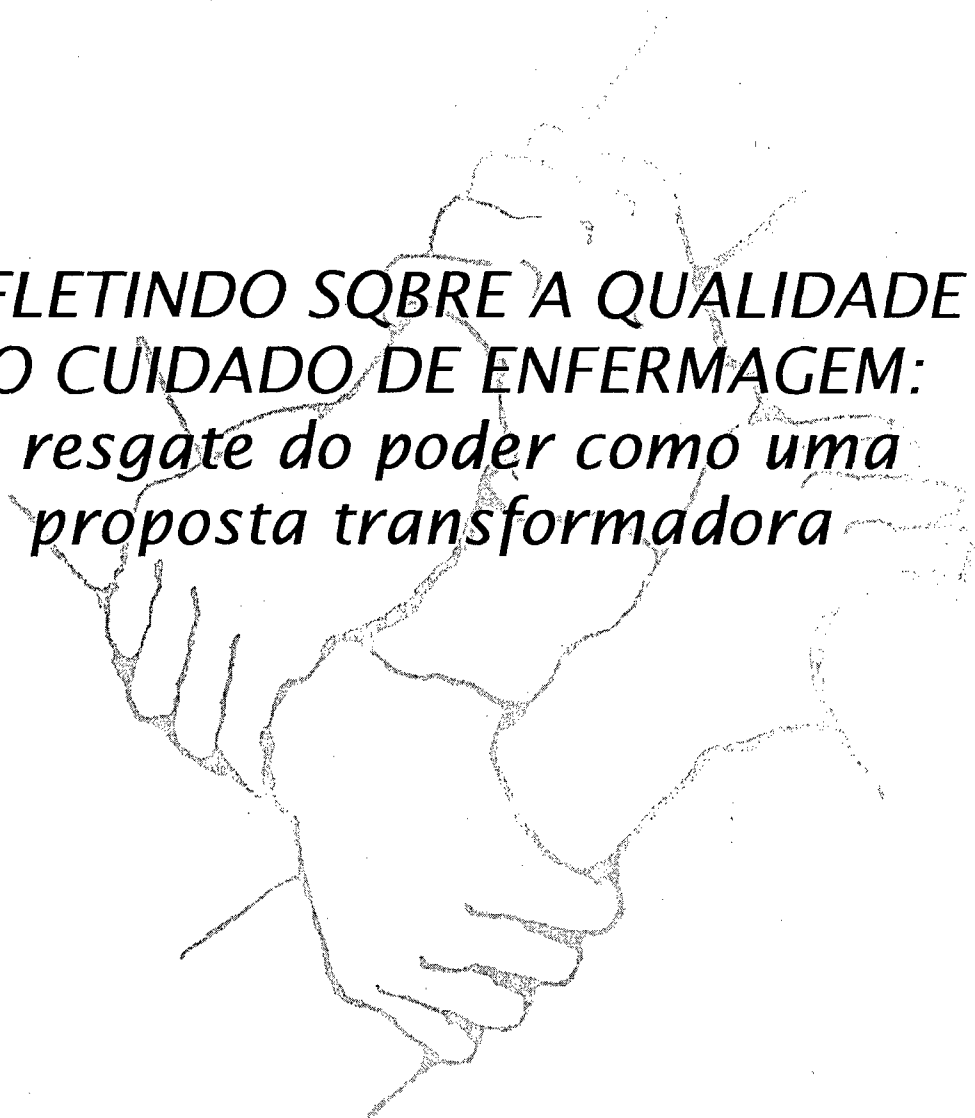


ADRIANA RIBEIRO MARTINS MADALOSSO

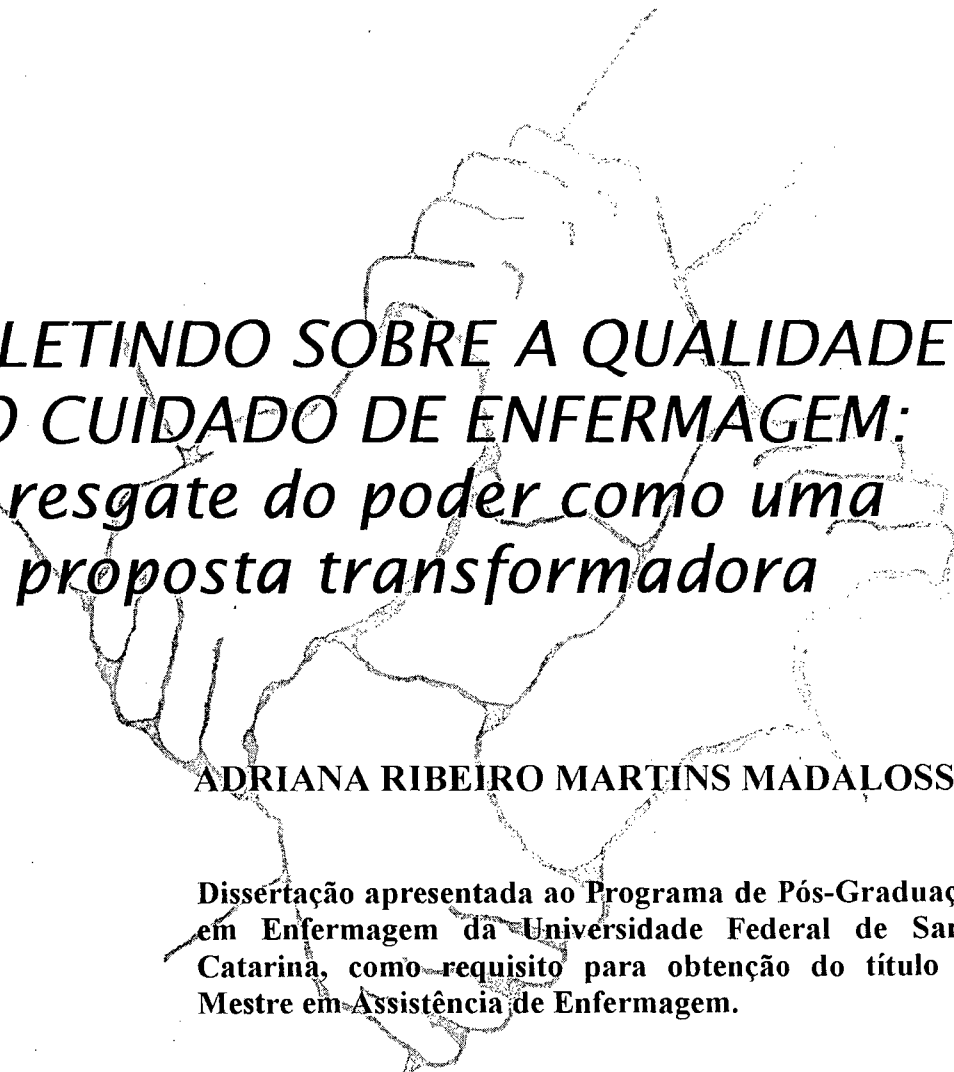
**REFLETINDO SOBRE A QUALIDADE
DO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
*o resgate do poder como uma
proposta transformadora***



PASSO FUNDO / RS

JULHO - 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
PÓLO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
CAPES - UFSC / FAPERGS - UPF



**REFLETINDO SOBRE A QUALIDADE
DO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
*o resgate do poder como uma
proposta transformadora***

ADRIANA RIBEIRO MARTINS MADALOSSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

Dr^a ZULEICA MARIA PATRÍCIO (orientadora)

**PASSO FUNDO / RS
JULHO - 2000**

JULHO DE 2000

**REFLETINDO SOBRE A QUALIDADE DO
CUIDADO DE ENFERMAGEM:
*o resgate do poder como uma proposta transformadora***

ADRIANA RIBEIRO MARTINS MADALOSSO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 25 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na área da Assistência de Enfermagem.



Dra Denise Pires (Coordenadora do Programa)

