfeiçoamento profissional são oportunizados e continuamente estimulados. Consequentemente, os profissionais ao elevarem seus saberes e práticas contribuem com a unidade em que se situam e com o todo institucional para o cuidado “do nós”. Atualmente a instituição conta com residência médica, residência integrada multiprofissional em saúde e mestrado profissional em enfermagem, representando um contributo importante no processo de trabalho para o cuidado “do nós”, favorecendo as interações interprofissionais para um trabalho em

equipe. Devido ao vínculo com a universidade, os profissionais também tem favorecida a formação em saúde em nível *lato* e *stricto sensu*, cujos resultados advindos dessa formação contribuem com a qualidade dos serviços em sua área/unidade de atuação, retroagindo como cuidado quando beneficia o contexto e os múltiplos sujeitos envolvidos.

*[...] por ser um hospital escola tem sempre capacitações voltadas ao cuidado “do nós, no sentido intelectual, nos mantendo sempre informados, reciclados [...]. O cuidar “do nós” é saber que a gente está em constante processo de aprendizado (P12).*

*[...] estou satisfeito principalmente por estar dentro de um ambiente acadêmico (P21).*

As unidades de internação (ambientes de trabalho) constituem-se em micro espaços distintos dentro de um macro espaço institucional, as quais se relacionam com múltiplos serviços de apoio para seu funcionamento, onde transitam e interagem múltiplos profissionais, uma multiplicidade “de nós” que cuidam e são cuidados. Nestes espaços, acontece a intercomunicação profissional entre as diferentes áreas, considerada um cuidado “do nós” quando saudável e eficiente, ou seja, quando a comunicação processada por meio da escrita, da fala ou da linguagem corporal comunica benéfica e claramente o coletivo envolvido, especialmente para o benefício do paciente. Todavia, parece haver ineficiente organização institucional para que as informações de interesse coletivo sejam mais bem comunicadas, pois não têm atingido a totalidade dos envolvidos. A comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional, entre as diferentes áreas/setores e entre os próprios enfermeiros, também sinaliza falhas, assim como a comunicação entre os profissionais da instituição de referência com os da contrareferência.

*É bom ter as informações (P1).*

*[...] falta organização para que as informações ocorram melhor... às vezes eles mandam um comunicado por escrito... colocam num quadro... (P3).*

No processo de gestão do micro e do macro espaço institucional acontece a circularidade dos processos de cuidar/cuidado junto aos membros que lideram e aos que são liderados na perspectiva de que se

um diretor tem postura de cuidado junto à chefia diretamente subordinada, conseqüentemente a chefia cuidará do trabalhador a ela subordinado, o qual retornará o cuidado aos seus líderes ou colegas de forma direta ou indireta, numa ação e reação circular de cuidado.

As ações de gestão do micro e do macro espaço institucional são articuladas e intimamente associadas, integradas, relacionadas, cujas condutas tidas em um micro espaço influenciam outros micro espaços e altera a dinâmica e os movimentos no macro espaço institucional, e vice-versa, conduzindo a movimentos aleatórios e circulares de ação e reação de cuidado entre líderes e liderados. Todavia, as ações de gestão institucional para o cuidado “do nós” podem ser intensificadas, visto que são percebidas ações de cuidado “do nós” em movimentos isolados e fragmentados, que nem sempre atingem a totalidade dos sujeitos.

Os gestores são eleitos pelos próprios pares, cuja função é permeada de responsabilidades administrativas e burocráticas. Perspectivando o cuidado “do nós”, a direção geral preocupa-se principalmente com a sustentabilidade e sobrevivência da instituição. Os diretores de área buscam prioritariamente manter o funcionamento pleno das unidades de suas responsabilidades, assegurando adequado ambiente físico e recursos humanos suficientes para o trabalho. Já as chefias de unidade atentam para a própria equipe de trabalho, suas relações e interações, mediando conflitos oriundos dos movimentos e processos relacionais.

Referente ao gerenciamento de recursos humanos identificam-se ações e atividades lúdicas que visam integrar, associar, agregar pessoas e cuidar dos indivíduos e do grupo de trabalho, comumente promovidas por enfermeiros, como a realização de amigo secreto, de dinâmicas de grupo e de confraternizações. Há também o Projeto Amanhecer, uma iniciativa da enfermagem, que se utiliza de práticas integrativas e complementares – uso da medicina tradicional e complementar ou alternativa – para o cuidado do trabalhador da instituição.

*Melhora na comunicação... as pessoas chegam mais leves para trabalhar... torna o ambiente realmente mais tranquilo para se trabalhar (P14).*

Neste contexto, as interações que se estabelecem na arena institucional são agitadas pela ordem/desordem/organização próprios de um ambiente complexo como o hospitalar, onde múltiplas pessoas, em suas singularidades e pluralidades, autonomias e dependências inter-relacionam-se, retroagem, são cuidadas e produzem cuidado. Nos movimentos e ondulações das relações entre trabalhadores e gestores,

vislumbram-se contradições que oscilam entre satisfações e insatisfações, conflitos e relações harmoniosas, discursos e práticas que apontam, por vezes, resultados mais negativos do que positivos, que requerem aperfeiçoamento para atender as expectativas de um cuidado “do nós”.

As categorias “Percebendo os movimentos e ondulações das relações e interações humanas” e “Significando a saúde do profissional de enfermagem” desencadeiam o fenômeno como **condição causal**. As relações e interações humanas, nos seus movimentos e ondulações, são permeadas de atitudes e ações de cuidado, mas também de conflitos intermediados pela subjetividade de cada indivíduo, que se organizam/desorganizam e conferem equilíbrio/desequilíbrio às relações humanas e profissionais estabelecidas. A partir de atitudes, ações e condições criadas no ambiente relacional, o ser humano contribui para o sucesso das relações/interações/associações de cuidado, ou, contraditoriamente, cria um espaço de relações frágeis e instáveis. São atitudes, ações e condições que potencializam as relações e interações humanas, favorecendo o processo de trabalho e, conseqüentemente, o cuidado “do nós” no espaço laboral, a disponibilidade, a solidariedade, a confiança, a participação, a atenção, a colaboração, o respeito, o trabalho em equipe, a liderança positiva, o companheirismo, o otimismo, a motivação, a maturidade, a pontualidade, o ouvir e o esperar.

*Cuidado “do nós” é cuidar das relações, sobretudo... elas são baseadas em questões objetivas, práticas, mas são intermediárias pela subjetividade de cada um... envolve múltiplas pessoas... sugere relações conflituosas (P17).*

O cuidado “do nós” manifesta-se ligado ao agir ético dos profissionais tendo como base das ações, atitudes e comportamentos, as premissas da profissão (ética profissional) e da moral que constitui a sociedade e a cultura em que vivem. Já no campo das ciências biológicas e das ciências da saúde, a bioética contempla o cuidado “do nós” ao apontar possibilidades de decisões seguras, humanas e de cuidado sobre a vida e o viver do outro. De outro modo, a decisão sobre a vida e o viver do outro possibilita o cuidado “do nós” quando permeada de responsabilidade, consciência, ciência e sensibilidade humana.

A saúde física e mental confere condições para cuidar do outro, de outros e “do nós”, entretanto a realização de esforço físico no cuidado dos pacientes e a convivência com doenças e pessoas doentes,

peculiares ao ambiente hospitalar, apontam a manifestação frequente de doenças físicas e psíquicas nos profissionais de enfermagem, que requerem prevenção. Também estão atreladas aos transtornos de saúde, as múltiplas atuações dos profissionais, que condicionam dupla ou tripla jornada de trabalho, justificadas por necessidade financeira; além dos compromissos paralelos, como os de estudos de graduação ou pós-graduação.

Essas situações sinalizam que a saúde não só física, não só mental, mas de todas as dimensões da vida do profissional dependem de ações próprias para o cuidado de si, mas também integra e depende de ações de cuidado advindas de outros, com outros seres de interação que possibilitem as condições necessárias para um cuidado mais amplo da saúde do profissional de enfermagem ao envolver cada um e todos os sujeitos, cada micro e o macro espaço institucional imbuídos de responsabilidades e de sentimentos de pertença pelo cuidado da saúde do eu e do outro, pela saúde individual e do coletivo institucional, seja com base em estudos ou em experiências vivenciadas.

**As condições intervenientes**, que interferem no fenômeno, são apresentadas nas categorias “Deparando-se com o avanço da tecnologia e com o declínio do cuidado humano” e “Significando o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada”. A presença de inovação tecnológica em materiais, instrumentos e equipamentos de saúde têm atuado na segurança, na manutenção da vida e na sobrevivência de pacientes, e têm facilitado o processo de trabalho dos profissionais de saúde, qualificando a atuação técnica, permitindo procedimentos e cuidados seguros que convergem para um cuidado “do nós”. Contraditoriamente, no contrafluxo desse movimento, ao mesmo tempo em que as tecnologias avançam, declina o cuidado humano dos profissionais para com os pacientes, sendo identificadas fragilidades e negligências na assistência em saúde que podem deixar de processar o cuidado, como pontuam os depoimentos a seguir.

*Vejo com as tecnologias a agilização dos processos (P14).*

*A tecnologia ajuda muito... o próprio marca-passo... tem auxiliado muito a saúde e a sobrevivência das pessoas (P3).*

*[...] as pessoas vem para cá para trabalhar, mas não querem cuidar (P1).*

*[...] colocam muito o paciente em encaixe de cirurgia... afeta bastante a pessoa, de como ela está preparada para àquele momento... suspendem esse encaixe, às vezes, até quatro dias seguidos. Deixam o paciente o dia inteiro em jejum... (P5).*

*[...] chamar as pessoas por número, por caso: o quatrocentos e cinco um... a vesícula que está ali, o câncer gástrico está no número tal (P11).*

Identifica-se que o cuidado “do nós” tem forte relação com o viver em uma sociedade moderna e, ao mesmo tempo, pós-moderna ou contemporânea e globalizada, ou melhor, sintonizada no âmbito mais global. Os aspectos sociais, culturais, espirituais, econômicos, tecnológicos, entre outros, são, ao mesmo tempo, causa e causadores de mudanças e de transformações, cujos atos, atitudes e comportamentos dos profissionais alteram e fazem alterar as relações constituídas nos micro e macro espaços de interações, seja no ambiente hospitalar em que atuam, nos seus lares ou nos espaços de convivência com outras pessoas, entendidas como condições interventoras para que o cuidado “do nós” aconteça, ou não. Assim, por acontecer na relação/interação/integração entre uma e as múltiplas dimensões da vida dos profissionais, entre cada um e todos os elementos heterogêneos constituintes de suas vidas, o cuidado “do nós” como fenômeno complexo associa-se e integra-se ao modo de viver dos profissionais que tem em si as características de uma sociedade moderna/pós-moderna/contemporânea/globalizada.

A categoria “Processando o cuidado “do nós” nas relações e interações humanas” representa as **ações/estratégias** para o alcance do fenômeno. O cuidado “do nós” é entendido como relacional e processual, pois envolve múltiplas relações e processos interativos entre indivíduos, em um determinado contexto, cujas relações são maximizadas pela afinidade, pela convivência e pela proximidade física e temporal estabelecida entre os sujeitos, que, conseqüentemente, conduzem a uma relação de intimidade, de troca, de diálogo e de ajuda mútua, bem como a constituição de vínculos afetivos. Como o processo interativo ocorre por meio da interação humana, está em constante crescimento, movimento e mutação a partir de entradas, saídas e trocas entre os diferentes sujeitos, cujas relações são constituídas de expectativas de uns em relação aos outros, de fragilidades e de falhas inerentes aos próprios seres.

No processo relacional, o cuidado “do nós” acontece a partir de ações e atitudes simples de cuidado entre os profissionais no convívio intergrupar, como a presença, escuta, a atenção, o sorriso, o elogio, a empatia, o acolhimento, o respeito, a valorização, a disponibilidade, a preocupação e o interesse que um manifesta em relação ao outro. Manifestações de carinho, de zelo, de afeto e de solidariedade são peculiares e entendidos como características pessoais que se somam ao cuidado processado junto às pessoas que transitam e se relacionam no espaço de trabalho e de cuidado.

*[...] quando você consegue respeitar, valorizar, cuidar... nas pequenas coisas (P7).*

O cuidado “do nós” também é relacionado ao cuidado coletivo, significando pensar no plural, no cuidado de múltiplas pessoas e ou grupos de pessoas; significando cuidar além do eu, de outros, de vários outros, sendo participante ativo das relações constituídas; significando pensar uns nos outros, no bem-estar e no cuidado de todos os envolvidos e integrantes de um mesmo grupo social, mas com características distintas e específicas. O cuidado “do nós” na dimensão coletiva relaciona uma multiplicidade de sujeitos de interações que interagem no âmbito hospitalar e também fora dele, cujas relações interpessoais com os diversos “nós” vão se tecendo na subjetividade e singularidade dos seres a partir de como cada sujeito percebe o outro, as necessidades particulares desse outro e as necessidades de vários outros que constituirão o atendimento do que é essencial para o cuidado “do nós”.

*É uma construção coletiva e todos com suas especificidades são importantes nesse processo (P17).*

*“Do nós” é nós, o grupo, todo mundo que está em contato (P21).*

*[...] esse nós coletivo... vai além do profissional, do paciente e da família do paciente... envolve também as relações do profissional fora do seu ambiente de trabalho (P18).*

*[...] a gente não pode só pensar na gente, só no nosso bem estar, porque a gente cuida de um outro ser humano, convive com outro ser humano, então temos que pensar no bem estar coletivo (P5).*

O objetivo da assistência hospitalar é o paciente, que traz consigo seus familiares e pessoas próximas. A relação e a interação de cuidado junto aos pacientes e seus familiares constituem importante significado aos profissionais e é permeada de cuidado, de carinho, de preocupação, de acolhimento, de sensibilidade, de respeito, reciprocidade, empatia, toque. A interação de cuidado entre os profissionais, pacientes e familiares possui características de bondade, de generosidade, de solidariedade e de espiritualidade, representando a nobreza das atitudes e ações humanas nas relações de cuidado “do nós”.

A categoria “Identificando o cuidado “do nós” na circularidade processual de cuidar e ser cuidado” revela as **consequências** que conformam o fenômeno. Os profissionais enquanto cuidam, sentem-se cuidados e retribuem o cuidado recebido. É possível compreender que o cuidado do outro implica antes a realização do cuidado de si mesmo pelo profissional. No entanto, cuidar do outro, pelas trocas advindas da interação com esse outro, remete ao cuidado de si do profissional como ser de cuidado. Identifica-se que ao tempo em que cuidam de si e do outro, os profissionais sentem o cuidado advindo das múltiplas interações constituídas no espaço/ambiente de trabalho e de cuidado, com vários outros, sejam eles pacientes, familiares, os próprios pares ou demais profissionais que integram e circulam no mesmo espaço/ambiente. Assim, os profissionais cuidam e sentem-se cuidados na circularidade processual do cuidado, conformando o cuidado “do nós”.

*Cuidado “do nós” eu acho que nos integra... é estar atento conosco mesmo, estar percebendo, além de cuidar do outros, esse cuidado “de nós” próprios (P17).*

A família ocupa lugar de destaque no processo de cuidado dos profissionais de saúde e de enfermagem, cujos valores apreendidos no corpo da família são trazidos para as relações constituídas com outras pessoas (colegas e amigos). A família é a estrutura que fortalece os profissionais para os enfrentamentos necessários que surgem no processo de viver, seja na vida pessoal, seja na vida profissional. Na circularidade dos processos de cuidar e ser cuidado, a família é cuidada e cuidadora.

*[...] essa preocupação com o nós... eu acho que é uma coisa que vem da tua família (P10).*



No processo de cuidar, os profissionais da equipe multiprofissional percebem o profissional de enfermagem como um profissional que cuida “do nós”, pois além de realizar o cuidado integral, permanecer por mais tempo e possuir maior envolvimento com os pacientes, esse profissional interliga os pacientes aos múltiplos profissionais de saúde (médico, psicóloga, assistente social, fonoaudióloga) que transitam no espaço de cuidado. No processo de cuidar, o enfermeiro é articulador, facilitador e organizador dos cuidados de enfermagem e de saúde na tríade paciente, profissionais e instituição, além de ser responsável pelo cuidado de si e de sua equipe de trabalho, sendo a visão do todo e da complexidade que permeia o ambiente e as pessoas, fundamental para que o cuidado “do nós” seja processado.

*[...] o técnico e o enfermeiro que estão mais presentes na enfermaria o tempo todo (P8).*

## **DISCUSSÃO**

As interações constituem o ponto essencial do cuidado sendo objeto-produto das ações humanas que, estabelecidas por meio da comunicação, tornam possível o desenvolvimento das relações e interações (LANZONI et al., 2011; CASEY; WALLIS, 2011). A comunicação verbal e a não-verbal são base fundamental das relações interpessoais (OLIVEIRA; SIMÕES, 2010), sendo impossível ao enfermeiro cuidar, ao médico curar, ao fisioterapeuta reabilitar, ao psicólogo compreender e aconselhar ou qualquer outra ação na assistência ao ser humano sem lançar mão de habilidades comunicativas (ARAÚJO; SILVA; PUGINA, 2007). A comunicação não-verbal é necessária e importante para as interações intersubjetivas, podendo completar, contradizer ou substituir a comunicação verbal (OLIVEIRA; SIMÕES, 2010) nas relações de cuidado com pacientes, familiares e profissionais. Todavia, a identificação da necessidade de investimentos em ações comunicativas no ambiente de trabalho, com vistas ao cuidado coletivo, sugere aos gestores analisar e investir nessa interatividade (SANTOS; BRAGA; FERNANDES, 2008; PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

No ambiente de trabalho, nos movimentos e ondulações das relações e interações humanas são comuns as ocorrências de conflitos (BAGGIO; ERDMANN, 2010; LANZONI et al., 2011; BRINKERT, 2010; MAHON; NICOTERA, 2011) oriundos dos movimentos e ondulações próprios da complexidade, que na ordem/desordem se auto-

organizam para conferir um novo estado de equilíbrio (MORIN, 2011). A ordem/desordem dos conflitos é mediada pela ética das relações, e o cuidado acontece na interação entre os indivíduos quando aponta atitudes éticas fundamentadas na abertura do diálogo de iguais (LANZONI et al., 2011). A interação dialógica permite estabelecer e atingir objetivos comuns, propicia troca de experiências e conhecimentos, momentos de reflexão, compartilhamento de idéias e decisões, culminando no enriquecimento mútuo e transformação dos envolvidos.

O trabalho nos hospitais públicos é complexo e demandante, podendo produzir facilmente os conflitos interpessoais que provocam desgaste da confiança e do respeito na relação entre funcionários e profissionais com cargos de chefia. Por esta razão, em uma perspectiva prática, a chefia pode fortalecer a dimensão ética da relação com seus subordinados (YAÑEZ-GALLARDO; VALENZUELA-SUAZO, 2012), assegurando a harmonia das relações que independem de hierarquia.