BANCA EXAMINADORA:

Dra Zuleica Maria Patrício (Presidente)

Dra Vera Regina Waldow (Membro)

Dra Valéria Lunardi (Membro)

Dra Rosita Saupe (Suplente)

Do Luis Betinelli (Membro)



Caminhada de gente:

Do meu grupo, para o meu grupo ¹

*Quando o sol brilha, os olhos se rebelam, a mente se liberta
Quando a alma brilha, os sentimentos emergem e a pessoa cresce
Quando a pessoa brilha, o sol resplandece, a alma emerge à pele
Então, o ser brilha e o eu maior aparece
Sorria, brilhe, você achou o caminho
Você se tornou mais gente e se sentiu mais gente
Você mudou
Você viveu o novo tempo.*

(Adriana Ribeiro Martins Madalosso, 17/12/1999, às 10:30 horas)

¹ Poema construído a partir das colocações feitas na avaliação da caminhada de um grupo de mestrandos amigos.

AGRADECIMENTOS

Para que todo este conjunto de experiências e conhecimentos se revelassem, foram fundamentais as contribuições, o cuidado e o apoio de pessoas que com sua compreensão, paciência, estímulo, carinho e amor participaram como coadjuvantes nesta realização. A esta gente tão especial torna-se fundamental agradecer.