A participação na escolha dos gestores mobiliza os profissionais para a definição das suas lideranças. Entretanto, se espera que o gestor seja líder e tenha capacidade de integrar conhecimentos técnicos e administrativos numa prática concreta que alia o racional e o humano. O exercício da liderança, embora complexo, é inerente à organização do trabalho e repercute na articulação das equipes (MOURA et al., 2010), nos processos que exigem ações de cuidado com os liderados e condutas adequadas para a resolução de problemas relacionais e técnicos cada vez que surgem.

É desafio de uma gestão em saúde atender as necessidade de cuidado de um coletivo e buscar o comprometimento dos profissionais de saúde na perspectiva de estabelecer interação e articular ações com vistas ao cuidado integral no âmbito hospitalar. Neste sentido, identifica-se a possibilidade de investimentos de ações para atender as necessidades de cuidado tanto dos doentes e familiares, quanto dos trabalhadores (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

A perspectiva de ações de cuidado que atendam às necessidades de um coletivo faz parte de um contexto social mais amplo em que o hospital visa recuperar o doente e as unidades de atenção básica visam a continuidade dos cuidados com vistas à promoção da saúde (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011), apontando caminhos para os profissionais de saúde estabelecerem uma interação saudável entre os diferentes níveis de complexidade para um cuidado na dimensão coletiva - “do nós”.

A residência integrada multiprofissional em saúde instituída no cenário estudado consegue superar o cuidado fragmentado ao orientar as

ações em saúde por meio de um trabalho em equipe. Neste sentido, a perspectiva da interprofissionalidade possibilita aos profissionais o entendimento de que o cuidado integral se constrói a partir da complementaridade e interdependência das ações de saúde (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011), intermediadas pelas múltiplas interações interdisciplinares, o que favorece o cuidado “do nós”.

As atividades lúdicas promovidas pela enfermagem são entendidas como instrumentos de interação, tendo como finalidade favorecer o encontro entre pessoas, o estabelecimento de vínculos, a minimização do isolamento e do estresse emocional, além de evitar o distanciamento afetivo (LANZONI et al., 2011) que a sociedade contemporânea predispõe.

A jornada e o ritmo acelerado de trabalho, e também o salário, são fatores na vida dos trabalhadores que se relacionam ao estado de saúde física e mental desses profissionais. A jornada e o ritmo de trabalho são intensificados quando o trabalhador possui outros vínculos empregatícios, maximizando o desgaste do trabalhador resultante da exposição excessiva de trabalho (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011; MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011; ROCHA; DE MARTINO, 2010). Todavia, o desgaste advindo das relações sociais no trabalho pode ser mais impactante na vida dos trabalhadores do que os advindos da natureza do trabalho (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011). Desse modo, a intervenção sobre as condições que provocam desgaste no trabalhador podem elevar a qualidade do cuidado, da saúde do trabalhador e das relações interpessoais no trabalho.

Atualmente, depara-se com o avanço das tecnologias e com o declínio do cuidado humano, cujo desafio dos profissionais de enfermagem e de saúde nas instituições de saúde é associada à demanda tecnológica incorporada ao cotidiano das profissões, a utilização das relações como forma de tecnologia de cuidado, valorizando as necessidades dos seres cuidados ao mesmo tempo em que valoriza o sujeito trabalhador (LANZONI et al., 2011).

Num contexto de mudanças que afetam o coletivo, importantes e significativas transformações nas instituições da família e do casamento, na sexualidade, nos papéis de gênero, na identidade pessoal, no trabalho e na religião tem afetado o comportamento das pessoas e influenciado as tradições, os costumes e o modo como se configuram as relações e os papéis dos sujeitos na sociedade (GIDDENS, 2007), influenciando de algum modo o cuidado “do nós”.

Na dimensão do cuidado humano, o cuidado “do nós” incita a preocupação com o coletivo e remete à compreensão dos fenômenos

múltiplos e inesgotáveis do constante movimento de interação entre os seres e, desses, com os ambientes em que estão inseridos, modificando, alterando e fazendo alterar as redes de relações de cuidado existentes. Essas relações correspondem à complexidade que permeia o conviver humano, sendo subjetivas, plurais e singulares à experiência humana, envolvendo a formação de vínculos e trocas mútuas que atendem positivamente as expectativas individuais e/ou coletivas (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

Compreende-se que os seres dependem uns dos outros para seu cuidado pessoal e profissional, num processo relacional construtivo e criativo. Na abordagem da complexidade, em qualquer contexto em que o cuidado se processe, o cuidador deve exercitar, sobretudo, antes de prestar o cuidado ao outro, o cuidado a si mesmo, na sua sistemicidade/totalidade, buscando a integração das múltiplas dimensões de cuidado para alcançar uma harmonia relativa entre o cuidado de si e o cuidado do outro (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009), de modo que enquanto cuida, se cuida e sente-se cuidado por outros num movimento circular de cuidado que conforma o cuidado “do nós”.

Cuidar em saúde exige preocupação, conhecimento e principalmente dedicação ao próximo e a si mesmo, assim sendo, os profissionais e estudos<sup>(1,21)</sup> confirmam que, dentre os profissionais da saúde, o da enfermagem é o que possui mais condições de proporcionar, incentivar e facilitar um ambiente de cuidado aos clientes e seus familiares e à equipe multiprofissional interconectando e fortalecendo os laços de relações entre esses diferentes sujeitos.

## CONCLUSÕES

Nos movimentos e ondulações das relações e interações humanas no ambiente hospitalar, os profissionais de enfermagem e de saúde constroem na sua prática de cuidado um conjunto de significados, que se conformam numa estrutura de referência do processo de cuidar mutuamente coletivo, o cuidado “do nós”. Esse acontece na circularidade dos processos de cuidar, ser cuidado e sentir-se cuidado, entendido como relacional e processual, animado por constantes movimentos e ondulações advindos dos processos interativos no ambiente hospitalar e fora dele, tendo forte relação com o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada.

Podemos apontar como limitação do estudo tratar de um tema complexo que envolve uma multiplicidade de conceitos e de significados explorados em apenas uma realidade, que podem e devem

ser explorados em profundidade em outros ambientes sociais e de saúde. Entretanto, considera-se a sua importância por despertar a atenção dos que cuidam e são cuidados para o cuidado “do nós”, um tema atual, emergente e pertinente na contemporaneidade.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P.; PUGINA, A.C.G. A comunicação não verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 419-425, 2007.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 895-902, 2010.

\_\_\_\_\_. Teoria fundamentada nos dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, p. 177-185, 2011.

BAGGIO, M.A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A.L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 627-631, 2009.

BRAGA, J.P.; DYNIEWICZ, A.M.; CAMPOS, O. Tendências no relacionamento humano na área da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 290-295, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. **Aspectos éticos envolvendo seres humanos**. Brasília: 1996.

BRINKERT, R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 2, p. 145-56, 2010.

CASEY, A.; WALLIS, A. Effective communication: Principle of Nursing Practice E. **Nursing Standard**, v. 25, n. 32, p. 35-37, 2011.

CUNHA, P.J.; ZAGONEL, I.P.S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 412-419, 2008.

GIDDENS, A. **Mundo em descontrolo: O que a globalização está fazendo “de nós”**. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

LANZONI, G.M.M. et al. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

MAHON, M.M.; NICOTERA, A.M. Nursing and conflict communication: avoidance as preferred strategy. **Nursing Administration Quarterly**, v. 35, n. 2, p. 152-163, 2011.

MININEL, V.A.; BAPTISTA, P.C.P.; FELLI, V.E.A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16.pdf)>. Acesso em: 10 outubro 2012.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2011.

MOURA, G.M.S.S. et al. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1099-1106, 2010.

OLIVEIRA, T.; SIMÕES, S. Communication faces in the practice of nursing. A bibliographic research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3116/698>>. Acesso em: 10 outubro 2012.

PIROLO, S.M.; FERRAZ, C.A.; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011.

ROCHA, M.C.P.; DE MARTINO, M.M.F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

SANTOS, M.C.L.; BRAGA, V.A.B.; FERNANDES, A.F.C. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 16, n. 1, p. 101-105, 2008.

SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S.; MARZIALE, M.H.P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 487-493, 2011.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

YAÑEZ-GALLARDO, R.; VALENZUELA-SUAZO, S. Incidentes críticos de erosão da confiança na liderança de chefes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 143-150, 2012.





## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, ao chegar ao final deste estudo, aponto algumas considerações a respeito do conjunto de resultados apresentados, de modo a abordar as principais descobertas que vão ao encontro dos objetivos, as principais limitações e as recomendações advindas dos produtos finais.

A compreensão de como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós” ocorre a partir da categoria ou fenômeno central “Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar”, que fundamentada em dados da pesquisa, conforme o modelo paradigmático, constitui-se de oito categorias e 26 subcategorias. As categorias “Conhecendo a instituição” e “Significando a gestão” formam o *contexto*; as categorias “Percebendo os movimentos e ondulações das relações e interações humanas” e “Significando a saúde do profissional de enfermagem” são as *condições causais*; as categorias “Deparando-se com a tecnologia e com o declínio do cuidado humano” e “Significando o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada” apontam as *condições intervenientes*; a categoria “Processando o cuidado “do nós” nas relações e interações humanas” representa as *estratégias* e a categoria “Identificando a circularidade processual de cuidar e ser cuidado” é a que diz respeito à *consequência* do fenômeno ou categoria central.

Considera-se que a TFD, como método, possibilitou flexibilidade e abertura à pesquisa. Como diziam os entrevistados, o tema é novo, de difícil reflexão; por vezes, desviar a entrevista do foco principal, que é o cuidado “do nós”, era inevitável. Mas como falar em cuidado “do nós” sem pensar na multiplicidade de outros nós? Na interferência das múltiplas experiências, por vezes negativas, dos profissionais? Entretanto, dada a dificuldade em manter o foco do estudo pelos sujeitos nas entrevistas, o método permitiu a busca de pessoas e de ambientes distintos para comparar as experiências e os significados de cuidado que contemplam o nós.

Em se tratando dos dados, respectivamente ao contexto, a categoria “Conhecendo a instituição” e suas cinco subcategorias, contextualiza os ambientes de trabalho e a instituição, que, além de ser ambiente de assistência ao paciente, também é campo de ensino e pesquisa; apresenta o entendimento do processo de trabalho e das interações multiprofissionais no ambiente hospitalar e significa a intercomunicação profissional e os processos que formação, de

qualificação, de capacitação e aperfeiçoamento como condições que contribuem para que o cuidado “do nós” aconteça.

Já a categoria “Significando a gestão” e suas quatro subcategorias apresenta como o processo de gestão do micro e do macro espaço institucional e dos recursos humanos conduzem ao cuidado “do nós”, sem deixar de lado as contradições que movimentam e ondulam os processos interativos entre trabalhadores e gestores.

Relativamente às condições causais, a categoria “Percebendo os movimentos e ondulações das relações e interações humanas” e suas três subcategorias aponta os movimentos e contra-movimentos de cuidado advindos dos processos interativos. Constituem movimentos de cuidado responsáveis para que o cuidado “do nós” aconteça nas ações, atitudes e condições com potencial de cuidado nas relações e interações humanas, o agir ético fundamentado nas premissas da profissão, da moral e da cultura em que vivem os profissionais, bem como a prática baseada em decisões seguras, humanas e de cuidado sobre a vida e o viver do outro, no campo da bioética.

A categoria “Significando a saúde do profissional de enfermagem” e suas três subcategorias também representa condições causais no sentido de que importa a saúde não só física, não só mental, mas de todas as dimensões da vida do profissional para que ele tenha condições de cuidar do outro, de outros, “do nós”. Se atitudes forem mudadas, conhecer as possíveis causas que impedem que o cuidado multidimensional do ser humano/profissional de enfermagem aconteça, e conseqüentemente de outros seres, pode favorecer o cuidado de um e de todos os que se conectam para acontecer o cuidado “do nós” advindo dos processos interativos humanos.

No que concerne às condições intervenientes, a categoria “Deparando-se com a tecnologia e com o declínio do cuidado humano” e suas três subcategorias aponta para a presença de inovação tecnológica em materiais, instrumentos e equipamentos de saúde, os quais têm atuado na segurança, na manutenção da vida e na sobrevivência de pacientes, e têm facilitado o processo de trabalho dos profissionais de saúde, qualificando a atuação técnica, permitindo procedimentos e cuidados seguros que convergem para um cuidado “do nós”. Todavia, o declínio do cuidado humano, no contrafluxo do movimento de cuidado, sinaliza as fragilidades e negligências em saúde que podem, contraditoriamente, intervir para que o cuidado não aconteça.

Ainda, como condição interveniente, é apresentada a categoria “Significando o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada”. Nessa categoria, confere-se a forte relação do

cuidado “do nós” com o viver em uma sociedade moderna e, ao mesmo tempo, pós-moderna ou contemporânea e globalizada, ou melhor, sintonizada no âmbito mais global. Os aspectos sociais, culturais, espirituais, econômicos, tecnológicos, entre outros, ao mesmo tempo, são causa e causadores de mudanças e de transformações, cujos atos, atitudes e comportamentos dos profissionais alteram e fazem alterar as relações constituídas nos micro e macro espaços de interações, seja no ambiente hospitalar em que atuam, nos seus lares ou nos espaços de convivência com outras pessoas, entendidas como condições interventoras para que o cuidado “do nós” aconteça, ou não.

Quanto às estratégias, a categoria “Processando o cuidado “do nós” nas relações e interações humanas” e suas quatro subcategorias aponta ser o cuidado “do nós” relacional e processual, envolvendo múltiplas relações e processos interativos humanos, os quais conduzem o cuidado “do nós” a partir de ações e atitudes simples de cuidado entre os profissionais no convívio intergrupar. Nesta categoria, identifica-se, também, que cuidado “do nós” está relacionado ao cuidado coletivo, significando pensar no plural, no cuidado de múltiplas pessoas e ou grupos de pessoas; significando cuidar além do eu, de outros, de vários outros; significando pensar uns nos outros, no bem-estar e no cuidado de todos os envolvidos e integrantes de um mesmo grupo social, mas com características distintas e específicas. O cuidado que integra pacientes, acompanhantes e familiares de pacientes envolve os diferentes grupos de pessoas, cujas relações são permeadas por ações e atitudes que constituem o cuidado “do nós”.

A categoria “Identificando a circularidade processual de cuidar e ser cuidado” revela as consequências que conformam o fenômeno “Acontecendo o cuidado “do nós” nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar”. Nesta categoria, identifica-se que ao tempo em que cuidam de si, do outro, de outros, os profissionais sentem o cuidado advindo das múltiplas interações constituídas no ambiente hospitalar, com vários outros, sejam eles pacientes, familiares, os próprios pares ou demais profissionais que integram e circulam no mesmo ambiente. Assim, os profissionais cuidam e sentem-se cuidados na circularidade processual de cuidar e ser cuidado, que inclui a própria família do profissional, que é ao mesmo tempo cuidada e cuidadora na conformação do cuidado “do nós”.

Na trama das relações e interações que constituem o cuidado “do nós”, o profissional de enfermagem é percebido pelos profissionais da saúde como um profissional que cuida “do nós”, sobretudo por prestar o cuidado direto, integral e por mais tempo aos pacientes, interligando-os

aos múltiplos profissionais de saúde (médico, psicóloga, assistente social, fonoaudióloga) que transitam no espaço de cuidado, percebendo a complexidade que permeia o ambiente e as pessoas, fundamental para que o cuidado “do nós” seja processado.

Ao se compreender como os profissionais de enfermagem e de saúde experienciam e significam as relações no processo de cuidado “do nós”, foi possível **elaborar uma estrutura teórico-filosófica das relações no processo de cuidar “do nós”**, que ultrapassa/supera a tese inicial, apontando que **através das relações/interações/associações entre os seres humanos, os profissionais de enfermagem e de saúde constróem na sua prática de cuidar/cuidado um conjunto de significados, que se conformam numa estrutura de referência do processo de cuidado mutuamente coletivo, o cuidado “do nós”, que acontece na circularidade dos processos de cuidar, ser cuidado e sentir-se cuidado, entendido como relacional e processual, animado por constantes movimentos e ondulações advindos dos processos interativos no ambiente hospitalar e fora dele, tendo forte relação com o viver em uma sociedade moderna/pós-moderna/globalizada.**

Essas foram as principais descobertas oriundas desse estudo, que atendem aos objetivos propostos.

Aponta-se, como limitação do estudo, tratar de um tema complexo que envolve uma multiplicidade de conceitos, fenômenos e significados explorados em apenas uma realidade, que podem e devem ser explorados em profundidade em outros ambientes sociais e de saúde, já que o tema permite essa pluralidade. Por outro lado, considera-se a importância do tema por despertar a atenção dos que cuidam e são cuidados para o cuidado “do nós”, um assunto atual, emergente e pertinente na contemporaneidade.

Por fim, com base nos resultados alcançados, recomenda-se que o cuidado “do nós” continue sendo estudado por outros profissionais e pesquisadores de enfermagem e de saúde, em realidades diversas. Trata-se de um tema ainda incipiente na literatura científica, que requer contínuo aprofundamento e aperfeiçoamento em seus aspectos teóricos filosóficos e políticos com estudos presentes e futuros, bem como a identificação de suas aplicações nos contextos que envolvem sujeitos de cuidado. Recomenda-se, também, que o tema cuidado “do nós”, a partir desse e de outros estudos, seja abordado na formação dos profissionais de enfermagem e de saúde, cujo profissional em formação é entendido como novo ser de cuidado.

**REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P.; PUGINA, A.C.G. A comunicação não verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 419-425, 2007.

BACKES, D.S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. Esp, p. 71-78, 2006.

BACKES, D.S. et al. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 163-170. 2007.

BAGGIO, M.A. **O (des)cuidado de si do profissional de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Humana) - Universidade do Contestado, Concórdia (SC), 2004.

\_\_\_\_\_. **Os significados das relações múltiplas do cuidado de si, do outro e “do nós” sob a perspectiva da complexidade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2008.

BAGGIO, M.A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A.L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 627-631, 2009.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 895-902, 2010.

\_\_\_\_\_. Teoria fundamentada nos dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, p. 177-185, 2011.

BAGGIO, M.A.; CALLEGARO, G.D.; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 381-386, 2009.

\_\_\_\_\_. Significando o cuidado ecológico/planetário/coletivo/do ambiente à luz do pensamento complexo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 11-18, 2011.

BARBOSA, P.M.K.; MARCACINE, K.O. Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem ao paciente e familiares. **Revista Nursing**, v. 11, n. 128, p. 27-34, 2009.

BENERI, R.L.; SANTOS, L.R.; LUNARDI, V.L. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 1, p. 108-118, 2001.

BIANCHI, E.M.P.G.; IKEDA, A.A. **Analisando a grounded theory em administração**. Disponível em: <[http://www.ead.fea.usp.br/Semead/9semead/resultado\\_semead/trabalhosPDF/62.pdf](http://www.ead.fea.usp.br/Semead/9semead/resultado_semead/trabalhosPDF/62.pdf)>. Acesso em: 09 maio 2007.

BOFF, L. **Ethos Mundial: um consenso mínimo entre os humanos**. Rio de Janeiro (RJ): Sextante, 2003.

BUB, M.B.C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. Esp., p. 152-157, 2006.

BRAGA, J.P.; DYNIEWICZ, A.M.; CAMPOS, O. Tendências no relacionamento humano na área da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 290-295, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. **Aspectos éticos envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudo em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. **Saúde e Direitos Humanos**. Brasília: 2008.

BRINKERT, R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 2, p. 145-56, 2010.

CALDEIRA, S.; GOMES, A.C.; FREDERICO, M. De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros – a espiritualidade no local de trabalho. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, p. 25-35, 2011.

CAMPANA, H.C.R. et al. A percepção dos mestrandos de enfermagem a respeito da religião como recurso terapêutico no processo de recuperação do ser humano doente e sua família. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 44-51, 2008.

CASEY, A.; WALLIS, A. Effective communication: Principle of Nursing Practice E. **Nursing Standard**, v. 25, n. 32, p. 35-37, 2011.

CASSIANI, S.H.B.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, n. 3, 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691996000300007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691996000300007&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 28 setembro 2009.

CELICH, K.L.S.; CROSSETTI, M.G.O. Estar com o cuidador: dimensão do processo de cuidar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 377-385, 2004.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** Porto Alegre (RS): Artmed, 2009.

COFEN. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Resolução COFEN 311/2007. Portal do Cofen. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323&sectionID=37>>. Acesso em: 10 janeiro 2010.

CUNHA, P.J.; ZAGONEL, I.P.S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 412-419, 2008.

DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 35-40, 2009.

DANTAS, C.C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.

ERDMANN, A.L. **Sistemas de Cuidados de Enfermagem.** Pelotas: UFPel, 1996.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 295-304, 2005.

FALCÓN, G.S., ERDMANN, A.L.; MEIRELLES, B.H.S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 343-351, 2006.

FAVERO, L.; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. Home care nurse's experiencing transpersonal care to a family of a neonate



discharged from an intensive care unit: case study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2707/597>>. Acesso em: 8 agosto 2012.

FERNANDES, E.M.; MAIA, A. **Grounded Theory**: Métodos e técnicas de avaliação - Contributos para a prática e investigação psicológicas. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4209>>. Acesso em: 21 maio 2007.

FERNANDES, G.C.M. et al. O cuidado na perspectiva da convivência, respeito e tolerância: percepções de pós-graduandas em enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 101-109, 2011.

FISHER, C. et al. Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. **Journal of Advanced Nursing**, v. 64, n. 6, p. 615-624, 2008.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Bookman, 2004.

FORTUNA, C.M. et al. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 581-588, 2011.

FREITAS, G.F; OGUISSO, T.; MERIGHI, M.A.B. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0104-116920060004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-116920060004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 dezembro 2009.

FREITAS, G.F; OGUISSO, T. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 489-494, 2007.

GIDDENS, A.; PIERSON, C. **Conversas com Antony Giddens: O sentido da modernidade**. Rio de Janeiro (RJ): FGV, 2000.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo (SP): UNESP, 1991.

\_\_\_\_\_. **Para uma terceira via: a renovação da social-democracia**. Lisboa: Editorial Presença, 1999.

\_\_\_\_\_. **Sociologia**. 4. ed. revista e ampliada. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

\_\_\_\_\_. **Mundo em descontrole: O que a globalização está fazendo de nós**. 6. ed. Rio de Janeiro (RJ): Record, 2007.

GLASER, B. **Grounded theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

\_\_\_\_\_. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978.

GLASER, B.; HOLTON, J. Remodeling grounded theory. **The Grounded Theory Review**, v.4, n.1, p.1-24, 2004.

GLASER, B.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory: estrategies for research qualitative**. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

HENDERSON, A.; EATON, E.; BURMEISTER, L. Development and preliminary validation of a tool to measure nurses' support for facilitating the learning of others. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 8, p. 913-1050, 2012. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00207489/49/8>>. Acesso em: 20 outubro 2012.

HITT, J.M. et al. Self-care management practices for the home health nurse: staying hale and hearty through enhanced self-care and ergonomics with a case study. **Home Healthcare Nurse**, v. 30, n. 5, p. 295-305, 2012.

JESUS, D.S.S. et al. Cuidar do outro e de si mesmo: a compreensão de uma equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 5, n. 1/2, p. 20-26, 2001.

KLOCK, P. et al. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: “importando-se com o outro”. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 452-459, 2007.

LANZONI, G.M.M. et al. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

LANZONI, G.M.M. et al. La Teoría Fundamentada: un estudio bibliométrico de la enfermería brasileña. **Index Enfermería**, v. 20, n. 3, 2011. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000200015&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000200015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 setembro 2012.

LEITE, A.I.T; CLAUDINO, H.G; SANTOS, S.R. A importância de ser ético: da teoria à prática na enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 172-177, 2009.

LOGOS. **Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia**. Lisboa/São Paulo (SP): Verbo, 1992. 5 vol.

LUNARDI, V.L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 933-939, 2004.

LUNARDI, V.L. et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-11692007000300020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692007000300020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 janeiro 2010.

MAES, B.; FONTANAUD, N.; PRONOST, A.M. Effect of using an instrument for continuous evaluation of nursing quality in terms of employment satisfaction and of their affective implications. **Recherche en soins infirmiers**, v. 102, p. 42-49, 2010.

MAHON, M.M.; NICOTERA, A.M. Nursing and conflict communication: avoidance as preferred strategy. **Nursing Administration Quarterly**, v. 35, n. 2, p. 152-163, 2011.

MARTINS, J.J. et al. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 16, n. 2, p. 276-281, 2008.

MAZUR, C.S.; LABRONICI, L.; WOLFF, L.D.G. Ética e gerência no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 371-376, 2007.

MENDES, G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 165-169, 2009.

MINAYO, M.C.Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco, 2006.

MININEL, V.A.; BAPTISTA, P.C.P.; FELLI, V.E.A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Revista**

**Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16.pdf)>. Acesso em: 10 outubro 2012.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre (RS): Sulina, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 11. ed. São Paulo (SP): Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2006b.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2000.

\_\_\_\_\_. **O método V: A humanidade da humanidade**. Porto Alegre (RS): Sulina, 2002.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 1996.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. rev. São Paulo (SP): Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2011b.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 19. ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2011c.

MORIN, E.; KERN, A.B. **Terra-Pátria**. 5. ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2005.

MOURA, G.M.S.S. et al. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1099-1106, 2010.

NASCIMENTO, K.C. **As dimensões do cuidado em unidade crítica: emergindo o cuidado transpessoal e complexo**.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2005.

OLIVEIRA, A.M.N. et al. Repensando as relações intrafamiliares sob um olhar foucaultiano. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.10, n.3, p.152-58, 2009.

OLIVEIRA, T.; SIMÕES, S. Communication faces in the practice of nursing. A bibliographic research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.31116/698>>. Acesso em: 10 outubro 2012.

PI OSORIA, A.M.; COBIÁN MENA, A. Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones. **MEDISAN**, v. 13, n. 6, 2009. Disponível em: <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san16609.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san16609.htm)>. Acesso em: 10 outubro 2012.

PIROLO, S.M.; FERRAZ, C.A.; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008.

ROCHA, M.C.P.; DE MARTINO, M.M.F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

SANTOS, M.C.L.; BRAGA, V.A.B.; FERNANDES, A.F.C. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 16, n. 1, p. 101-105, 2008.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M.G.O. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: um ensaio com base em Martin Buber. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 544-548, 2008.

SCHLUTER, J.; SEATON, P.; CHABOYER, W. Understanding nursing scope of practice: A qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 48, n. 10, p. 1211-1222, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00207489/48/10>> . Acesso em: 18 outubro 2012.

SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S.; MARZIALE, M.H.P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 487-493, 2011.

SILVA, I.J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

\_\_\_\_\_. **Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada**. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, 2002.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

TOSCANO, S.E. **A grounded theory of female adolescents' dating experiences and factors influencing safety: the dynamics of the Circle**. Journal of translational medicine. BMC

Nursing. 2007. Disponível em:  
<<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/6/7>>. Acesso em: 04  
abril 2008.

UNIVERSIDADE FERAL DE SANTA CATARINA. Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem. **Instrução Normativa  
10/PEN/2011**. Disponível em:  
[http://www.pen.ufsc.br/files/2012/04/IN-10.2011\\_2.pdf](http://www.pen.ufsc.br/files/2012/04/IN-10.2011_2.pdf). Acesso  
em: 10 julho 2012.

WALDOW, V.R. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare  
Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 7-10, 1998.

\_\_\_\_\_. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed.  
Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto, 2001.

VAGHETTI, H.H. et al. Grupos sociais e o cuidado na trajetória  
humana. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 267-275,  
2007.

YAGIL, D. et al. Parents, spouses, and children of hospitalized  
patients: evaluation of nursing care. **Journal of Advanced  
Nursing**, v. 66, n. 8, p. 1793-801, 2010.

YAMAMOTO, D.M. et al. O processo de trabalho dos  
enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de  
instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto &  
Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.

YAÑEZ-GALLARDO, R.; VALENZUELA-SUAZO, S.  
Incidentes críticos de erosão da confiança na liderança de chefes  
de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.  
20, n. 1, p. 143-150, 2012.



**APÊNDICES**

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Maria Aparecida Baggio, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Significados das relações múltiplas de cuidado “do nós” experienciadas pelos profissionais de enfermagem**

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação.

Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio da permissão em ser observado pelo pesquisador em seu ambiente de trabalho no desempenho de suas atividades cotidianas e/ou por meio de concessão de entrevista a ser gravada em gravador digital de voz e/ou por meio de imagem (foto), resguardando a identidade do sujeito.

A pesquisadora, Maria Aparecida Baggio coloca-se disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 9117 4671, pelo e-mail: mariabaggio@yahoo.com.br ou pessoalmente. O material coletado durante a observação e entrevista poderá ser acessado sempre que desejar, mediante solicitação.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicarão nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e

equidade. A sua participação no estudo beneficiará a enfermagem e a sociedade com aperfeiçoados conhecimentos sobre o tema do estudo, o qual não envolve riscos.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Impressão datiloscópica do participante, se necessário:

Pesquisadora(s): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE II****RELATÓRIO TÉCNICO-CIENTÍFICO FINAL DO  
DOUTORADO SANDUÍCHE, REALIZADO NA ESCOLA  
SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA,  
PORTUGAL**

Doutoranda: Maria Aparecida Baggio

Orientador em Portugal: Prof. Dr. Manuel Alves Rodrigues

Orientadora no Brasil: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann

<b>DATA</b>	<b>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>
13.09.10	<p>Recepção pelo Prof. Dr. Manuel Alves Rodrigues, orientador do estágio de doutoramento sanduíche, na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).</p> <p>Realização de atividades e integração na UICISA-E, pólo A, da ESEnfC.</p> <p>Realização de inscrição no evento XI Seminário de ética, promovido pela Ordem dos Enfermeiros.</p>
14.09.10	<p>Realização de atividades e integração na UICISA-E, pólo A, da ESEnfC.</p> <p>Realização de inscrição no evento 1º Colóquio Envelhecimento Saúde e Cidadania, promovido pela ESEnfC.</p>
15.09.10	<p>Realização de atividades e integração na UICISA-E, pólo A, da ESEnfC.</p> <p>Realização de inscrição no evento Fórum Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100</p>

	anos, promovido pela ESEnfC.
16.09.10	<p>Realização de visita ao Pólo B, da ESEnfC, juntamente com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margarida Vieira, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), e sua aluna, Regina Ermel, também em doutoramento sanduíche na UCP, sob orientação da Professora Margarida Vieira.</p> <p>Orientação com Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margarida Vieira para condução de coleta dos dados – teses e dissertações de enfermagem por meio do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Participação de encontro de discussão dos projetos de doutoramento com doutorandas sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margarida Vieira, na ESEnfC, Pólo B. Duração: 3 horas.</p>
17.09.10	<p>Realização de atividades e integração na UICISA-E, pólo A, da ESEnfC.</p> <p>Realização de inscrição no evento Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido pela UCP, Campus de Sintra.</p>
20.09.10	<p>Realização de inscrição no III Simpósio Internacional de Enfermagem de Família, promovido pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).</p> <p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da</p>

	Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.
21.09.10	Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.
22.09.10	Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.
23.09.10	Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.
27.09.10	Participação na abertura do ano letivo de 2010/2011 na área da Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado e Doutoramento em Enfermagem - e ciclo de palestras, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), na cidade do Porto, juntamente com orientadora do Brasil, Prof <sup>a</sup> . Dr <sup>a</sup> . Alacoque Lorenzini Erdmann. Programa do dia:  09:00 – 12:30h Abertura solene do mestrado e doutoramento em ciências de enfermagem.

	14:00 – 15:00h Políticas de formação do mestre e doutor em enfermagem.
28.09.10	<p>Participação na abertura do ano letivo de 2010/2011 na área da Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado e Doutoramento em Enfermagem - e ciclo de palestras, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), na cidade do Porto, juntamente com orientadora do Brasil, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann. Programa do dia:</p> <p>09:00 – 10:30h Nursing Education at doctorate level in Europe.</p> <p>11:00 – 13:00h Reunião com estudantes.</p> <p>14:00 – 17:00h Reunião da Comissão de Aconselhamento.</p>
29.09.10	<p>Participação na abertura do ano letivo de 2010/2011 na área da Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado e Doutoramento em Enfermagem - e ciclo de palestras, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), na cidade do Porto, juntamente com orientadora do Brasil, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann. Programa do dia:</p> <p>10:00 – 12:00h Reunião orientadores.</p>
04.10.10	Participação e colaboração em aula do Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, disciplina de Metodologia de Investigação em Enfermagem Gerontológica. Disciplina coordenada pelo Prof. Dr. João Apóstolo. Duração: 4 horas.
05.10.10	Feriado Implantação da República
06.10.10	Elaboração do <i>abstract</i> intitulado “Reflexões acerca do perfil de atendimento na estratégia de saúde da

	<p>família em um município brasileiro” para submissão ao evento Fórum Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100 anos, promovido pela ESEnfC.</p>
07.10.10	<p>Elaboração do <i>abstract</i> intitulado “Internação do paciente em unidade de terapia intensiva: a visão da família” para submissão ao evento Fórum Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100 anos, promovido pela ESEnfC.</p>
08.10.10	<p>Realização de visita ao Pólo A, da ESEnfC, juntamente com Prof. Dr. Manuel Alves Rodrigues.</p> <p>Submissão dos <i>abstracts</i> intitulados “Reflexões acerca do perfil de atendimento na estratégia de saúde da família em um município brasileiro” e “Internação do paciente em unidade de terapia intensiva: a visão da família” ao Evento Fórum Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100 Anos, promovido pela ESEnfC.</p>
11.10.10	<p>Elaboração do <i>abstract</i> intitulado “Visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem” para submissão ao evento Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sob a práxis, promovido pela UCP, Campus de Sintra.</p> <p>Participação e colaboração em aula do Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, disciplina de Metodologia de Investigação em Enfermagem Gerontológica. Disciplina coordenada pelo Prof. Dr. João Apóstolo. Duração: 4 horas.</p>
12.10.10	<p>Elaboração do <i>abstract</i> intitulado “Incidência e características sociodemográficas de pacientes com coronariopatia e cuidado de enfermagem e de saúde” para submissão ao evento Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido</p>



	pela UCP, Campus de Sintra.
13.10.10	Elaboração do <i>abstract</i> intitulado “Dimensões de cuidado em uma emergência hospitalar” para submissão ao evento Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido pela UCP, Campus de Sintra.
14.10.10	<p>Elaboração do <i>abstract</i> intitulado “Teoria fundamentada nos dados: estudo bibliométrico de teses e dissertações da enfermagem brasileira” para submissão ao evento Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido pela UCP, Campus de Sintra.</p> <p>Submissão dos <i>abstracts</i> intitulados “Visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem”, “Incidência e características sociodemográficas de pacientes com coronariopatia e cuidado de enfermagem e de saúde”, “Dimensões de cuidado em uma emergência hospitalar” e “Teoria fundamentada nos dados: estudo bibliométrico de teses e dissertações da enfermagem brasileira” ao evento Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido pela UCP, Campus de Sintra.</p>
15.10.10	Elaboração do <i>abstract</i> intitulado “Pesquisa qualitativa sobre rotinas e rituais familiares: aplicação de técnicas metodológicas” para submissão ao evento III Simpósio Internacional de Enfermagem de Família, promovido pela ESEP.
15.10.10	Elaboração do <i>abstract</i> intitulado “A tecnologia da ajuda mútua junto a pessoas com doença de Parkinson e seus familiares: reflexões sobre o papel da enfermeira” para submissão ao evento III Simpósio Internacional de Enfermagem de Família,

	<p>promovido pela ESEP.</p> <p>Submissão dos <i>abstracts</i> intitulados “Pesquisa qualitativa sobre rotinas e rituais familiares: aplicação de técnicas metodológicas” e “A tecnologia da ajuda mútua junto a pessoas com doença de Parkinson e seus familiares: reflexões sobre o papel da enfermeira” ao evento III Simpósio Internacional de Enfermagem de Família, promovido pela ESEP.</p> <p>Participação no encontro para apresentação dos relatórios das pesquisas dos alunos bolsistas da UICISA-E, ESEnfC. Duração: 3 horas.</p>
16.10.10	<p>Realização de visita ao laboratório de simulação de urgências e emergências e de intensivismo, da ESEnfC, acompanhada pelo Prof. Dr. José Carlos Martins. Duração: 3 horas.</p>
18.10.10	<p>Participação e colaboração em aula do Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, disciplina de Metodologia de Investigação em Enfermagem Gerontológica. Disciplina coordenada pelo Prof. Dr. João Apóstolo. Duração: 4 horas.</p> <p>Realização de leitura crítica do artigo intitulado “Incidência e características sociodemográficas de pacientes com coronariopatia e o cuidado de enfermagem e de saúde” a ser submetido à publicação na Revista Referência Enfermagem e envio de sugestões às demais autoras para aperfeiçoamento do mesmo.</p> <p>Contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação stricto sensu em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para</p>

	pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i> .
19.10.10	<p>Participação na forma de comentadora de projetos no Seminário de Mestrados da ESEnC, uma organização da UICISA-E, ESEnC. Duração: 4 horas.</p> <p>Projetos comentados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efeitos da aplicação de um programa de reabilitação cognitiva em utentes com demência em fase aguda num hospital da região centro.</li> <li>- Percepção da doença, sentimentos e medos da pessoa com doença oncológica avançada progressiva.</li> <li>- A simulação de alta-fidelidade em enfermagem: a influência de um programa de formação no desenvolvimento de competência em emergência.</li> </ul>
20.10.10	<p>Visita aos Hospitais de Coimbra acompanhada pelo Prof. Me. Rui Batista, da ESEnC.</p> <p>Confecção e envio de artigo, de até 8 páginas, do trabalho intitulado “Pesquisa qualitativa sobre rotinas e rituais familiares: aplicação de técnicas metodológicas”, após aprovação do resumo, para publicação no <i>e-book</i> do III Simpósio Internacional de Enfermagem de Família, promovido pela ESEP.</p>
21.10.10	<p>Realização de inscrição no evento I Jornadas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovido pela ESEnC.</p> <p>Elaboração e submissão de <i>abstract</i> intitulado “Cateter central de inserção periférica: descrição do uso em UTI neonatal e pediátrica do Sul do Brasil” ao evento I Jornadas de Enfermagem de Saúde</p>