Em particular deixo minha gratidão e meu muito obrigado:

- à *Universidade Federal de Santa Catarina, por ter viabilizado a realização deste curso de mestrado em Passo Fundo, permitindo transformar sonhos em realidade;*

- à *Universidade de Passo Fundo (UPF), por ter acreditado nas potencialidades de seus professores e investido neles;*

- aos *colegas de mestrado, por seu companheirismo, atenção, contribuição e presença nestes momentos dialéticos de prazer e sofrimento;*

- às *companheiras do QUALIVIDA - Grupo de Estudos Interdisciplinares do Cuidado da Qualidade da Vida, grupo de pesquisa no qual estou engajada, por seus exemplos de força, persistência e garra na valorização da pesquisa, da Enfermagem e da vida;*

- aos *colegas professores do Curso de Enfermagem da UPF, por sua compreensão, solidariedade e ajuda;*

- aos participantes do estudo, que por seu desprendimento e imensa vontade de crescer e de mudar, permitiram preciosos momentos que culminaram num conjunto inestimável de contribuições;

- ao hospital cenário do estudo que, anônima e confiantemente, abriu suas portas e propiciou um campo revelador e instigante;

- às minhas “amigas do peito” que souberam, com sua paciência e compreensão, cuidar de mim nos momentos que sempre precisei;

- à Doutora Rosita Saupe, coordenadora do Curso de Mestrado no Pólo da UPF, exemplo de pessoa e profissional, que por seu estímulo e presença, durante toda esta caminhada, soube auxiliar e motivar;

- à querida Doutora Zuleicã Maria Patrício, a minha especial admiração e gratidão, pela estimulante e fraterna convivência, pelas orientações, incentivos e contribuições e, principalmente, pelo reconhecimento das minhas dificuldades e possibilidades para enfrentar esta etapa de crescimento pessoal e profissional, ao apostar no coroamento deste aprendizado que transformou sonhos e idéias em uma realidade concreta;

- aos meus pais e irmãos, que sempre acreditaram em minhas capacidades e estimularam cada momento desta conquista;

- e, de maneira muito especial, agradeço e dedico esta vitória aos amores de minha vida Luiz Fernando e Luiz Henrique que, ao compartilharem os piores e os melhores momentos desta árdua caminhada, com sua eterna ajuda, sinceridade, preocupação, estímulo e valorização, tornaram-se meus cúmplices.

RESUMO

Este estudo apresenta uma experiência desenvolvida com seis enfermeiras no seu cotidiano de cuidado, em um hospital geral, de grande porte, do estado do Rio Grande do Sul. Objetivou desenvolver um processo de reflexão e crítica, fundamentado em um referencial teórico acerca da qualidade do cuidado de enfermagem. Para tanto, foram articuladas dimensões que envolvem a estrutura, o processo e os resultados do cuidado de enfermagem, a partir das concepções de Avedis Donabedian (1980; 1984), sobre qualidade na assistência de saúde, e de Sigridur Halldórsdóttir (1991), sobre os modos de ser/estar com o outro para cuidar. Este referencial foi aplicado através de uma metodologia qualitativa e participante, que envolveu, de forma dinâmica e inter-relacionada, uma fase exploratória para a caracterização da população e do cenário, o reconhecimento da realidade do cuidado de enfermagem, o diagnóstico da situação e o planejamento de alternativas para a sua transformação positiva. Neste caminho, através da análise dos conteúdos revelados e de sua categorização, como resultado do estudo, foi encontrada uma série de fatores negativos intervenientes na qualidade do cuidado de enfermagem, envolvendo as três dimensões previstas no referencial teórico. Foi identificada como temática central, a falta de poder destas enfermeiras para intervirem nestes fatores negativos e, com isto, melhorarem a qualificação do cuidado de enfermagem. Esta análise revelou um poder sublimado para a intervenção e transformação da realidade, contido por uma desmotivação e desmobilização individual e coletiva, propiciada por uma realidade de cerceamento de potencialidades, através de um modelo político institucional centralizador e controlador, conduzindo a enfermagem à submissão. Desta forma, o poder é apresentado como uma condição necessária para a qualificação do cuidado de enfermagem. O processo desenvolvido foi avaliado considerando os pressupostos e as concepções conceituais apresentadas acerca da qualidade do cuidado de enfermagem.

ABSTRACT

REFLECTING ABOUT THE QUALITY OF THE NURSING CARE:

the rescue of the power as a transforming proposal

This study presents an experience developed with six nurses in their daily of care in a general hospital of great structure in Rio Grande do Sul. It aimed at developing a process of reflection and critic, based in a theoretical referring concerning the quality of the nursing care. It were articulate dimensions that involve the structure, the process and the results of the nursing care, starting from Avedis Donabedian's conceptions (1980; 1984), about quality in the attendance of health, and Sigridur Halldórsdóttir's (1991), about ways of being with the other to take care. This referring was applied through a qualitative and participant methodology that involved in a dynamic and interrelated way, an exploratory phase for the characterization of the population and of the scenery, the recognition of the reality of the nursing care, the diagnosis of the situation and the planning of alternatives for its positive transformation. In this way, through the analysis of the revealed contents and of its categories, as a result of the study. It were found a series of intervening negative factors in the quality of the nursing care, involving the three dimensions foreseen in the theoretical referring. It was identified as central thematic, the lack of power from these nurses to intervene in this negative factors and, with this, improve the qualification of the nursing care. This analysis revealed a power exalted for the intervention and transformation of the reality, contained by a non motivation and individual and collective demobilization, propitiated by a reality of cutting of potentialities, through a centralizing and controlling institutional political pattern, leading the nursing to the submission. This way, the power is presented as a necessary condition for the qualification of the nursing care. The developed process was evaluated considering the presuppositions and the conceptual conceptions presented concerning the quality of the nursing care.

SUMÁRIO

INTRODUZINDO O ESTUDO	13
CAPÍTULO I	
A SEMENTE E O ESTÍMULO: justificando uma escolha	19
CAPÍTULO II	
O ENCONTRO COM A LITERATURA: construindo o referencial teórico...	24
CAPÍTULO III	
AS CONVICÇÕES: revelando o marco conceitual	41
3.1 Clareando o significado.....	41
3.2 Apresentando os pressupostos	44
3.3 Descrevendo os conceitos básicos do estudo.....	45
3.4 Expondo o modelo conceitual representativo	57
CAPÍTULO IV	
OS CAMINHOS: apresentando a metodologia do estudo	59
4.1 Descrevendo os princípios éticos norteadores	62
4.2 A formalização do estudo e a entrada em campo	64
4.3 O processo: descrevendo o percurso metodológico	64
4.3.1 A fase exploratória	68
4.3.2 A observação participante	69
4.3.3 A análise documental	71
4.3.4 A entrevista individual.....	72
4.3.5 As oficinas de diálogo crítico-reflexivo.....	73
A) Oficina “Repensando o cuidado de Enfermagem ”.....	74
B) Oficina “Criticando a realidade do cuidado de Enfermagem”	77
C) Oficina “Construindo possibilidades de transformação”.....	79
4.4 Organizando os registros de campo	81

CAPÍTULO V

A REVELAÇÃO DA REFLEXÃO: a realidade da qualidade do cuidado de enfermagem.....

5.1 Apresentando o cenário e os atores	82
5.2 O reconhecimento da realidade: contextualizando o cuidado de enfermagem.....	84
5.3 O diagnóstico do cuidado de enfermagem: criticando e repensando a realidade	99
5.3.1 A qualidade do cuidado de enfermagem pelas condições estruturais	101
A) A qualidade do cuidado de enfermagem e o ambiente físico.....	102
B) A qualidade do cuidado de enfermagem e o clima institucional para o trabalho	105
C) A qualidade do cuidado de enfermagem e a infra-estrutura material	112
D) A qualidade do cuidado de enfermagem e os recursos humanos.....	115
5.3.2 A qualidade do cuidado de enfermagem pelo processo de cuidar.....	118
5.3.3 A qualidade do cuidado de enfermagem pelos resultados.....	122
5.4 O planejamento coletivo: propondo alternativas para a qualificação do cuidado de enfermagem.....	125

CAPÍTULO VI

O RESGATE DO PODER: uma possibilidade para a transformação da realidade da qualidade do cuidado de enfermagem.....

6.1 O resgate do poder como uma condição para qualificar o cuidado de enfermagem	133
6.2 Avaliando o processo reflexivo.....	137

CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....