	<p>Infantil e Pediátrica, promovido pela ESEnfC.</p> <p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p>
25.10.10	<p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p> <p>Participação e Colaboração em aula do Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, disciplina de Metodologia de Investigação em Enfermagem Gerontológica. Disciplina coordenada</p>

	pelo Prof. Dr. João Apóstolo. Duração: 4 horas.
26.10.10	Confecção e envio de artigo, de até 8 páginas, do trabalho intitulado “A tecnologia da ajuda mútua junto a pessoas com doença de Parkinson e seus familiares: reflexões sobre o papel da enfermeira”, após aprovação do resumo para publicação no <i>e-book</i> do III Simpósio Internacional de Enfermagem de Família, promovido pela ESEP.
27.10.10	<p>Revisão do artigo intitulado “Incidência e características sociodemográficas de pacientes com coronariopatia e o cuidado de enfermagem e de saúde” a ser submetido à publicação na Revista Referência Enfermagem, após retorno das demais autoras com ajustes sugeridos.</p> <p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p>

28.10.10	<p>Participação do 1º Colóquio sobre envelhecimento, saúde e cidadania, na ESEnFC, pólo A. Duração: 8 horas. Certificado e Programa: Anexo1.<sup>a</sup></p> <p>Confecção dos slides das duas comunicações orais a serem apresentadas no Fórum Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100 anos, intituladas “Internação do paciente em unidade de terapia intensiva: a visão da família” e “Reflexões acerca do perfil de atendimento na estratégia de saúde da família em um município brasileiro”.</p>
29.10.10	<p>Participação do XI Seminário de ética, sob o tema “Responsabilidade para com a comunidade, em Aveiro, no Centro Cultural de Congressos. Evento promovido pela Ordem dos Enfermeiros. Duração: 7 horas. Certificado e Programa: Anexo 2.</p>
01.11.10	<p>Feriado Todos os Santos</p>
02.11.10 a 5.11.10	<p>Participação no Curso sobre Suporte Avançado de Vida em Pediatria, promovido pela ESEnFC, inserido no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O curso baseou-se nas <i>Guidelines</i> 2005 do European Resuscitation Council, com atualizações para o recém lançado <i>Guidelines</i> 2010 do European Resuscitation Council, conforme propriedades de conhecimentos adquiridos pelos docentes ministrantes do curso. Duração: 40 horas. Programa: Anexo 3.</p>
08.11.10	<p>Participação como ouvinte na aula sobre morte e morrer, ministrada pela doutoranda em visita técnica, Hilze Siqueira, da Universidade de São</p>

<sup>a</sup> Os anexos que dizem respeito a certificados, programas, declarações, etc., apresentados no relatório, não serão apresentados na tese.

	<p>Paulo, Ribeirão Preto. Duração: 3 horas</p> <p>Confecção dos slides das quatro comunicações orais a serem apresentadas no Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, da Universidade Católica Portuguesa – Campus Sintra, intituladas: “Visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem”, “Incidência e características sociodemográficas de pacientes com coronariopatia e cuidado de enfermagem e de saúde”, “Dimensões de cuidado em uma emergência hospitalar” e “Teoria fundamentada nos dados: estudo bibliométrico de teses e dissertações da enfermagem brasileira”.</p>
08.11.10	<p>Participação e colaboração em aula do Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, disciplina de Metodologia de Investigação em Enfermagem Gerontológica. Disciplina coordenada pelo Prof. Dr. João Apóstolo. Duração: 2 horas.</p> <p>Apresentação de aula sobre Teoria Fundamentada nos Dados ou <i>Grounded Theory</i> no mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, disciplina de metodologia de investigação em enfermagem gerontológica. Disciplina coordenada pelo Prof. Dr. João Apóstolo. Duração: 2 horas. Declaração: Anexo 4.</p>
09.11.10	<p>Revisão do artigo intitulado “Incidência e características sociodemográficas de pacientes com coronariopatia e o cuidado de enfermagem e de saúde” e adequação às normas da revista Referência Enfermagem, da UICISA-E, ESEnFC.</p>
10.11.10	<p>Submissão do artigo intitulado “Incidência e características sociodemográficas de pacientes com coronariopatia e o cuidado de enfermagem e de</p>

	<p>saúde” à revista Referência Enfermagem, da UICISA-E, ESEnfC.</p> <p>Participação na Conferência Inaugural <i>Evolution of nursing: Practice and research in our days/</i> Evolução da Enfermagem: Prática e pesquisa nos dias de hoje, proferida pela professora Patrícia O’ Brien D’ Antônio, no âmbito da semana de comemorações – Enfermagem: Nightingale aos dias de hoje – 100 anos, na ESEnfC. Duração: 2 horas. Certificado: Anexo 5.</p> <p>Confecção dos pôsteres a serem apresentados no III Simpósio Internacional Enfermagem de Família: redes de conhecimento em enfermagem de família, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, intituladas “Pesquisa qualitativa sobre rotinas e rituais familiares: aplicação de técnicas metodológicas” e “A tecnologia da ajuda mútua junto a pessoas com doença de Parkinson e seus familiares: reflexões sobre o papel da enfermeira”.</p>
11.11.10	<p>Participação no Fórum Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100 anos, promovido pela ESEnfC. Certificado e Cronograma: Anexo 6.</p> <p>Apresentação de duas Comunicações Orais no Fórum Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internação do paciente em unidade de terapia intensiva: a visão da família. Certificado: Anexo 7.</li> <li>- Reflexões acerca do perfil de atendimento na estratégia de saúde da família em um município brasileiro (trabalho premiado no evento). Certificado: Anexo 8.</li> </ul>
12.11.10	<p>Participação do Fórum Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100 anos, promovido pela</p>



	ESEnfC.
12.11.10	Participação no Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido pela Universidade Católica Portuguesa – Campus Sintra. Certificado e Cronograma: Anexo 9.
13.11.10	<p>Participação no Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido pela Universidade Católica Portuguesa – Campus Sintra.</p> <p>Apresentação de quatro comunicações orais no Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido pela Universidade Católica Portuguesa – Campus Sintra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem. Certificado: Anexo 10.</li> <li>- Incidência e características sociodemográficas de pacientes com coronariopatia e cuidado de enfermagem e de saúde. Certificado: Anexo 11.</li> <li>- Dimensões de cuidado em uma emergência hospitalar. Certificado: Anexo 12.</li> <li>- Teoria fundamentada nos dados: estudo bibliométrico de teses e dissertações da enfermagem brasileira. Certificado: Anexo 13.</li> </ul>
15.11.10	Confecção dos <i>slides</i> para a Sessão de Formação intitulada “ <i>Teoria fundamentada nos dados e o uso na investigação em enfermagem no Brasil</i> ” a ser ministrada para alunos e professores da ESEnfC e pesquisadores interessados.
16.11.10	Realização de Sessão de Formação intitulada “ <i>Teoria fundamentada nos dados e o uso na investigação em enfermagem no Brasil</i> ” para alunos

	<p>e professores da ESEnfC e pesquisadores interessados. Duração: 2 horas. Divulgação: Anexo 14.</p>
17.11.10	<p>Visita a Escola Rainha Santa de Coimbra, que abriga um dos projetos da ESEnfC, acompanhada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Irma Brito, coordenadora do projeto que relaciona a escola de ensino fundamental e médio Rainha Santa e Escola Superior de Enfermagem de Enfermagem, ambas de Coimbra.</p> <p>Visita ao Centro de Saúde de Eiras, de Coimbra, acompanhada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Irma Brito.</p>
18.11.10	<p>Realização de visita à UCP do Porto, acompanhada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margarida Vieira.</p> <p>Realização de coleta de dados – teses e dissertações, na UCP do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem portuguesa. Contato com bibliotecárias, professores e outros profissionais da UCP para otimizar os recursos de busca dos dados.</p>
19.11.10	<p>Realização de visita à ESE do Porto acompanhada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Manuela Martins.</p> <p>Realização de coleta de dados – teses e dissertações, na biblioteca do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem portuguesa. Contato com bibliotecária responsável pela biblioteca do ICBAS para otimizar os recursos de busca dos dados.</p>
20.11.10	<p>Participação no III Simpósio Internacional Enfermagem de Família: redes de conhecimento em enfermagem de família, na ESEP. Certificado e</p>

	<p>Cronograma: Anexo 15.</p> <p>Apresentação dos pôsteres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa qualitativa sobre rotinas e rituais familiares: aplicação de técnicas metodológicas. Certificado: Anexo: 16.</li> <li>- A tecnologia da ajuda mútua junto a pessoas com doença de Parkinson e seus familiares: reflexões sobre o papel da enfermeira. Certificado: Anexo: 17.</li> </ul>
22.11.10	<p>Participação no Seminário de Doutorandos, promovido pela UICISA-E, ESEnfC.</p> <p>Apresentação do Projeto de Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), intitulado “Significados das relações múltiplas de cuidado “do nós” experienciadas pelos profissionais de enfermagem e de saúde”, no seminário de doutorandos. Coordenador do seminário Prof. Dr. Paulo Queiros.</p>
23.11.10	<p>Revisão para parecer do artigo intitulado “Relactação: possibilidades de sucesso” para a revista referência enfermagem, da UICISA-E, ESEnfC.</p> <p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de</p>

	<p>dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p>
24.11.10	<p>Revisão para parecer do artigo intitulado “Relactação: possibilidades de sucesso” para a revista Referência enfermagem, da UICISA-E, ESEnfC.</p> <p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p>
25.11.10	<p>Revisão para parecer do artigo intitulado “Relactação: possibilidades de sucesso” para a revista Referência enfermagem, da UICISA-E, ESEnfC.</p> <p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de</p>

	telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i> .
01.11.10	Feriado Restauração da Independência
02 a 03.12.10	<p>Realização de entrega do parecer do artigo intitulado “Relactação: possibilidades de sucesso” para a revista referência enfermagem, da UICISA-E, ESEnfC.</p> <p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p>
06.12.10	Preparação dos slides da aula sobre Teoria Fundamentada nos Dados ou <i>Grounded Theory</i> a ser ministrada no Mestrado em Enfermagem Comunitária, disciplina de Saúde Escolar. Disciplina coordenada pela Prof <sup>a</sup> . Dr <sup>a</sup> . Irma Brito.
07.12.10	Apresentação de aula sobre Teoria Fundamentada nos Dados ou <i>Grounded Theory</i> no Mestrado em

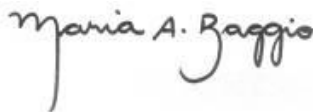
	<p>Enfermagem Comunitária, disciplina de Saúde Escolar. Disciplina coordenada pela Professora Irma Brito. Duração: 2h e 30min. Declaração: Anexo 4.</p> <p>Confecção dos <i>slides</i> da comunicação oral a ser apresentada no evento I Jornadas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, promovido pela ESEnfC, intitulada “Cateter central de inserção periférica: descrição do uso em UTI neonatal e pediátrica do Sul do Brasil”.</p>
08.12.10	Feriado Imaculada Conceição
09.12.10	<p>Participação na I Jornadas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovida pela ESEnfC. Certificado e Programa: Anexo 18.</p> <p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p>
10.12.10	<p>Participação na I Jornadas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovida pela ESEnfC.</p> <p>Apresentação de trabalho na forma de comunicação oral na I Jornadas de Enfermagem de Saúde Infantil</p>

	<p>e Pediátrica, promovida pela ESEnfC:</p> <p>“Cateter central de inserção periférica: descrição do uso em UTI neonatal e pediátrica do sul do Brasil” na I Jornadas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na ESEnfC. Certificado: Anexo 19.</p> <p>Apresentação de aula sobre “<i>Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory</i>” no Mestrado em Enfermagem, área de especialização Gestão da Unidade de Cuidados e área de especialização em Supervisão Clínica. Disciplina comum: Questões de Metodologia de Investigação. Disciplina coordenada pelo Prof. Dr. Paulo Queiros. Duração: 2 horas. Declaração: Anexo 4.</p> <p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p>
11.12.10	<p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica</p>

	<p>das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p>
12.12.10	<p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i>.</p>
13.12.10	<p>Realização de coleta de dados - teses e dissertações, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa, no Repositório Científico da Universidade de Lisboa e no Repositório Aberto da Universidade do Porto, para pesquisa bibliométrica das teses e dissertações da enfermagem Portuguesa.</p> <p>Realização de contato por meio de <i>e-mail</i> e de telefone com professores, bibliotecários e coordenadores de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> em enfermagem para objetivação da coleta de</p>



	dados das teses e dissertações da enfermagem portuguesa, para pesquisa bibliométrica, dadas as dificuldades encontradas nas buscas <i>on line</i> .
14.12.10	Apresentação de aula sobre “ <i>Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory</i> ” no Programa de Doutorado em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Unidade Curricular “Saúde e Desenvolvimento” curso “Research on Social Dreas”, tema Teoria Fundamentada. Declaração: Anexo 20.
15.12.10	Retorno ao Brasil.



**Maria Aparecida Baggio**

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

## ANEXO

### Registro de Imagens

**16/09/10** Realização de visita ao Pólo B, da ESEnfC, juntamente com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarida Vieira, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), e sua aluna, Regina Ermel, também em doutoramento sanduíche na UCP, sob orientação da Professora Margarida Vieira; e Participação de encontro de discussão dos projetos de doutoramento com doutorandas sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarida Vieira, na ESEnfC, Pólo B. Duração: 3 horas.



**27 a 29/09/10** Participação na abertura do ano letivo de 2010/2011 na área da Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado e Doutoramento em Enfermagem - e ciclo de palestras, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), na cidade do Porto, juntamente com orientadora do Brasil, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann.



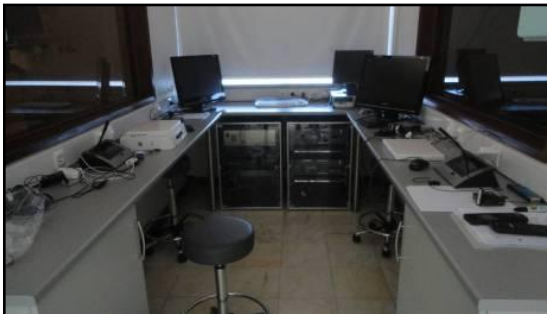
**15/10/10** Participação no encontro para apresentação dos relatórios das pesquisas dos alunos bolsistas da UICISA-E, ESEnfC. Duração: 3horas.



**15/10/10** Visita da Presidente da ALADEFE, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Antonieta Rubio Tyrrell da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, acompanhada pela Presidente e pelo Vice-presidente da ESEnC, Prof<sup>a</sup> Maria Conceição Bento e Prof. Fernando Manuel Dias Henriques.



**16/10/10** Realização de visita ao laboratório de simulação de urgências e emergências e de intensivismo, da ESEnfC, acompanhada pelo Prof. Dr. José Carlos Martins. Duração: 3 horas.



**18/10/10** Participação na forma de comentadora de 3 projetos no Seminário de Mestrados da ESEnfC, uma organização da UICISA-E, ESEnfC. Duração: 4 horas.





28/10/10 Participação do 1º Colóquio sobre envelhecimento, saúde e cidadania, na ESEnfC, pólo A. Duração: 8 horas.





**29/10/10** Participação do XI Seminário de ética, sob o tema “Responsabilidade para com a comunidade, em Aveiro, no Centro Cultural de Congressos. Evento promovido pela Ordem dos Enfermeiros. Duração: 7 horas.



**02 a 05/11/10** Participação no Curso sobre Suporte Avançado de Vida em Pediatria, promovido pela ESEnfC, inserido no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O curso baseou-se nas Guidelines 2005 do European Resuscitation Council, com atualizações para o recém lançado Guidelines 2010 do European Resuscitation Council, conforme propriedades de conhecimentos adquiridos pelos docentes ministrantes do curso. Duração: 40 horas.



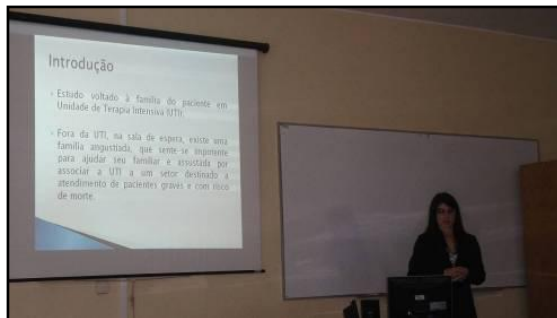
**10/11/10** Participação na Conferência Inaugural *Evolution of nursing: Practice and research in our days/* Evolução da Enfermagem: Prática e pesquisa nos dias de hoje, proferida pela professora 243atrícia O' Brien D' Antônio, no âmbito da semana de comemorações – Enfermagem: Nightingale aos dias de hoje – 100 anos, na ESEnfC. Duração: 2 horas.



**11/11/10** Participação no Fórum Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100 anos, promovido pela ESEnfC.

Apresentação de duas Comunicações Orais:

- Internação do paciente em unidade de terapia intensiva: a visão da família.
- Reflexões acerca do perfil de atendimento na estratégia de saúde da família em um município brasileiro (trabalho premiado no evento).



**12/11/10** Participação no Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido pela Universidade Católica Portuguesa – Campus Sintra. Apresentação de quatro comunicações orais no Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis, promovido pela Universidade Católica Portuguesa – Campus Sintra:

- Visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem.
- Incidência e características sociodemográficas de pacientes com coronariopatia e cuidado de enfermagem e de saúde.
- Dimensões de cuidado em uma emergência hospitalar.
- Teoria fundamentada nos dados: estudo bibliométrico de teses e dissertações da enfermagem brasileira.



**16/11/10** Realização de Sessão de Formação intitulada “*Teoria fundamentada nos dados e o uso na investigação em enfermagem no Brasil*” para alunos e professores da ESEnfC e pesquisadores interessados. Duração: 2 horas.



**17/11/10** Visita a Escola Rainha Santa de Coimbra, que abriga um dos projetos da ESEnfC, acompanhada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Irma Brito, coordenadora do projeto que relaciona a escola de ensino fundamental e médio Rainha Santa e Escola Superior de Enfermagem de Enfermagem, ambas de Coimbra. Visita ao Centro de Saúde de Eiras, de Coimbra, acompanhada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Irma Brito.



**19/11/10** Realização de visita à ESE do Porto acompanhada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Manuela Martins.





**20/11/10** Participação no III Simpósio Internacional Enfermagem de Família: redes de conhecimento em enfermagem de família, na ESEP.

Apresentação dos pôsteres:

- Pesquisa qualitativa sobre rotinas e rituais familiares: aplicação de técnicas metodológicas.
- A tecnologia da ajuda mútua junto a pessoas com doença de Parkinson e seus familiares: reflexões sobre o papel da enfermeira.





**22/11/10** Participação no Seminário de Doutorandos, promovido pela UICISA-E, ESEnfC. Apresentação do Projeto de Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), intitulado “Significados das relações múltiplas de cuidado “do nós” experienciadas pelos profissionais de enfermagem e de saúde”, no seminário de doutorandos. Coordenador do seminário Prof. Dr. Paulo Queiros.



**09 e 10/12/10** Participação na I Jornadas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovida pela ESEnC.

Apresentação de trabalho na forma de comunicação oral na I Jornadas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovida pela ESEnC:

“Cateter central de inserção periférica: descrição do uso em UTI neonatal e pediátrica do Sul do Brasil” na I Jornadas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na ESEnC.



Prof. Dr. Manuel Alves Rodrigues, orientador no exterior, da  
ESEnfC



Colegas e funcionários da Unidade de Investigação, da ESEnfC



**APÊNDICE III**

Artigo confeccionado no período do doutorado sanduíche, em Coimbra, Portugal – Publicado na revista de Enfermagem Referência, da Unidade de Investigação, da Escola Superior de Coimbra, campo de estágio do doutorado sanduíche.

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO (UICISA-E)

## Teoria fundamentada nos dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil

Theory based on the data or *Grounded Theory* and its use in nursing research in Brazil  
Teoría fundamentada en los datos o *Grounded Theory* y el uso en la investigación en enfermería en Brasil

Maria Aparecida Baggio\*; Alacoque Lorenzini Erdmann\*\*

### Resumo

O texto descreve a Teoria Fundamentada nos Dados ou *Grounded Theory* com a finalidade de servir como ferramenta de apoio didático, a que desenvolve este tipo de desenho de investigação. Este texto resultou da apresentação de uma sessão de formação intitulada: Teoria fundamentada nos dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil, decorrida no âmbito do "Doutorado Sanduíche" que a autora realizou na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

### Abstract

The text describes a Theory Based on the Data or *Grounded Theory* with the objective of serving as a teaching support tool for this type of research design. This paper results from a presentation at a training session carried out by the author during her "Doutorado Sanduíche" at the Nursing School of Coimbra entitled: Theory Based on the Data or *Grounded Theory* and its use in nursing research in Brazil.

### Resumen

El texto describe la Teoría Fundamentada en los Datos o *Grounded Theory* con la finalidad de servir como herramienta de apoyo didáctico, que desarrolle este tipo de diseño de investigación. Este texto es el resultado de la presentación de una sesión de formación realizada por la autora en el contexto de su "Doutorado Sanduíche" convocado por la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra, intitulada: Teoría fundamentada en los datos o *Grounded Theory* y el uso en la investigación en enfermería en Brasil.

\* Enfermeira, Especialista em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Bolsista do CNPq, Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gestão do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEAGES) na UFSC. E-mail: [mabiaggio@yahoo.com.br].

\*\* Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem, Professora Titular da UFSC/Brasil – Coordenadora do GEAGES, Pesquisadora IA CNPq.

## Introdução

Para atender a um problema de pesquisa é fundamental a escolha de um método de investigação que norteie o pesquisador no estudo do fenômeno a ser investigado. Muitas abordagens metodológicas estão disponíveis e variam em suas dimensões. Contudo, de acordo com a questão de pesquisa e o objetivo do estudo, se faz necessária uma escolha criteriosa e relevante quanto à metodologia a ser adotada. A escolha do método adequado propiciará qualidade, credibilidade, confiabilidade e adequabilidade dos resultados.

A escolha ou desenvolvimento de um método, pelo investigador, é uma das tarefas mais desafiadoras na construção de seu estudo (Flick, 2004). Dentre os métodos de pesquisa qualitativa existentes, serão apresentados alguns aspectos conceituais do método *Grounded Theory* (GT), traduzido para o português como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), originalmente desenvolvido pelos sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss, apresentado originalmente na obra *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, em 1967, oferecendo informações acerca do processo de coleta e análise dos dados.

O objetivo, aqui, é apresentar alguns dos principais aspectos conceituais do método Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* (GT) e a sua utilização em estudos de enfermagem brasileira.

## Desenvolvimento

A TFD busca compreender a forma como os seres sociais vivem suas experiências, extraíndo os significados, o que sentem, pensam e como interagem esses seres, considerando a atenção na dimensão humana e nos aspectos sociais relacionados, nos contextos mais variados, por meio de um conjunto de procedimentos e técnicas de coleta e análise de dados sistematizados. O método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e consiste numa forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos. O resultado deste processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos,

sobretudo àquelas relativas a fenômenos específicos (Strauss, Corbin, 2002, 2008).

Existem dois tipos de teorias, as formais e as substantivas. As formais consistem num modo interrogativo para exploração de um processo, são abrangentes e compostas, aplicam-se a um âmbito mais amplo de preocupações e problemas disciplinares, emergem do estudo do fenômeno, examinado sob diferentes tipos de situações; e as substantivas, mais simples, são desenvolvidas dentro de investigação sociológica substantiva ou empírica com significados do cotidiano. A TFD se enquadra no segundo tipo de teoria, as substantivas, tendo o conhecimento construído de interações sociais, de informações e compreensão das ações humanas. A construção da teoria substantiva ocorre quando os conceitos derivados dos dados formam um esquema explicativo, com categorias bem desenvolvidas, sistematicamente integradas por meio de declarações de relações, formando uma estrutura teórica que explique os fenômenos, sejam eles sociais, psicológicos, educacionais, de enfermagem ou outros (Glaser, Strauss, 1967; Strauss, Corbin, 2002, 2008).

A linha metodológica da TFD tem suas raízes no Intencionismo Simbólico, visto que um de seus autores, Anselm Strauss, realizou sua formação na Universidade de Chicago, escola com forte tradição em pesquisa qualitativa em ciências sociais (Strauss, Corbin, 2008). Strauss acrescentou à TFD o interesse pelos significados dos processos sociais subjetivos, baseados no uso da linguagem, emergentes da ação. Já Glaser, a partir de sua formação na Universidade de Colúmbia, imprimiu ao método o processo de codificação, especialmente realização de comparações entre os dados, assim como na pesquisa quantitativa (Charmaz, 2009).

É oportuno apontar que dada à influência do Intencionismo Simbólico na construção da TFD, é comum no universo acadêmico a utilização dos princípios do Intencionismo Simbólico em estudos cujo método trata a TFD. Todavia, Glaser (2005), aponta que para a construção de um referencial teórico-metodológico não é necessária a vinculação entre os mesmos, já que a TFD não depende de nenhum marco teórico ou escola de pensamento para legitimar uma teoria.

Desde a apresentação clássica da TFD por Glaser e Strauss, em 1967, os autores apresentaram à

comunidade científica inovações e divergências, as quais promoveram novos direcionamentos e procedimentos de análise, bem como novos autores/escritores integrantes à suas obras independentes. Isso constitui o movimento e o avanço teórico-metodológico do método, seu aperfeiçoamento. Além dos autores clássicos, outros estudiosos, não menos importantes, passaram a estudar e desenvolver o método, agregando novos adeptos.

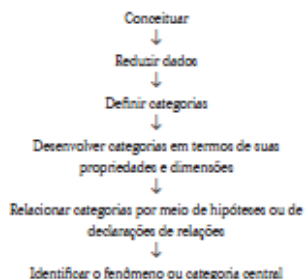
Considerando que o objeto de estudo sustenta-se nas vivências ou experiências de sujeitos em determinados processos relacionais e interacionais, hoje se busca em outros referenciais teóricos a compreensão desses movimentos, extrapolando as noções sustentadas pelo Intencionismo Simbólico. Assim, vem sendo significativo o uso do Paradigma ou Referencial da Complexidade, que permite apreender os múltiplos movimentos de interação e associação na realidade plural e complexa.

#### O processo da teoria fundamentada nos dados

A TFD propõe a construção de teoria derivada dos dados sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa e requer estreita interação entre o investigador e os dados. O método exige o exercício do pensamento criativo no processo de teorização, devendo o investigador ter a capacidade de retroceder e analisar situações de forma crítica e reflexiva; ter sensibilidade às palavras, às ações dos informantes e perceber as tendências que os dados apontam; ter sensibilidade aguçada para elaborar perguntas pertinentes e estimulantes aos participantes; ter capacidade de pensar o abstrato, de reconhecer/perceber além do óbvio; ser flexível e aberto a críticas, além de ter capacidade de interpretar os dados indutiva e dedutivamente, nomear categorias adequadamente, realizar comparações entre as diversas categorias e criar um esquema analítico interpretativo inovador (Straus, Corbin, 2002, 2008; Charmaz, 2009).

A utilização da TFD como método é considerado adequado quando existe a pretensão de compreender a realidade, as atitudes dos seres humanos, os significados atribuídos às situações, interações e experiências de suas vidas nos aspectos subjetivos do seu cotidiano.

Conforme Straus e Corbin (2008), o processo da TFD, envolve, basicamente:



Como se vê no diagrama apresentado anteriormente, o processo de pesquisa da TFD envolve conceituar e reduzir dados, elaborar categorias em termos de suas propriedades e dimensões e relacionar as categorias por meio de hipóteses ou de declarações de relações, utilizando-se para isso os processos de codificação aberta, axial e seletiva (Straus, Corbin, 2008).

Inicialmente, o fenômeno a ser estudado é indicado pela questão de pesquisa, devendo o pesquisador estruturar a questão de pesquisa de forma a garantir a flexibilidade e liberdade para explorar um fenômeno em profundidade. Straus e Corbin (1990) apontam que a questão de pesquisa deve ser determinada antes de iniciar a pesquisa. Em contraponto, para Glaser (1978), o problema pode ser formulado ao longo do processo de pesquisa e outras novas questões poderão emergir da percepção do pesquisador após o início da coleta dos dados em campo.

Quanto à pergunta de pesquisa, inicialmente a mesma deve ser aberta e ampla, e com o desenvolvimento da pesquisa, com o avançar do entendimento acerca do(s) fenômeno(s) em questão, as perguntas tornam-se mais específicas e refinadas (Straus, Corbin, 2008). A revisão de literatura não é imperativa no início do processo investigativo, na elaboração do projeto de pesquisa, sendo principalmente coadjuvante durante coleta e análise dos dados, na condução da busca de informações na literatura. Porém, é limitada para não influenciar/ desviar a percepção do pesquisador na descoberta dos fenômenos emergentes dos dados (Straus, Corbin, 2008; Charmaz, 2009).

A TFD trabalha com amostragem teórica, cujo objetivo é maximizar as oportunidades de obtenção de dados para auxiliar na explicação das categorias, em termos de suas propriedades e dimensões, visando o desenvolvimento conceitual e teórico. A amostragem teórica é conduzida pela análise dos dados, orientando o investigador para onde ir, condicionando-o na exploração de fatos, incidentes ou acontecimentos, visando reunir dados pertinentes para elaborar e refinar as categorias (Strauss, Corbin, 2008; Charmaz, 2009; Dantas, 2009). A amostragem se desenvolve durante o processo de pesquisa, não sendo determinada previamente à investigação. Assim, é a análise dos dados que determina o tamanho da amostra. A amostra do estudo é constituída por grupos amostrais. O conhecimento prévio do problema de pesquisa permite determinar

os participantes dos grupos amostrais. O primeiro grupo amostral se define no percurso do processo de entrevistar e analisar até emergir as hipóteses. O grupo amostral deve ser representativo e relevante quanto ao propósito de investigação, sendo ajustado pelo investigador ao longo do estudo com base nas hipóteses levantadas e necessidades de investigação do fenômeno, ou seja, novos grupos são definidos e incorporados ao processo, mantendo-se o comportamento ético em pesquisa. (Strauss, Corbin, 1990, 2002, 2008).

Os dados coletados e as análises sucessivas nortearão tanto o quantitativo de participantes em cada grupo amostral como a inclusão de novos grupos para compor a pesquisa. A análise guia a coleta dos dados, determinando quais serão os próximos grupos amostrais. Ex:



A pesquisa pode se desenvolver em mais de um campo de coleta de dados, cuja análise dos dados, num processo anterior, aponta para isso. Assim, novos grupos amostrais podem ser buscados em campos de coleta de dados distintos, bem como o instrumento de coleta de dados pode sofrer mudança no foco das questões da realidade a ser investigada, a fim de buscar a compreensão do objeto investigado (Dantas, 2009).

A TFD, enquanto método qualitativo de análise dos dados possui proximidades quanto aos tipos de registros a serem utilizados na coleta dos dados em outros métodos qualitativos. Na busca dos dados, múltiplas técnicas analíticas podem ser adotadas pelo pesquisador, tais como, entrevistas e observações de campo, diários de campo, fitas audiogravadas, vídeos, consultas a materiais e documentos diversos como periódicos, memorandos, manuais, etc. que podem ser analisados, examinados, interpretados minuciosos e cuidadosamente para a compreensão de um significado. Assim, podem ser combinados diversos métodos de coleta e fontes de dados, incluindo interação entre métodos quantitativos e qualitativos. Essa combinação pode ser feita por

razões suplementares, complementares, informativas, de desenvolvimento e outras, durante todas as fases do processo de investigação (Strauss, Corbin, 2008; Fernandes, Maia, 2011; Bianchi, Ilieida, 2011).

Com o objetivo de enriquecer e ampliar os significados em torno do fenômeno é fundamental, de acordo com Glaser e Strauss (1967), que a coleta de dados seja realizada em situações e com sujeitos com características e práticas diferenciadas a fim de possibilitar a análise e interpretação sistemática comparativa dos dados.

No processo da coleta e da análise dos dados as hipóteses são descobertas por meio de indução, cuja dedução ocorre quando o pesquisador apreende as implicações derivadas das hipóteses, as quais são comparadas e verificadas constantemente, ao longo do processo de pesquisa, pelo procedimento de análise comparativa. As hipóteses são criadas no transcorrer da coleta e da análise dos dados, não antes, sendo são provisórias até serem comparadas com novos dados de entrevistas e observações, confirmadas, estendidas, modificadas ou desconstruídas. A figura a seguir representa um diagrama explicativo.





À coleta e a análise ocorrem em seqüências alternativas. A coleta começa com a primeira entrevista e observação, cuja análise conduz à próxima entrevista ou observação. São os dados analisados que guiarão à coleta de dados, num processo de fluxo livre e orientado, no qual os investigadores se movem rapidamente para frente para trás entre os tipos de codificação, denominados: codificação aberta, axial e seletiva (Strauss, Corbin, 2008). Na codificação aberta, primeira etapa da análise, o pesquisador realiza um exame minucioso dos dados

brutos (microanálise) para identificar os códigos preliminares (códigos substantivos) que determinarão as categorias em suas propriedades e dimensões (subcategorias) (Strauss, Corbin, 2008). Nesta etapa de codificação o examinador realiza uma leitura atenta e, a partir das palavras, frases ou parágrafos, reflete, compara e conceitualiza cada fragmento da entrevista, atribuindo palavras/ expressões, formando os códigos preliminares (Dantas, 2009). Vê-se esta etapa de codificação no quadro apresentado a seguir:

QUADRO 1 – Codificação aberta. Fonte: Mello (2005).

Nome do entrevistado: Grupo amostral: Data da entrevista:		
DADOS BRUTOS DA ENTREVISTA	CÓDIGOS SUBSTANTIVOS	COMPONENTES
<p>F: No seu entendimento, qual o significado do cuidado à saúde bucal? O que ele abrange?</p> <p>E: Eu acho que engloba muita coisa. Por que você cuidar da saúde bucal de um paciente, primeiro você vai ter que trabalhar a cultura dele. Como a gente conversou aquele dia. Principalmente o idoso. O idoso geralmente não tem o hábito de realizar a higiene oral. Ou se realiza, só realiza na hora que vai dormir e aquela direcionada ao dente. Não é direcionada à higiene da boca como um todo. Então ele só vê o dente. Muitos desses pacientes eles já não têm mais os dentes. Então ele acha que não tem a necessidade de estar fazendo essa higiene da gengiva, das bochechas, da língua.</p>	<p>-Reconhecendo que o cuidado à saúde bucal engloba vários aspectos.</p> <p>-Cuidando da saúde bucal de um paciente.</p> <p>-Trabalhando a cultura do paciente para cuidar da saúde bucal.</p> <p>-Constatando que o idoso não tem o hábito de realizar a higiene bucal.</p> <p>-Constatando que, se o idoso realiza a higiene bucal, é antes de dormir.</p> <p>-Constatando que a higiene do idoso é direcionada ao dente.</p> <p>-Constatando que a higiene bucal do idoso não é direcionada à higiene da boca como um todo.</p> <p>-Percebendo as condições de saúde bucal dos idosos.</p> <p>-Percebendo que muitos idosos já não possuem dentes.</p> <p>-Constatando que muitos idosos não sentem a necessidade de fazer a higiene da gengiva, língua e bochechas por não terem mais dentes.</p>	Propriedades e dimensões

Conforme Glaser (1978), a codificação com utilização do gerúndio facilita o entendimento de processo, de seqüência, de ação, que a teoria fundamentada nos dados, como processo social representa.

Na codificação axial, segunda etapa de análise, o pesquisador relaciona as categorias às suas subcategorias, sendo denominada axial porque ocorre ao redor de um eixo, integrando as categorias quanto

às suas propriedades e dimensões e formulando explicações precisas e completas sobre os fenômenos em suas propriedades e dimensões (formando categorias densas, bem desenvolvidas e relacionadas). No que concerne ao fenômeno, o uso de questões como ocorre, quando ocorre, onde ocorre, por quem ocorre, quem provoca, quais as consequências, etc. auxiliam o pesquisador na explicação do fenômeno, identificando suas propriedades (as características

genéricas ou específicas de uma categoria, que define e dá significado) e dimensões (localização de uma propriedade), que determinam as categorias. Ao possibilitar a explicação dos fenômenos, o uso de questões ajuda o pesquisador a pensar sobre o(s) próximo(s) grupos amostrais ou que perguntas adicionais ou observações fazer (Strauss, Corbin, 2008). No quadro a seguir exemplifica-se esta etapa de codificação.

QUADRO 2 – Codificação axial. Fonte: Mello (2005).