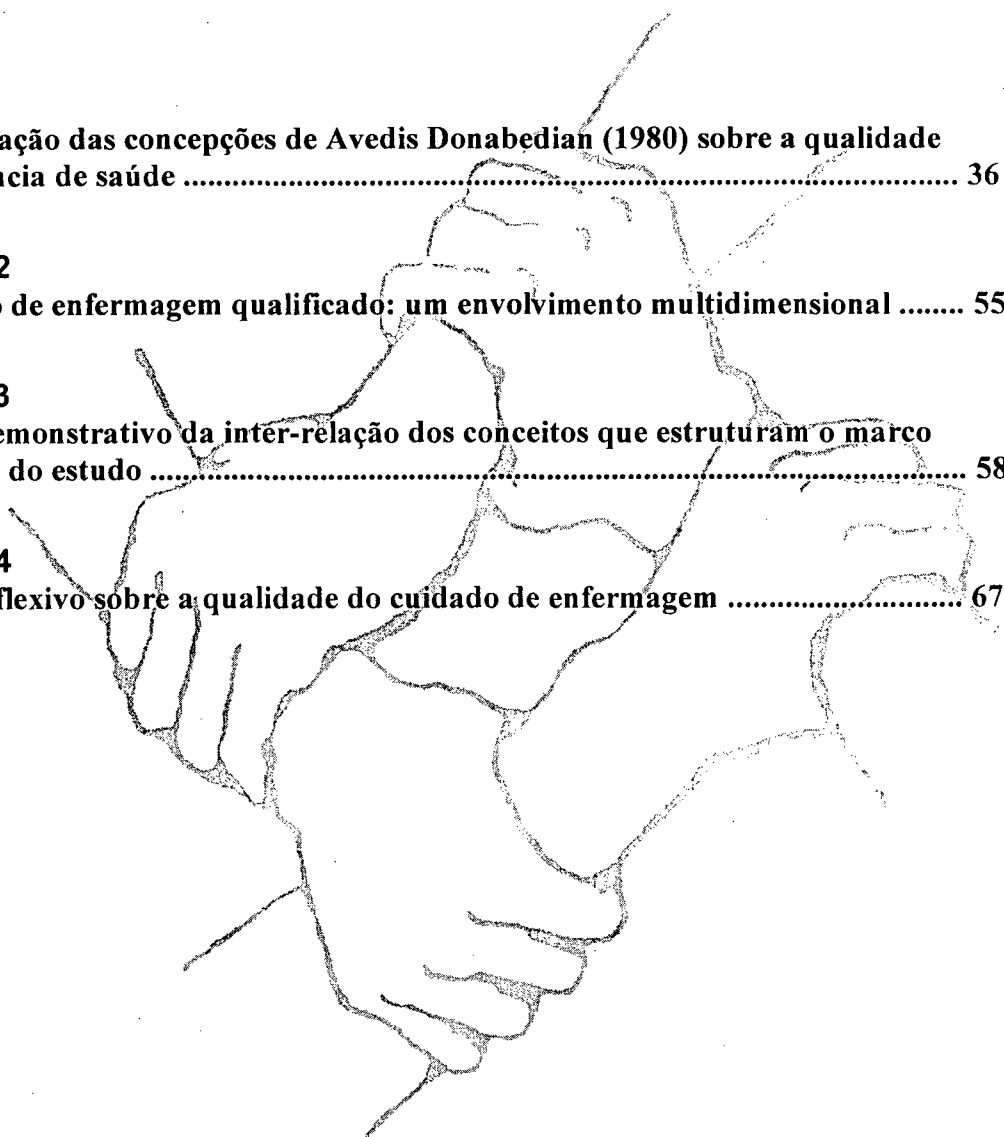
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

ANEXOS

158

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1**
Representação das concepções de Avedis Donabedian (1980) sobre a qualidade da assistência de saúde 36
- FIGURA 2**
O cuidado de enfermagem qualificado: um envolvimento multidimensional 55
- FIGURA 3**
Modelo demonstrativo da inter-relação dos conceitos que estruturam o marco conceitual do estudo 58
- FIGURA 4**
O ciclo reflexivo sobre a qualidade do cuidado de enfermagem 67



INTRODUZINDO O ESTUDO

Esta é a realidade hoje: uma paradoxal incongruência de um imenso e rápido desenvolvimento científico e tecnológico, paralelo a uma alarmante e crescente desumanização nas relações de seres que se dizem humanos, pelo desprivilegiamento e distorção das necessidades mais elementares da vida. Este panorama preocupante, tem feito emergir um novo paradigma. As possibilidades futuras foram abdicadas em favor do presente, presente este voltado à satisfação de cada indivíduo, de cada grupo e de cada profissão.