Nome do entrevistado: Grupo amostral: Data da entrevista:		
CÓDIGOS SUBSTANTIVOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
-Reconhecendo que o cuidado à saúde bucal engloba vários aspectos. -Cuidando da saúde bucal de um paciente. -Trabalhando a cultura do paciente para cuidar da saúde bucal. -Constatando que o idoso não tem o hábito de realizar a higiene bucal. -Constatando que, se o idoso realiza a higiene bucal, é antes de dormir. -Constatando que a higiene do idoso é direcionada ao dente. -Constatando que a higiene bucal do idoso não é direcionada à higiene da boca como um todo. -Percebendo as condições de saúde bucal dos idosos. -Percebendo que muitos idosos já não possuem dentes. -Constatando que muitos idosos não sentem a necessidade de fazer a higiene da gengiva, língua e bochechas por não terem mais dentes.	1. Reconhecendo a amplitude do conceito de saúde bucal. 2. Contrastando a doença e a saúde bucal. 3. Atribuindo valor à saúde bucal. 4. Exercendo/demonstrando potencialidades com a saúde bucal. 5. Percebendo/observando a saúde bucal do outro. 6. Associando saúde bucal às estruturas bucais. 7. Percebendo a sua saúde bucal. 8. Integrando a saúde bucal na saúde.	ATRIBUINDO SIGNIFICADO À SAÚDE BUCAL

As categorias já construídas são comparadas, relacionadas e interconectadas conforme o modelo paradigmático. Um esquema, uma perspectiva que organiza e explicita as conexões emergentes, que ajuda o pesquisador a pensar sobre os dados sistematicamente, relacionando-os de forma a integrar estrutura e processo, estabelecendo relação entre as categorias ao envolver, respectivamente, fenômeno, contexto, condição, condições causais e intervenientes, estratégias de ação/ interação e consequências (Dantas, 2009; Strauss, Corbin, 2002, 2008). Assim, na análise da ação e processo use-se algumas questões que definem as ações e as compreensões dos sujeitos no contexto estudado (Charmaz, 2009), cujas conexões permitem atingir a codificação seletiva, terceira parte da análise, que originará a categoria ou idéia central do estudo.

Fenômeno: É a idéia ou acontecimento central sobre um conjunto de ações ou interações conduzido pelas pessoas. Responde à pergunta: *O que está acontecendo aqui?* Na codificação, categorias representam fenômenos. Contexto: Representa o conjunto específico de condições no qual as estratégias de ação/ interação são tomadas. Onde acontece o fenômeno.

Condição: É o conjunto de fatos ou acontecimentos que criam situações, questões e problemas pertencentes a um fenômeno.

Condição causal: É o conjunto de eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento de um fenômeno. São circunstâncias ou situações nas quais o fenômeno está incorporado. Respondem às perguntas: *Por quê? Onde? De que forma?* De uma forma mais simples são situações que influenciam o fenômeno.

**Condições intervenientes:** São condições estruturais que alteram o impacto das condições causais no fenómeno, podem facilitar, dificultar ou restringir as estratégias. Essas condições podem ser: tempo, espaço, cultura, situação económica, carreira, história e outras.

**Estratégias:** São atos/estratégias praticados para resolver um problema. Responde às perguntas: *Quem? Como? Quais estratégias?*

**Consequências:** São os resultados das ações. Delinea consequências e esplos como elas alteram o fenómeno. Responde à questão: *O que acontece como resultado dessas ações?*

A seguir, figura organizativa do modelo paradigmático, segundo Souza (2008).

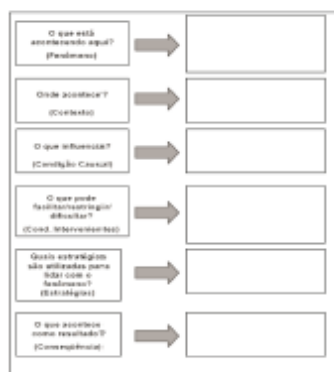


FIGURA 1 – Modelo paradigmático. Fonte: Souza (2008).

Na codificação seletiva o pesquisador percebe o surgimento de uma possível categoria central. Nessa fase do processo busca-se selecionar, a partir das categorias e relações sistemáticas das mesmas, o tema central do estudo, e limita-se a codificação de eventos significativos à categoria central. Nessa etapa chega-se ao grau mais elevado de abstração dos dados, cujas categorias são integradas e refinadas para formar um esquema teórico explicativo maior, cujos resultados assumem a forma de teoria substantiva, modelo conceitual explicativo ou matriz teórica. Matriz teórica é especialmente utilizada quando os processos intencionais são analisados pelo olhar do pensamento complexo ou paradigma da complexidade.

Os memorandos e os diagramas são ferramentas analíticas importantes, que auxiliam o investigador a distanciar-se dos dados brutos, elevando o nível de abstração das ideias, direcionando a codificação, possibilitando visualizar modos de conceitualização (Strauss, Corbin, 2008).

Os memorandos ou memos são registros informais de análise escritos pelo investigador que podem variar em tipo e formato. A função usual do memorando é atuar como lembrete ou fonte de informação. Seu conteúdo apresenta os produtos da análise, fornecendo direções para o analista. Poucas ideias ou frases produtivas são suficientes. Os memorandos usualmente apresentam respostas às perguntas o que, quando, onde, com quem, como e com que consequências. Devem ser datados e de fácil localização. Os diagramas são mecanismos visuais que mostram as relações entre os conceitos, retratam a integração entre uma categoria e suas subcategorias ou entre diversas categorias e se tornam mais complexos com o tempo. Começam a tomar forma na codificação axial, e na codificação seletiva denotam os passos finais da análise (Strauss, Corbin, 2008).

A coleta de dados é efetuada até ocorrer saturação teórica, não sendo preciso definir quantitativamente os sujeitos participantes, sendo este delimitado pela

amostragem e saturação teóricas, que ocorre quando análises adicionais não despertam novos insights teóricos, não apontem algo novo sobre uma categoria ou o novo que surge não contribui para a explicação do fenômeno naquele momento (Charmaz, 2009; Strauss, Corbin, 2008).

A validação é um critério imprescindível para consolidar a pesquisa e imprimir rigor científico. Após o desenvolvimento do modelo, deve-se proceder à validação das categorias e suas relações entre elas e delas com o tema central do estudo. Para este momento, submete-se o modelo construído, apresentando as categorias formuladas, até chegar ao tema central. Pode-se apresentar a teoria substantiva/ modelo conceitual explicativo/ matriz teórica ao grupo ou parte do grupo de participantes, bem como para experts do método, para validação teórico-metodológica. Em suma, conforme Strauss e Corbin (2008), o propósito não é testar, como na pesquisa quantitativa, mas sim comparar conceitos e suas relações com os dados e determinar se estão apropriados à investigação realizada.

Atualmente diversos softwares estão disponíveis no mercado, sendo utilizados pelos investigadores para ajudar no ordenamento, estruturação, recuperação e visualização dos dados. Todavia, convém salientar que são os investigadores que realizam o trabalho intelectual, sensível e criativo de compreensão do conteúdo das falas, de interação, integração e conceitualização dos dados (Strauss, Corbin, 2008). Ainda, ressalta-se que alguns investigadores qualitativos não usam a metodologia como referencial, e sim utilizam apenas os instrumentos metodológicos da TFD para análise de seus estudos. Anterior a isso, não se centram numa questão de pesquisa que busca a compreensão por meio da interpretação dos significados expressos por sujeitos que experienciam um processo ou dinâmica interativa ou interrelacional.

### Uso da teoria fundamentada nos dados no Brasil

Verifica-se nos dias atuais e utilização cada vez maior da TFD como método de investigação em enfermagem, no Brasil. Essa afirmação baseia-se em um estudo bibliométrico realizado por pesquisadoras do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES –

www.gepades.ufsc.br), o qual objetivou identificar dissertações e teses da enfermagem brasileira que utilizaram o referencial metodológico da TFD, até 2009. A investigação bibliométrica identificou 124 estudos, sendo 63 (50,81%) de mestrado e 61 (49,19%) de doutorado, oriundos, principalmente, das regiões Sul e Sudeste do Brasil, cujo destaque é conferido a Universidade de São Paulo é a que tem maior, com 55 (44,35%) estudos; seguida pela Universidade Federal de Santa Catarina, com 19 (15,32%), e pela Universidade Federal de São Paulo com 8 (6,45%). O referencial teórico predominantemente utilizado foi Intencionismo Simbólico com 89 (71,77%) estudos, seguido pelo Paradigma da Complexidade com 7 (5,67%). Constatou-se que o uso da TFD em teses e dissertações da enfermagem, com início em 1967, pela Universidade Federal de Santa Catarina, está em ascensão atualmente, e demonstra-se passível de aplicação em ambos os níveis de formação a partir disso para a elaboração de constructos teóricos (Lanzoni *et al.*, *in press*).

### Conclusão

A apresentação do método da TFD, de modo didático e explicativo, permitiu aproximar o conhecimento dos principais conceitos e etapas do método, sem pretensão de esgotar, mas de possibilitar aqueles que não conheciam ou aqueles que pretendem utilizar a TFD em pesquisas futuras uma melhor perspectiva do processo que envolve o referencial metodológico em questão.

Constata-se que o uso da TFD é crescente em pesquisas da enfermagem brasileira, nos níveis de formação de mestrado e doutorado para significar as experiências vividas por seres humanos, nas diversas situações e realidades sociais.

### Referências bibliográficas

- BIANCHI, E. M. P. G. ; IKEDA, A. A. (2011) - *Analisando a grounded theory em administração* [Em linha]. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ead.fea.usp.br/semead/Semead/resultado\\_series/trabalhos/PDF/62.pdf](http://www.ead.fea.usp.br/semead/Semead/resultado_series/trabalhos/PDF/62.pdf)>.
- CHARMAZ, K. (2009) - *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- DANTAS, C. C. [et al.] (2009) - Teoria fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser

aplicada na pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 7, nº 4, p. 573-579.

FERNANDES, E. M.; MAIA, A. (2011) - *Grounded theory: métodos e técnicas de avaliação. Contributos para a prática e investigação psicológicas* [Em linha]. [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL:https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4209>.

FUJIKI, U. (2004) - *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman.

GLASER, B. (1978) - *Theoretical sensitivity*. Chicago: Sociology Press.

GLASER, B. (2005) - *Grounded theory perspective III: theoretical coding*. Chicago: Sociology Press.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. (1967) - *The discovery of grounded theory: strategies for research qualitative*. New York: Aldine de Gruyter.

LANZONI, G. M. M. [et al.] (in press) - *La teoría fundamentada: un estudio bibliométrico de la enfermería brasileña. Index de Enfermería. En análise.*

MELLO, A. L. S. F. (2005) - *Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: resgatando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Tese de doutoramento.

SOUZA, G. F. M. (2008) - *Tecendo a teia do cuidado à criança em atenção básica de saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Tese de doutoramento.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (1990) - *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (2002) - *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (2008) - *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

### Referências de imagens:

<http://www.google.com.br/imgres?hl=pt-br&biw=1280&bih=610&gbv=2&sch=sch%3A1&sa=1&q=grupos&saq=fsa&fj=fsa&f=fsa&q=>

<http://www.google.com.br/imgres?hl=pt-br&biw=1280&bih=610&gbv=2&sch=sch%3A1&sa=1&q=grupos&saq=fsa&fj=fsa&f=fsa&q=>

O texto foi enviado e teve contribuições da Pro<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alacque Lorenzini Erdmann, expert no domínio da TFD, no GEPADIS.

## APÊNDICE IV

Artigo produzido de coleta dos dados no período do doutorado sanduíche, em Coimbra, Portugal – Submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem.

### **PRODUÇÕES DE TESES E DISSERTAÇÕES DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL de 2000-2010: estudo bibliométrico\***

### **PRODUCTION OF NURSING THESES AND DISSERTATIONS IN PORTUGAL between 2000-2010: bibliometric study\***

### **PRODUCCIONES DE MEMORIAS Y TESIS DE ENFERMERÍA EN PORTUGAL de 2000-2010: estudio bibliométrico\***

Maria Aparecida Baggio<sup>a</sup>

Manuel Alves Rodrigues<sup>b</sup>

Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>c</sup>

Maria do Céu Aguiar Barbieri Figueiredo<sup>d</sup>

Margarida Maria da Silva Vieira<sup>e</sup>

---

\* Produção decorrente de doutorado sanduíche pelo CNPq, em Portugal, sob orientação da Dra Alacoque L. Erdmann no Brasil, e Dr Manuel A. Rodrigues no exterior.

<sup>a</sup> Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). R Osvaldo Cruz, 2602/1303. Cascavel. 85810-150. mariabaggio@yahoo.com.br.

<sup>b</sup> Doutor em Educação. Agregação. Professor Coordenador Principal da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. demar7@gmail.com

<sup>c</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. Pesquisadora do 1A CNPq. Coordenadora do GEPADES. Brasil. alacoque@newsite.com.br

<sup>d</sup> Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Coordenadora da Unidade Científico- Pedagógica Enfermagem Disciplina e Profissão. ceubarbieri@esen.pt.

<sup>e</sup> Doutora em Filosofia. Professora Associada do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Coordenadora do Doutoramento em Enfermagem. mmvieira@porto.ucp.pt

**Resumo:** O estudo investiga o avanço científico da enfermagem portuguesa, divulgado por meio de dissertações de mestrado e de teses de doutorado, identificando os estudos produzidos no período de 2000 a 2010, e analisando-os por meio das variáveis: instituição formadora, distribuição dos estudos por instituição, orientador e co-orientador do estudo com respectiva titulação, produtividade dos orientadores, palavras-chave/descriptores, temas estudados, referencial teórico, referencial metodológico, sujeitos, coleta e análise dos dados. O estudo é do tipo exploratório, descritivo, bibliométrico, realizado através do levantamento das dissertações da Universidade Católica Portuguesa e do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto e das teses de doutorado dessas instituições e da Universidade de Lisboa. Nos resultados são discriminados aspectos teóricos, metodológicos e bibliométricos da produção científica *stricto sensu* da enfermagem portuguesa. Conclui-se que os enfermeiros pesquisadores, ao terem conhecimento das especificidades dos estudos, podem aperfeiçoá-las para a qualidade e excelência da formação de mestres e doutores.

**Descritores:** Enfermagem; Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico; Bibliometria.

**Abstract:** This study analyses the scientific advances of Nursing in Portugal disseminated through master's dissertations and doctoral theses. Studies carried out between 2000 and 2010 were identified and analyzed based on the following variables: training institution, distribution of studies by institution, study's supervisor and co-supervisor with academic qualifications, supervisors' productivity, keywords/descriptors, topics analyzed, theoretical background, subjects, and data collection/analysis. In this exploratory, descriptive, and bibliometric study, we collected dissertations from the Portuguese Catholic University and the Institute of Biomedical Sciences of the University of Porto and doctoral theses from both these institutions and the University of Lisbon. The results describe the theoretical, methodological and bibliometric aspects of the Portuguese scientific nursing production in the strict sense. It was concluded that, when

researcher nurses are aware of the studies' specificities, they can enhance them to achieve quality and excellence in the training of masters and doctors.

**Keywords:** Nursing; Scientific Research and Technological Development; Bibliometrics.

**Resumen:** El estudio investiga el avance científico de la enfermería portuguesa, divulgado por medio de memorias de máster y de tesis de doctorado, identificando los estudios producidos durante el periodo de 2000 a 2010, y analizándolos por medio de las variables: institución formadora, distribución de los estudios por institución, asesor y co-asesor del estudio con respectiva titulación, productividad de los asesores, palabras clave/descriptores, temas estudiados, referencial teórico, referencial metodológico, sujetos, recolección y análisis de los datos. El estudio es de tipo exploratorio, descriptivo, bibliométrico, realizado mediante el levantamiento de las memorias de máster de la Universidad Católica Portuguesa y del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Oporto y de las tesis de doctorado de dichas instituciones y de la Universidad de Lisboa. En los resultados están discriminados aspectos teóricos, metodológicos y bibliométricos de la producción científica stricto sensu de la enfermería portuguesa. Se concluyó que los enfermeros investigadores, al tener conocimiento de las especificidades de los estudios, pueden perfeccionarlos con consecuencias en la calidad y la excelencia de la formación de maestros y doctores.

**Palabras-chave:** Enfermería; Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico; Bibliometría.

### **Introdução**

Os mestrados acadêmicos em Enfermagem/Ciências de Enfermagem, em Portugal, são oferecidos pela Universidade Católica Portuguesa (UCP), desde 1991; e pelo Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto (ICBAS), em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto, desde 1993. Essas instituições também oferecem doutorado em



enfermagem desde 2004 e 2001, respectivamente. A Universidade de Lisboa (UL) oferece doutorado em enfermagem, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, desde 2004.

A UCP iniciou um curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem em 1991, em Lisboa, tendo dissertações apresentadas em 2000, 2001 e 2002. Em 2004, um novo modelo de formação, denominado Mestrado em Enfermagem, iniciou com turmas nas cidades do Porto e Sintra, o qual foi adequado ao Tratado de Bolonha, em 2007. *Todavia*, sem grandes alterações em relação ao modelo anterior, sendo ambos os mestrados de natureza académica. Assim, em 2007/2008, a UCP apresenta um novo curso de mestrado, desenvolvido em quatro especialidades de conhecimento, a saber: **História e Filosofia de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Gestão de Serviços de Enfermagem; Enfermagem Avançada**<sup>1</sup>.

Em 2004, foi criado o curso de Doutorado em Enfermagem da UCP, o qual foi adequado ao Tratado de Bolonha, em 2007, tal como o curso de Mestrado em Enfermagem. No doutorado em enfermagem são oferecidas as mesmas áreas de especialização do mestrado académico em enfermagem, sendo acrescentada à área de Gestão, a Gestão de Unidades de Saúde<sup>2</sup>.

Em 1993, teve início o Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto, e, em 2001, o Doutorado em Ciências de Enfermagem. Os programas de mestrado e doutorado resultam de uma parceria entre o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e a Escola Superior de Enfermagem do Porto, e rege-se por um Protocolo entre as duas instituições e conforme Tratado de Bolonha<sup>3</sup>.

Em 2004, foi criado o Programa de Doutorado em Enfermagem na Universidade de Lisboa, decorrente de um protocolo entre a Universidade e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a qual foi originada da fusão das quatro Escolas Superiores de Enfermagem públicas, de Lisboa<sup>4</sup>.

A produção de conhecimento divulgada por meio de dissertações de mestrado e de teses de doutorado, juntamente com outras investigações desenvolvidas, representam o desenvolvimento da pesquisa científica, dos processos de conhecimento e dos pesquisadores de enfermagem, sendo competência dos programas *stricto sensu* a formação de mestres e doutores em enfermagem altamente qualificados e produtivos, voltados para o desenvolvimento científico, qualificação do ensino e da prática de enfermagem no país<sup>5</sup>.

Em razão de haver desenvolvimento de produção científica portuguesa, nas categorias dissertações e teses em enfermagem, desde 1991 e 2001, respectivamente, e por não se dispor de um conhecimento acerca da totalidade e das particularidades das mesmas por meio de investigação, teve-se o interesse de desvelar informações sobre os estudos já produzidos. Desse modo, questiona-se: Como se configura a produção de dissertações e teses pelas instituições formadoras de mestres e doutores em enfermagem em Portugal? Quantos estudos já foram produzidos desde a abertura dos cursos de mestrados acadêmicos e doutorados em enfermagem? Quais os temas principalmente abordados nas dissertações e teses de enfermagem? Quais os aspectos metodológicos utilizados nos estudos realizados, especificamente quanto ao referencial teórico e metodológico, sujeitos de pesquisa, coleta e análise de dados? As palavras-chave/descriptores são mencionadas nos estudos? Quais as titulações acadêmicas dos orientadores dos estudos? Desses orientadores, como se verifica a colaboração para a produção dos estudos?

Considerando as questões que levaram a realização da presente investigação, têm-se como objetivos identificar as dissertações e teses da enfermagem portuguesa apresentadas para obtenção do grau de mestre e doutor em Enfermagem e Ciências de Enfermagem e analisar as dissertações e teses relativamente às variáveis: instituição formadora, distribuição dos estudos por instituição, orientador e co-orientador do estudo com respectiva titulação, produtividade por orientação dos orientadores,

palavras-chave/descriptores, temas estudados, referencial teórico, referencial metodológico, sujeitos, coleta e análise dos dados.

### **Metodologia**

O estudo é do tipo bibliométrico, descritivo, retrospectivo, realizado por meio de revisão de literatura disponível.

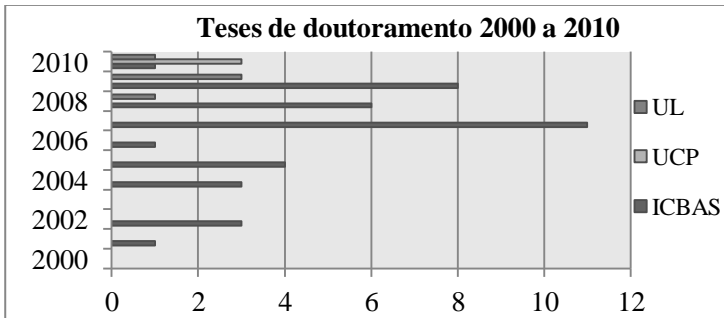
Quando materializados e divulgados à comunidade científica, documentos escritos oriundos de atividade científica são fontes de indicadores do estágio de desenvolvimento de uma área do saber<sup>6</sup>, bem como oferecem dados para os pesquisadores identificarem os principais avanços da ciência e os campos que precisam de maior investimento em pesquisa. A bibliometria como metodologia possibilita a obtenção de informações dos processos de comunicação escrita, neste caso na forma de teses e dissertações, fornecendo por meio dos resultados adquiridos subsídios para a formulação de políticas científicas e tecnológicas para a área da enfermagem<sup>7</sup>.

Para o desenvolvimento desse estudo foi realizado um levantamento das dissertações de mestrado acadêmico da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade (ICBAS) do Porto, das teses de doutorado das instituições anteriormente citadas e da Universidade de Lisboa (UL), relativamente ao período de 2000 a 2010. Foram consultados estudos disponíveis *online* no repositório aberto da Universidade do Porto e da Universidade de Lisboa, estudos impressos disponíveis nas bibliotecas institucionais, CDs/DVDs institucionais e estudos obtidos por correio eletrônico com autores cujos estudos não estavam disponíveis em outros meios. Foram considerados os dados informados na capa, contracapa e texto dos resumos das dissertações e teses localizadas pelos meios citados. Houve dois casos em que se teve acesso apenas à ficha catalográfica do estudo, disponibilizado por biblioteca institucional. Os dados foram inseridos em tabela do programa informático excel, sendo cada variável analisada distintamente e por meio de relações quando pertinente.

### Resultados

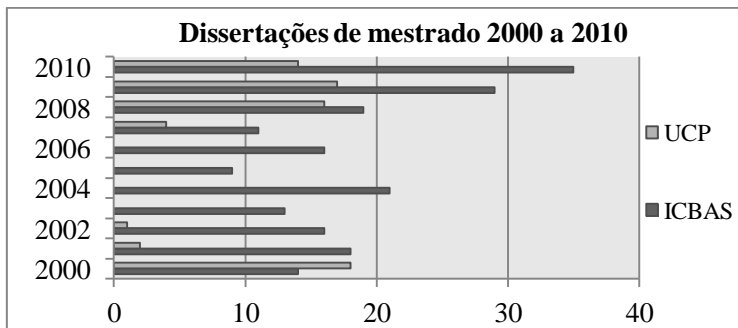
Identificou-se 33 teses de doutorado em Enfermagem/ Ciências de Enfermagem e 201 dissertações de mestrado apresentadas pelo ICBAS, 03 teses e 72 dissertações pela UCP, e 05 teses pela UL. Desse modo, no total, são 41 teses e 273 dissertações de enfermagem apresentadas de 2000 a 2010, em Portugal.

A UCP dispõe de 3 teses de doutorado aprovadas em 2010, a UL 5 teses entre 2008 e 2010, e o ICBAS 33 teses entre 2001 e 2009. Na Figura 1, visualiza-se o desenvolvimento das teses no período investigado.



**Figura 1:** Teses de doutoramento referentes ao período de 2000 a 2010, apresentadas pelo ICBAS e pela UCP, Portugal.

A UCP apresentou 21 estudos de mestrado entre os anos de 2000 e 2002; e 51 estudos entre 2007 e 2010. Já o ICBAS possui 201 estudos apresentados entre 2000 e 2010. A Figura 2 ilustra o desenvolvimento das dissertações no período investigado.



**Figura 2:** Dissertações de mestrado referentes ao período de 2000 a 2010, apresentadas pelo ICBAS e pela UCP, Portugal.

Relativamente à **temática**, o tema relacionado ao Idoso se destaca nas dissertações e teses, com 26 (9,5%) e 6 (14,6%) estudos, respectivamente. Os temas relativos à Família, com 23 (8,4%) e 6 (14,6%) estudos, e Adolescentes com 14 (5,1%) e 4 (9,7%) estudos, estão em segundo e terceiro lugares na preferência dos pesquisadores.

Quanto às teses, além dos temas relacionados ao Idoso, Família e Adolescente, 2 (4,8%) estudos abordam o tema Pediatria e Neonatologia, 2 (4,8%) Parto, 2 (4,8%) Partilha de informação de enfermagem, 2 (4,8%) Formação, 2 (4,8%) Humor e Felicidade, 1 (2,4%) Pós-parto, 1 (2,4%) Doença terminal, 1 (2,4%) Oncologia/Cancro, 1 (2,4%) Ortopedia/Reabilitação, 1 (2,4%) Promoção da saúde em contexto comunitário, 1 (2,4%) Amamentação, 1 (2,4%) Período perioperatório, 1 (2,4%) Psiquiatria, 1 (2,4%) Ética, 1 (2,4%) Mastectomia, 1 (2,4%) Álcool/Toxicodependência, 1 (2,4%) Cuidado domiciliar, 1 (2,4%) Sistema de Informação, 1 (2,4%) Decisão clínica, 1 (2,4%) Morte.

Quanto aos temas das dissertações, além dos relacionados ao Idoso, Família e Adolescente, identifica-se 12 (4,3%) estudos sobre Pediatria e Neonatologia, 12 (4,3%) sobre Dor e ou Doença crônica, 11 (4%) Ensino e ou Prática Clínica, 11 (4%) Doente terminal, 10 (3,6%) Oncologia/Cancro, 9 (3,2%) Parto, 9 (3,2%) Dor aguda, 8 (2,9%) Qualidade do cuidado de

enfermagem, 8 (2,9%) Gravidez, 8 (2,9%) Ortopedia/Reabilitação, 7 (2,5%) Formação, 7 (2,5%) Processo de enfermagem, 7 (2,5%) Promoção da saúde/Contexto comunitário, 6 (2,1%) Amamentação, 6 (2,1%) Autonomia, 6 (2,1%) Satisfação e valores profissionais, 5 (1,8%) Regime terapêutico, 5 (1,8%) Serviço de urgência, 5 (1,8%) Período perioperatório, 5 (1,8%) Psiquiatria, 5 (1,8%) Acolhimento, 4 (1,4%) Morte, 4 (1,4%) Partilha de informação de enfermagem, 4 (1,4%) Gestão/Gerência/Liderança, 4 (1,4%) Ostomias/Feridas, 3 (1,0%) Cardiologia, 3 (1,0%) Ética, 2 (0,7%) Erro clínico, 2 (0,7%) Vias urinárias, 2 (0,7%) Espiritualidade, 2 (0,7%) Mastectomia, 2 (0,7%) Álcool/Toxicod dependência, 2 (0,7%) Relação da ajuda, 14 (5,1%) estudos tratam outros temas, sendo um para cada estudo. É oportuno informar que foram considerados os títulos dos estudos para determinar sua temática, tanto para as dissertações de mestrado quanto para as teses de doutorado.

Pôde-se verificar que das 41 teses, 28 (68,2%) contam com **orientador e co-orientador**, e 2 (4,8%) com dois co-orientadores, todos titulados doutores. Das 273 dissertações, 26 (9,5%) foram co-orientadas. No que concerne à **titulação** dos 273 **orientadores** de mestrado, 227 (83,1%) são doutores, 24 (8,7%) são mestres; 8 (2,9%) não têm informadas as titulações, 14 (5,1%) estudos de mestrado não informam ou não foi possível identificar o orientador. Dos 26 (9,5%) **co-orientadores** de mestrado, 3 (1%) são doutores, 15 (5,4%) são mestres, 8 (2,9%) não tem informadas as titulações. Assevera-se, no que diz respeito à titulação dos orientadores de mestrado, que a totalidade de orientadores com título de doutor, no ICBAS, é uma realidade a partir do ano de 2006. Tem-se conhecimento de que a orientação de mestrado da UCP é exclusivamente realizada por doutores, desde o início do curso em 2000, todavia 5 estudos não mencionam o orientador, 2 não informam a titulação dos orientadores.

Dos orientadores de doutorado, 5 (12%) orientaram 23 (56%) das 41 (100%) teses produzidas, sendo que um professor foi responsável por 11 (27%) do total de orientações efetuadas e

18 (44%) professores foram responsáveis pela orientação de uma única (2,4%) tese. Uma (2,4%) tese não informa orientador.

Dos orientadores de mestrado, cinco conduziram a orientação de 98 (35,8%) dos 273 (100%) estudos, destacando-se dois professores com 23 (8,4%) orientações, cada um. Vinte professores, juntos, orientaram 161 (58,9%) dissertações, tendo cada um de 02 a 11 orientações. Não é informado o orientador em 14 (5,1%) dissertações.

Das 41 teses, 11 (26%) apresentam **palavras-chave e ou descritores**, sendo que 10 (24,3%) teses têm pelo menos um descritor exato ou sinônimo conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). As palavras-chave e ou descritores foram somadas, e são no total, 59. Desse total, 8 são descritores exatos e 4 são sinônimos de descritores DeCS/MeSH.

Das 273 dissertações, 67 (24,5%) apresentam palavras-chave e ou descritores, das quais 52 (19%) informam, pelo menos, um descritor ou sinônimo conforme DeCS/MeSH. Totalizam-se 306 palavras-chave e ou descritores da soma das dissertações que as informam, sendo, dessas, 95 descritores exatos e 18 sinônimos de descritor DeCS/MeSH. Além desses, identificou-se 7 descritores inadequadamente informados na sua escrita, ou seja, descritor no plural quando o termo é localizado no singular e vice-versa, como, por exemplo, “idoso” é o termo exato e o estudo informa “idosos”. No caso das teses, apenas um evento semelhante ocorreu. O descritor “enfermagem” não foi identificado nas teses de doutorado em enfermagem, sendo identificado em 17 (6,2%), de 273 dissertações.

No que se refere ao **referencial metodológico** dos estudos de mestrado e de doutorado em enfermagem, tem-se estudos que utilizaram metodologia qualitativa, quantitativa e quanti e qualitativa. Das 41 teses de doutorado, 19 (46,3%) utilizaram metodologia qualitativa, 5 (12,1%) quantitativa, 9 (21,9%) quanti e qualitativa, 1 (2,4%) não apresenta resumo e 7 (17%) não explicitaram ou não foi possível identificar o método de pesquisa utilizado. A Tabela 1 discrimina os métodos identificados nas teses.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estudos qualitativos</b>		
Abordagem qualitativa	1	2,4%
Grounded theory e investigação-ação	1	2,4%
Exploratório, descritivo	2	4,8%
Estudo de caso	2	4,8%
Fenomenologia	3	7,3%
Grounded theory	4	9,7%
Investigação-ação	6	14,6%
<b>Estudos quantitativos</b>		
Experimental	1	2,4%
Exploratório e validação de instrumento	1	2,4%
Descritivo, correlacional, de tradução e adaptação de escala e avaliação psicométrica de questionário e quase experimental	1	2,4%
Descritivo, correlacional	2	4,8%
<b>Estudos quanti e qualitativos</b>		
Quali/Quanti	1	2,4%
Exploratório, quase-experimental,	1	2,4%
Exploratório, descritivo, transversal	1	2,4%
Misto (quali e quantitativo), transversal	1	2,4%
Grounded theory e descritivo, correlacional	1	2,4%
Exploratório, descritivo, com triangulação múltipla de métodos	1	2,4%
Exploratório, descritivo, transversal, experimental e fenomenologia	1	2,4%
Exploratório, descritivo, retrospectivo, transversal e fenomenologia	1	2,4%
Fenomenologia, validade e análise da fiabilidade de instrumentos, Gravação de CD com aporte da literatura e validação, quase-experimental	1	2,4%
Não apresenta resumo	1	2,4%
Não explicitou ou não foi possível identificar o método de pesquisa utilizado	7	17%

**Tabela 1:** Métodos de pesquisa utilizados nas teses de doutorado,



2000/2010, Portugal.

Respectivamente às 273 dissertações de mestrado, foram identificadas 160 (58,6%) de metodologia qualitativa, 79 (28,9%) quantitativa e 15 (5,4%) quanti e qualitativa. Do total de dissertações, 6 (2,1%) não apresentam resumo e 13 (4,7%) não explicitam ou não foi possível identificar o método de pesquisa utilizado. Quando os estudos informam ser “descritivo”, “exploratório” e ou “exploratório-descritivo”, mas o resumo não informa o tipo de abordagem metodológica, utilizou-se da relação entre objetivo, instrumento de coleta de dados, análise e resultados para compreender a abordagem utilizada. Os métodos podem ser visualizados na Tabela 2.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estudos qualitativos</b>		
Etnobiografia	1	0,3%
Fenomenografia	1	0,3%
Estudo de opinião	1	0,3%
Investigação metodológica	1	0,3%
Interpretativo	1	0,3%
Representação social	2	0,7%
Investigação-ação	3	1%
Pesquisa histórica	3	1%
Estudo de caso	4	1,4%
Etnografia	9	3,2%
Abordagem qualitativa	12	4,3%
Grounded theory	17	6,2%
Fenomenologia	48	17,5%
Exploratório, descritivo	57	20,8%
<b>Estudos quantitativos</b>		
Investigação metodológica	1	0,3%
Tradução e validação de instrumento	1	0,3%
Estudo de caso relacional de medidas repetidas	1	0,3%
Coorte, prospectivo, de incidência	1	0,3%
Retrospectivo, analítico, correlacional	1	0,3%

Descritivo, exploratório, ex-post-facto	1	0,3%
Descritivo, analítico, comparativo, quase-experimental, transversal	1	0,3%
Descritivo, correlacional, transversal, quase-experimental	1	0,3%
Exploratório, descritivo, transversal, não experimental	1	0,3%
Exploratório, descritivo, longitudinal	1	0,3%
Exploratório, descritivo, analítico, correlacional, tradução e validação de instrumento	1	0,3%
Descritivo	2	0,7%
Descritivo, comparativo, transversal	2	0,7%
Quase-experimental	3	1%
Adaptação e validação de instrumento	3	1%
Descritivo, observacional, transversal	3	1%
Exploratório, descritivo, comparativo	3	1%
Exploratório, descritivo, retrospectivo	3	1%
Abordagem quantitativa	3	1%
Descritivo, correlacional, transversal	5	1,8%
Exploratório, descritivo, correlacional, não experimental	5	1,8%
Exploratório, descritivo	6	2,1%
Exploratório, descritivo, analítico, correlacional	14	5,1%
Exploratório, descritivo, analítico, transversal	16	5,8%

### **Estudos quanti e qualitativos**

Qualitativo, longitudinal, multicasos	1	0,3%
Investigação-ação, descritivo, comparativo	1	0,3%
Exploratório, descritivo, retrospectivo, quali/quanti	1	0,3%
Exploratório, descritivo, retrospectivo, transversal, quali/quanti	1	0,3%
Exploratório, descritivo, quali/quanti	1	0,3%
Descritivo, analítico, correlacional, longitudinal, quali/quanti	1	0,3%
Exploratório, descritivo, analítico, transversal, quali/quanti	2	0,7%

Fenomenológico e método quantitativo	3	1%
Metodologia quali/quati	4	1,4%
Não apresenta resumo	6	2,1%
Não explicitou ou não foi possível identificar o método de pesquisa utilizado	13	4,7%

**Tabela 2:** Métodos de pesquisa utilizados nas dissertações de mestrado, 2000/2010, Portugal.

Sobre o **referencial teórico**, a análise permitiu identificar que, das 41 teses, 1 (2,4%) utilizou Educação por conscientização de Paulo Freire; 1 (2,4%) utilizou as idéias de Martin Heidegger; 1 (2,4%) Jürgen Habermas; 1 (2,4%) Necessidades de Virgínia Henderson; 1 (2,4%) Modelo de Maynard; 1 (2,4%) Teoria do stress, avaliação e coping; 1 (2,4%) Sistemas de informação de enfermagem; 1 (2,4%) informa o uso das Teorias de Peplau, Mayerof, Watson, Orlando, Benner, Chalifour e Phaneuf; 1 (2,4%) os Modelos de avaliação da família e de intervenção na família de Calgary; 1 (2,4%) utilizou o referencial de Cuidar de Jean Watson, de Necessidades de Virgínia Henderson, a Relação de ajuda de Helene Lazure e o Desenvolvimento de competências de Patrícia Benner e Guy Le Botherf; 1 (2,4%) Estrutura conceitual de conforto, da Teoria de médio alcance de Kolcaba; 1 (2,4%) estudo utilizou a Teoria/Pensamento/Modelo sistêmico e também o Modelo de parceria de cuidados de Christensen, o Modelo de atividades de vida de Roper, Logan e Tierney e o Modelo de autocuidado de Orem; 2 (4,8%) estudos utilizaram a Teoria/Pensamento/Modelo sistêmico de cuidados como referencial teórico; 1 (2,4%) tese não apresenta resumo; 26 (63,4%) teses não informam no resumo ou não utilizaram referencial teórico.