Esta nova perspectiva tem exigido da Enfermagem um novo olhar e uma nova postura. Apesar das inúmeras distorções vivenciadas e criadas no decorrer da sua história, comprometendo-a e afastando-a do que sempre lhe foi mais essencial (Paganini, 1998), uma nova ordem tem emergido na profissão, resgatando e tentando aperfeiçoar o cuidado de enfermagem e, paralelamente, lutando por sua valorização extrínseca, através do seu reconhecimento e de sua sustentação científica, bem como sua valorização na esfera social e econômica. Esta atenção de cuidado que tem sido perseguida, se volta ao ser humano de uma forma ímpar e especial, pois, neste entendimento que se alavanca, o cuidado de enfermagem só tem sentido com a especificidade e a particularização, se não, acaba por configurar-se em mais um ato geral, anônimo e descomprometido.

Frente a um contexto tão complexo, diverso e exigente, é possível se fazer um cuidado de enfermagem qualificado? Quais são os elementos envolvidos nesta qualificação? Como os enfermeiros percebem a qualidade do cuidado que prestam?

Na busca por responder tais indagações, assumi o compromisso pessoal e profissional de contribuir com a Enfermagem, concretizando este estudo na dissertação que agora passo a apresentar.

A questão que norteou-o foi: **quais são os fatores intervenientes na qualidade do cuidado de enfermagem prestado por um grupo de enfermeiros de um hospital geral de grande porte do estado do Rio Grande do Sul?** Na intenção de respondê-la parti para a **reflexão sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, como uma proposta de alternativa para transformar positivamente a realidade**, a partir da perspectiva dos próprios enfermeiros envolvidos neste cuidado.

Mas no que consiste este processo de reflexão que proponho?

Entendo como Saviani, citado por Patrício (1994, p. 61) quando a autora discute sobre esta abordagem, que (...) *refletir é um repensar. É um pensamento consciente de si mesmo, capaz de avaliar, de verificar. Refletir é o ato de retomar, reconsiderar, revisar, vasculhar em busca constante de significados.*

E nesta visão, destaco ainda, a contribuição de Johns (1999), quando ela volta-se ao cotidiano da Enfermagem e propõe o processo reflexivo como um ato de cuidado, que viabiliza o efetivo conhecimento do trabalho da Enfermagem e, desta forma, subsidia os profissionais para aprimorarem suas ações de cuidado em direção a uma transformação mais positiva das contradições que a sua realidade prática lhes impõem. A autora (*op. cit.*, p. 32), entende que neste processo de reflexão *o profissional é energizado através do conflito das contradições, do compromisso para realizar o trabalho desejável, do entendimento para focar a atenção e do crescimento do seu poder.*

Johns (*op. cit.*, p. 32), baseada em Fay², descreve este processo reflexivo como pautado na crítica e assentado em três níveis. O primeiro, identificado como

² Fay apresenta em sua obra *Critical social science*, publicada em 1987, em Cambridge pela Polity Press, o referencial dos três "es" para descrever o processo de reflexão. Estes três momentos foram identificados como *enlightenment*, *empowerment* e *emancipation*, e traduzidos para o português, respectivamente, como iluminamento, empoderamento e emancipação.

iluminamento, refere-se ao processo de entendimento, pela tomada de conhecimento, dos motivos pelos quais as contradições da realidade se apresentam. O segundo, o *empoderamento*, corresponde ao estabelecimento do encorajamento, como suporte necessário à tomada da ação em direção à mudança. O terceiro e último nível, é o da *emancipação* e refere-se a realização, propriamente dita, da ação aprimorada para a concreta transformação.

Esta transformação, como propõe Meyer (1996), não pressupõe necessariamente uma dinâmica de ruptura radical com o existente, mas um movimento de ações que paulatinamente vão mudando o cotidiano no sentido de aprimorá-lo.

Com estas idéias, o ato reflexivo que proponho, volta-se ao repensar e criticar a qualidade do cuidado de enfermagem em uma determinada realidade, com vistas ao encaminhamento de possibilidades para a sua transformação aprimorada. Desta forma, esta dissertação configura-se como uma pesquisa qualitativa, na modalidade de um estudo de caso sobre uma unidade da realidade do cuidado de enfermagem, vivenciada por um grupo de enfermeiros de um hospital geral, que desenvolveu-se através e durante as atividades da disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem³ deste Curso de Mestrado.

Entendo que a pertinência e a relevância do estudo, então, encontra-se no fato dele procurar rever a atual *performance* do cuidado de enfermagem e, por extensão, propiciar contribuições que possam possibilitar a viabilização do aperfeiçoamento qualitativo do atual modelo de cuidado de enfermagem, através de um caminho teórico-prático de transformação; de propiciar alternativas para melhor resguardar a profissão e seus profissionais, pela reavaliação de seus saberes e de suas práticas de cuidado, objetivando um planejamento assistencial mais atento e acurado; e, além disto, através de sua implementação e divulgação, buscar sensibilizar e incitar estes profissionais enfermeiros, ao avanço e ao aperfeiçoamento de suas competências através de

³ Esta é uma das disciplinas que compõe o conjunto curricular do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC. Está estruturada em 6 créditos e representa a terminalidade do bloco teórico do Curso. Fundamenta-se em todas as demais disciplinas anteriormente desenvolvidas e objetiva propor e aplicar um marco teórico através de um processo de trabalho que integra aspectos assistenciais, éticos e educativos.

conhecimentos, habilidades e atitudes mais positivas de cuidado, e ao desenvolvimento de linhas de pesquisa, imprescindíveis para a conquista e consecução de um trabalho humanizado e transformador, tão almejado na profissão.

Com a pretensão de exercitar as possibilidades de produzir conhecimento básico e aplicado, tracei como **objetivo geral**:

Desenvolver um processo de reflexão e crítica, fundamentado no referencial teórico acerca da qualidade do cuidado de enfermagem, junto a um grupo de enfermeiros de um hospital geral de grande porte do estado do Rio Grande do Sul, como uma proposta de transformação positiva da realidade do fazer da Enfermagem.

Este objetivo geral foi operacionalizado através dos seguintes **objetivos específicos**:

- **Elaborar um referencial teórico sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, tendo como enredo uma proposta participante.**
- **Aplicar o referencial a um grupo de enfermeiros que atuam em um contexto hospitalar, identificando, nesta realidade, os fatores intervenientes na qualidade do cuidado de enfermagem que por eles é implementado.**
- **Analisar a(s) temática(s) relevante(s) emergente(s), tendo em vista o referencial adotado, e avaliar o processo desenvolvido.**

Nesta ótica, parti para a concretização destes objetivos. O planejamento e o desenvolvimento tiveram como ponto de partida a problematização do meu cotidiano de cuidar e, por extensão, do trabalho de toda a Enfermagem. Seguiu-se à ele, a busca por ampliar o acesso aos conhecimentos que dessem sustentação e viés a estes dilemas instigantes sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, através de um encontro com a literatura científica. A construção inicial foi difícil. Um turbilhão de idéias emergiram, fruto de uma caminhada que ora confundia, ora esclarecia, repleta de prazeres e desprazeres, de conflitos e harmonias, de processos de ir-e-vir, de construção e

desconstrução. O somatório dos conhecimentos advindos da pesquisa bibliográfica e das experiências vividas no cotidiano de cuidar e ensinar a cuidar, aliados aos iluminados caminhos clareados e traçados junto com a orientadora deste estudo, aos poucos foram decodificando as mensagens e permitiram-me concretizar o indispensável recorte nas idéias e chegar à especificidade desejada da temática, com a delimitação da situação a ser trabalhada com enfermeiros cuidadores.

Assim, o presente relato, baseado na experiência oriunda da Prática Assistencial, está estruturado em oito capítulos, organizados de forma sequencial e dinamicamente articulados entre si.

O **primeiro capítulo** envolve a descrição da minha história de vida com a Enfermagem e com o cuidado de enfermagem, semente e estímulo que permearam todo o caminho do estudo.

O **segundo capítulo** apresenta o referencial teórico que ampara a dissertação. Apresenta uma retrospectiva histórica do cuidado e dos estudos sobre qualidade na assistência de saúde, em especial sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, revelando seus grandes personagens e as contingências que lhes determinaram os avanços e os retrocessos, as perdas e os ganhos e as mudanças e transformações que deram sustentação à realidade de cuidado que temos hoje.

O **terceiro capítulo** revela o marco conceitual, baseado nas minhas convicções e nas concepções convergentes da literatura. Após a definição do que seja o marco conceitual, são apresentados os pressupostos do mestrando em relação a perspectiva de qualidade para o cuidado de enfermagem e, articuladamente, os conceitos que configuram este marco: Enfermagem, ser humano, ambiente, processo saúde-doença, cuidado de enfermagem, qualidade e cuidado de enfermagem com qualidade. O capítulo culmina com os esquemas gráficos que contemplam o conjunto referencial para a qualidade do cuidado de enfermagem e o modelo demonstrativo conceitual que explicita, figurativamente, a articulação dos conceitos trabalhados.