Dos 273 estudos de mestrado, 26 (9,5%) informam o(s) referencial(is) teórico(s) utilizado(s), 241 (88,2%) utilizaram e ou não informam uso de referencial teórico e 6 (2,1%) não apresentam resumo. A seguir a descrição dos referenciais teóricos utilizados, e suas associações, identificados nas 26 dissertações de mestrado: 1 (0,3%) Jean Watson; 1 (0,3%) Leininger; 1 (0,3%) Rogers; 1 (0,3%) Teoria da Contigência de Fiedler e Teoria da

Motivação de Maslow; 1 (0,3%) Teoria sócio-cognitiva; 1 (0,3%) Interacionismo simbólico 1 (0,3%) Teoria Conforto de Kolcaba; 1 (0,3%) Modelo de Adaptação de Roy; 1 (0,3%) Modelo de Rauen, Basto, Costa, Schon, Martin; 1 (0,3%) Modelo de sistemas de Neuman; 1 (0,3%) Técnica de Massagem de Tifany Field; 1 (0,3%) Spradley e Leininger; 1 (0,3%) Meleis e Bronfenbrenner; 1 (0,3%) Collière, Watson, Parse; 1 (0,3%) Relação de ajuda de Peplau, Rogers, Laruze, Chaliforur; 1 (0,3%) Platão, Aristóteles, Kant, Merleau-Ponty, Lukacs; 1 (0,3%) Merleau-Ponty, Oiler, Erickson, Sampaio, Aberastury, Collière, Watson, Renaud, Ricoeur entre outros; 1 (0,3%) Barreto, Brissos, Aristóteles, Ricoeur, Fromm, Egan, Watson, Roach, Challifour, Laruze, Merleau Ponty; 1 (0,3%) Leininger, Collière, Kerouac, Bogdan e Biklen, Lisete, Fradique Ribeiro, Martin Zurro, Cano Pérez entre outros; 1 (0,3%) Quivy e Campenhoudt, Streubert e Carpenter, Ornelas et al., Moscovici, Guimeli, Moreira, Jesuíno, Jovchelovith e Abric; 1 (0,3%) PRECEDE - Predisposing Reinforcing and Enabling Causes Educational Diagnosis and Evaluation; 2 (0,7%) CIPE; 3 (1%) Modelo de parceria de cuidado de Anne Casey. Assevera-se que o nome do autor/teoria/modelo respectivamente ao referencial teórico foi mantido tal como está informado nas teses e dissertações.

Com base no exposto, os referenciais teóricos principalmente utilizados, informados nas dissertações de mestrados, associados a outros referenciais ou não, foram: Jean Watson, informado em 4 estudos; Madeleine Leininger, em 3; Merleau Ponty, em 3; Marie-Françoise Collière, em 3 estudos; Modelo de parceria de cuidado de Anne Casey, utilizado em também 3 estudos; e Paul Ricoeur, utilizado em 2 estudos. Nas teses, os referenciais teóricos principalmente utilizados foram os de Virgínia Henderson e de Jean Watson, utilizados em 2 estudos, e dos Sistemas Complexos em 3 estudos.

Relativamente aos **sujeitos** das pesquisas, nas teses de doutorado são principalmente participantes enfermeiros, doentes adultos e estudantes/jovens/adolescentes; e nas dissertações de mestrado os sujeitos de pesquisa são principalmente enfermeiros, doentes adultos, famílias/cuidadores.

Sobre os instrumentos de coleta de dados, relativamente à totalidade dos estudos, combinados ou não, prevalece o uso da entrevista, informada em 15 (36,5%) teses e em 146 (53,4%) dissertações, e o questionário está presente em 13 (31,7%) teses e 66 (24,1%) dissertações. Outros meios de coleta de dados, também utilizados nas teses, foram: observação em 8 (19,5%) teses, escala em 6 (14,6%), documentos em 3 (7,3%), entre outros instrumentos de coleta de dados, tais como: testes psicométricos, diário de campo, grupo focal, grupos de discussão, técnica Delphi, gravação de áudio. Oito (19,5%) teses não informam o instrumento de coleta dos dados e uma tese (2,4%) não apresenta resumo. Nas dissertações, o formulário foi utilizado em 17 (6,2%) estudos; escala em 16 (5,8%); documentos em 15 (5,4%); observação em 22 (8,0%), das quais doze são do tipo participante. O instrumento de coleta de dados não é informado em 30 (10,9%) dissertações e 6 (2,1%) não apresentam resumo.

Quanto à **análise dos dados**, 18 (43,9%) teses e 157 (57,5%) dissertações não informam com clareza o método utilizado para análise dos dados, sendo que, do total de ambos os estudos, 1 (2,4%) tese e 6 (2,1%) dissertações não apresentam resumo.

Ao extrair informações das capas, contracapas e dos resumos foi também possível observar suas apresentações. Pode-se identificar que as dissertações e teses têm um padrão de apresentação aproximado das **capas e contracapas** das três instituições formadoras, particularmente dos estudos mais recentes. No entanto, para **forma do resumo** não parece ter um padrão ou norma institucional, por exemplo, quanto ao número de palavras e ou caracteres do texto, presença e número de palavras-chave/descriptores, entre outros.

### Discussão

O ICBAS é a principal **instituição formadora de mestres e doutores** em enfermagem em Portugal, embora não seja significativa a diferença do período de início dos cursos das instituições formadoras, já que o ICBAS iniciou o mestrado em

1993 e a UCP em 1991, e o doutorado em 2001 e a UL e a UCP em 2004.

Para a determinação do **tema** dos estudos de mestrado e doutorado foram consideradas as palavras do título, visto que o título deve ser constituído por palavra, expressão ou frase que designe o assunto ou o conteúdo da publicação<sup>8</sup>, transcrevendo de forma adequada o conteúdo publicado, em poucas palavras. Informações entre parênteses e expressas na forma de abreviaturas devem ser evitadas no título, exceto quando universalmente conhecidas<sup>9</sup>. Assim, se o título não revelar claramente o conteúdo do estudo poderá haver erro de interpretação. Por isso, a importância de um título ser escrito de modo claro e sucinto, designando o assunto ou conteúdo da publicação.

Constata-se que os **temas** sobre Idoso, Família e Adolescente se destacam nas dissertações e teses portuguesas. Em contraponto, pesquisa brasileira revela serem os temas mais expressivos, em uma revista da área, Formação em enfermagem, Bases/fundamentos/concepções de cuidado em enfermagem, Áreas de atuação e Assuntos profissionais. Independentemente do país ou região, em pesquisa é fundamental a clareza sobre o que pesquisar, para que e para quem servirá o conhecimento produzido, e seu impacto para a sociedade<sup>10</sup>.

O uso de **palavras-chave** é elemento obrigatório na apresentação de trabalhos/pesquisas, as quais devem figurar logo abaixo do resumo, antecedidas da expressão “Palavras-chave:”, separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto<sup>(8,11)</sup>. As palavras-chave designadas devem ser representativas do conteúdo do estudo, escolhidas, preferencialmente, em vocabulário controlado, visto que servem para indexação do trabalho/pesquisa<sup>8,9,11</sup>.

Em média, um quarto dos estudos de mestrado e doutorado apresentam **palavras-chave**. Essa média diminui ainda mais quando considerada a presença de descritores DeCS/MeSH<sup>(12,13)</sup>. Usar termos DeCS/MeSH significa adotar uma linguagem única de indexação para ser usada na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica, nas fontes de

informação que utilizam esses termos, as quais permitem ao pesquisador recuperar uma informação usando o termo exato que descreve determinado conteúdo científico (conceito), e possibilitam que seu estudo seja acessado pela comunidade científica quando utilizados descritores exatos ou seus sinônimos de indexação<sup>12</sup>. Quanto ao termo “enfermagem”, é pouco notável nos estudos de mestrado analisados (6,2%), e no caso das teses de doutorado, não se identificou a presença dessa palavra-chave/descritor, cujos estudos abordam esse campo de conhecimento.

Importa destacar os estudos que não mencionam o **orientador** e os estudos em que o orientador é mencionado, mas não a sua titulação. Esse destaque é conferido em razão de se considerar importante em um estudo bibliométrico o nome do orientador e sua respectiva titulação para a realização cálculo de produtividade de cada pesquisador, conforme a Lei de Lotka<sup>6</sup>.

Identifica-se que as instituições portuguesas formadoras de mestres e doutores contam com poucos professores com significativo destaque na orientação de dissertações e teses, e com muitos professores com pouca participação. Condição semelhante também é identificada em estudo brasileiro<sup>14</sup>, corroborando com a Lei de Lotka, que determina a contribuição de autores para o desenvolvimento e progresso da ciência, sustentando que uma larga proporção das produções científicas é produzida por um pequeno número de investigadores, enquanto que os demais (o maior grupo) são responsáveis por uma pequena produção<sup>6</sup>.

Verifica-se a preferência dos pesquisadores por **investigação do tipo qualitativa**, tanto nas dissertações quanto nas teses, a qual busca compreender determinado(s) fenômeno(s), vislumbrando desvelar as significações, crenças, valores e atitudes dos indivíduos, preocupando-se com respostas particulares de uma determinada realidade, a partir das ações e relações humanas, independentemente do tempo em que ocorrem<sup>15,16</sup>. E a entrevista, considerada uma técnica qualitativa, permite o acesso aos significados atribuídos pelos indivíduos aos eventos vivenciados<sup>17</sup>, justificando a prevalência identificada desse instrumento de coleta de dados.

Dos **métodos qualitativos**, os métodos exploratório descritivo tem destaque nas dissertações em enfermagem, em Portugal, estando a fenomenologia também na preferência dos pesquisadores de mestrado e doutorado, assim como nas pesquisas em enfermagem nas Américas<sup>18</sup>. A grounded theory e a pesquisa-ação também são destacados como métodos utilizados nas teses, particularmente o tipo de pesquisa interventiva

Na pesquisa epidemiológica, o estudo transversal é um dos mais empregados<sup>19,20</sup>, confirmando o achado deste estudo, visto que dos **métodos quantitativos**, o do tipo exploratório, descritivo, analítico, transversal foi o mais utilizado nos estudos de mestrado. Já nos de doutorado foi o do tipo descritivo correlacional.

Um **resumo** deve apresentar de forma concisa os pontos relevantes do estudo, de modo a informar objetivos, metodologia, resultados e conclusões em parágrafo único, numa extensão de 150 a 500 palavras para trabalhos acadêmicos do tipo teses e dissertações<sup>11</sup>. Informações da metodologia, tais como, o método de pesquisa, os instrumentos de coleta dos dados e o método analítico estão ausentes em parcela significativa dos resumos de estudos de mestrado e de doutorado analisados. Há, ainda, os estudos que não apresentam resumo.

O **referencial teórico** é constituído por um universo de conceitos, princípios e categorias que sistematicamente formam um conjunto lógico e coerente de idéias que fundamentam o desenvolvimento de uma determinada pesquisa<sup>21</sup>. Entretanto, na análise das teses e dissertações, observa-se que, 9% e 34% dos estudos, respectivamente, informam o referencial teórico, levando-nos a questionar se os pesquisadores utilizam pouco ou se apenas não citam nos resumos analisados o referencial teórico que fundamenta o estudo em questão. Assim sendo, salienta-se a importância de no resumo ser informado o referencial teórico, quando utilizado, *a priori* se estiver atrelado ao método de pesquisa e de análise dos dados.

### **Considerações finais**

Ao identificar os estudos de mestrado e doutorado



produzidos no período de 2000 a 2010, o estudo revela um panorama dos estudos *stricto sensu* da enfermagem portuguesa; e aos analisar aspectos teóricos, metodológicos e bibliométricos da produção científica, possibilita aos enfermeiros e docentes pesquisadores conhecerem as especificidades dos trabalhos, que podem ser aperfeiçoadas em trabalhos futuros, para a qualidade e excelência da formação de mestres e doutores.

### Referências

1. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Ensino, Mestrados, Mestrados em Enfermagem [online]. Portugal; 2012 [acesso em 2012 Jan 16]. Disponível em: [http://www.ics.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl\\_fac.asp?SSPAGEID=924&lang=1&artigoID=53](http://www.ics.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_fac.asp?SSPAGEID=924&lang=1&artigoID=53).
2. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Ensino, Doutorados. [online]. Portugal; 2012 [acesso em 2012 Jan 16]. Disponível em: [http://www.ics.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl\\_fac.asp?sspageID=925&lang=1](http://www.ics.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_fac.asp?sspageID=925&lang=1).
- Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, **Instituto**. [online]. Portugal; 2012 [acesso em 2012 Jan 16]. Disponível em: [http://www.ics.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl\\_fac.asp?sspageID=921&lang=1](http://www.ics.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_fac.asp?sspageID=921&lang=1).
3. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Cursos, Mestrados, Mestrado em Ciências de Enfermagem. [online]. Portugal; 2012 [acesso em 2012 Jan 16]. Disponível em: [http://sigarra.up.pt/icbas/cursos\\_geral.FormView?P\\_CUR\\_SIGLA=MENF](http://sigarra.up.pt/icbas/cursos_geral.FormView?P_CUR_SIGLA=MENF).
4. Universidade de Lisboa, Cursos, Cursos Pós-Graduados, Doutorado em Enfermagem. 2012. [online]. Portugal; 2012 [acesso em 2012 Jan 16]. Disponível em: [http://www.ul.pt/portal/page?\\_pageid=173,182940&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.ul.pt/portal/page?_pageid=173,182940&_dad=portal&_schema=PORTAL).
5. Erdmann AL, Fernandes JD, Lunardi VL, Robazzi MLCC, Rodrigues RAP. O alcance da excelência por programas


- brasileiros de pósgraduação *stricto sensu* com doutorado em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2012 Jan-Mar; 21(1):130-9.
6. Urbizagastegui R. A produtividade dos autores sobre a Lei de Lotka. *Ci. Inf.* 2008 Maio-Ago; 37(2):87-102.
7. Pizzani L, Silva RC; Hayashi MCPI. Bases de dados e bibliometria: a presença da Educação Especial na base Medline. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação.* 2008 Jan-Jun; 4(1):68-85.
8. Associação Brasileira de Normas Técnicas, NBR 6022, Informação e documentação, Artigo em publicação periódica científica impressa, Apresentação [online]. Rio de Janeiro (RJ): 2003 [acesso em 2012 Jan 18]. Disponível em: [http://www.mestradoadm.unir.br/downloads/715\\_abnt\\_nbr\\_6022\\_norma\\_artigo\\_cientifico.pdf](http://www.mestradoadm.unir.br/downloads/715_abnt_nbr_6022_norma_artigo_cientifico.pdf).
9. Oliveira RM, organizadora. Universidade Presidente Antonio Carlos, Rede de Bibliotecas, Roteiro para elaboração de artigo científico de acordo com a NBR 6022/2003 [online]. Barbacena (MG): 2011. [acesso em 2012 Jan 18]. Disponível em: [http://www.unipac.br/bb/documentos/roteiro\\_elaboracao\\_artigo2011.pdf](http://www.unipac.br/bb/documentos/roteiro_elaboracao_artigo2011.pdf).
10. Lacerda MR, Labronici LM. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2011 Mar-Abr; 64(2):359-364.
11. Associação Brasileira de Normas Técnicas, NBR 6022, Informação e documentação, Resumo, Apresentação [online]. Rio de Janeiro (RJ): 2003. [acesso em 2012 Jan 18]. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppgaarq/arquivos/files/6028-Resumo.pdf>.
12. Biblioteca Virtual em Saúde, Descritores em Ciências da Saúde [online]. 2012. [acesso 12 Jan 2012]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.
13. U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health, Medical Terminologies at NLM, Medical Subject Headings [online]. 2012. [acesso 12 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/medical-terms.html>.

14. Lanzoni GMM, Baggio MA, Parizoto GM, Cechinel C, Erdmann AL, Meirelles BHS et al. La Teoría Fundamentada: un estudio bibliométrico de la enfermería brasileña. *Index Enferm.* 2011 Jul-Set; 20(3):209-214.
15. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a. ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 2008.
16. Merighi MAB, Gonçalves R, Ferreira FC. Estudo bibliométrico sobre dissertações e teses em enfermagem com abordagem fenomenológica: tendência e perspectivas. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007 Jul-Ago; 15(4):645-650.
17. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia.* 2004 Set-Dez; 14(28):139-152.
18. Cabral IE, Tyrrel MAR. Pesquisa em enfermagem nas Américas. *Rev. bras. enferm.* 2010 Jan-Fev; 63(1):104-110.
19. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica.* 2007 Out-Dez; 17(4):229-232.
20. Barros AJ, Hiraakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003 Out; 3:21-33.
21. Polit D, Beck CT, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004.

**ANEXOS**

## ANEXO I

Certificado http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto\_cep/ce...



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** nº 860

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 034-GR/99 de 04 de novembro de 1999, em base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, cadastrado e inscrito no Registro Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

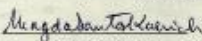
**APROVADO**

**PROCESSO:** 860      **FR:** 350958

**TÍTULO:** Significados dos relações múltiplas de cuidado "do não" experimentadas pelos profissionais de enfermagem

**AUTOR:** Alanoque Lorenzini Erdmann, Alanoque Lorenzini Erdmann e Maria Aparecida Baggio

FLORIANÓPOLIS, 26 de Julho de 2010.

  
 Coordenadora do CEPSH/UFSC  
**Profª Magda Santos Koerich**  
 Sub-Coordenadora  
 CEPSH/PPSE/UFSC

1 de 1 27-07-2010 08:34

## ANEXO II



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Significados das relações múltiplas de cuidado “do nós” experienciadas pelos profissionais de enfermagem**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, ...../...../.....

---

**ANEXO III**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E**  
**SOCIEDADE**  
**LINHA DE PESQUISA: ADMINISTRAÇÃO EM**  
**ENFERMAGEM E SAÚDE**  
CEP.: 88040-970 - Trindade - Florianópolis - SC  
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048)3721.9787

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Significados das relações múltiplas de cuidado “do nós” experienciadas pelos profissionais de enfermagem** e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, ...../...../.....

---

Alacoque Lorenzini Erdmann

## ANEXO IV



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 CURSO DE MESTRADO  
 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
 SOCIEDADE  
 LINHA DE PESQUISA: ADMINISTRAÇÃO EM  
 ENFERMAGEM E SAÚDE  
 CEP.: 88040-970 - Trindade - Florianópolis - SC  
 Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048)3721.9787

## DECLARAÇÃO

Declaro que no desenvolvimento do projeto de pesquisa **Significados das relações múltiplas de cuidado “do nós” experienciadas pelos profissionais de enfermagem**, os resultados da pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não; sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados; assegurando a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto; e compromisso do pesquisador responsável em cumprir os termos das resoluções 196/96 e 251/97 e 292/99 do Conselho Nacional de Saúde

Florianópolis, ...../...../.....

---

Alacoque Lorenzini Erdmann

---

Maria Aparecida Baggio