O **quarto capítulo** revela o percurso metodológico desenvolvido, identificando seus diferentes momentos e etapas. Para esta descrição, foi subdividido em sub-

unidades. A primeira, salienta e justifica a opção por uma prática assistencial com cunho de pesquisa. A segunda, apresenta a descrição da trajetória metodológica. A terceira, aborda os princípios éticos que nortearam e permearam todo o estudo e explicita como foram trabalhados os dilemas éticos que emergiram durante o estudo.

O **quinto capítulo** representa a descrição do processo desenvolvido. Contempla a entrada em campo e a sua formalização, a descrição do cenário e dos sujeitos participantes, bem como, a descrição da realidade encontrada, o diagnóstico desta situação, acompanhado de uma discussão com a literatura, e o planejamento de ações como possibilidades para a transformação e qualificação do cuidado de enfermagem.

O **sexto capítulo** traz à discussão o poder na enfermagem, mais propriamente, a falta de poder dos enfermeiros sujeitos do estudo, como a grande temática emergente, identificada como permeando todas as situações intervenientes da qualidade do cuidado de enfermagem diagnosticadas. Ainda, contempla a síntese da avaliação de todo o processo reflexivo desenvolvido com o estudo, resgatando os objetivos propostos, o marco referencial e os meus pressupostos.

O **sétimo capítulo** apresenta minhas considerações finais em relação à importância deste estudo, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e para o desenvolvimento de uma ciência de Enfermagem, cada vez mais sólida e aberta às diversidades e em militância pela vida.

Por fim, é apresentado o conjunto das referências bibliográficas que ampararam e deram sustentação ao estudo e os anexos, com os documentos considerados relevantes e significativos para o estudo relatado.

CAPÍTULO I

A SEMENTE E O ESTÍMULO: *justificando uma escolha*

NESTE MOMENTO, APRESENTO AS VIVÊNCIAS E INDAGAÇÕES PESSOAIS E PROFISSIONAIS QUE ME FIZERAM DESPERTAR PARA A TEMÁTICA E CAMINHAR NESTA JORNADA DE PESQUISA.

De onde me veio tal preocupação com a qualidade do cuidado de enfermagem?

A resposta a esta interrogação encontra-se nas minhas vivências e convivências na Enfermagem. Atuando como enfermeira docente no Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (UPF) há 7 anos e fazendo Enfermagem, nos seus diferentes prismas desde 1981, vivenciei e vivencio os prazeres e a satisfação de um cuidado de enfermagem qualificado, mas também, as incertezas e as inseguranças com relação às múltiplas facetas que cercam estes cuidados que prestava e presto, que orientava e oriento e que percebia e percebo. Este dilema vem efervescendo desde o início da minha trajetória profissional, iniciada em 1977, com o ingresso na vida acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Tornei-me enfermeira, porque quis ser enfermeira. Fiz da graduação uma dedicação importante e, mesmo antes da diplomação, fui ao encontro da prática assistencial. O último ano da graduação foi árduo, mas ao mesmo tempo fértil e repleto

de novas oportunidades, descobertas e satisfações. As aulas em dois turnos e, o trabalho como atendente de enfermagem em plantões noturnos a cada dois dias, não fizeram esmorecer a vontade de fazer bem a Enfermagem. Pelo contrário, estas situações fizeram fortalecer ainda mais a convicção de que estava no caminho certo, concretizando uma vocação e caminhando para a realização de um bem fazer.

Da graduação, parti para a especialização, primeiro em Reeducação Psicomotora, pensando nas potencialidades para oferecer melhores possibilidades de vida aos bebês sofridos, prematuros e sequelados que aprendi a cuidar e a gostar com a Enfermagem Neonatológica. Em seguida, com a Administração de Serviços de Saúde, procurei aperfeiçoar conhecimentos, a fim de melhor gerenciar os meus cuidados e poder ampliar meus horizontes profissionais, para além da estrutura hospitalar. Ainda não satisfeita, mais tarde fui alimentar outra vertente vocacional e profissional importante, o ensino, através da habilitação em Licenciatura em Enfermagem.

No entanto, muitas situações alheias ao meu controle e vontade, me fizeram abortar perspectivas profissionais e mudar meu panorama de vida e de profissão. No final de 1983 cheguei a Passo Fundo e encontrei aqui uma realidade diferente da Enfermagem que aprendi e sempre concebi, mas que aos poucos foi se revelando motivadora e me impulsionou para o crescimento.

Demorei, mas retornei à Enfermagem e, em março de 1993, depois de alguns anos de experiência no ensino de atendentes e auxiliares de enfermagem, habilitei-me por concurso e ingressei no corpo docente do Curso de Enfermagem da UPF, na disciplina de Assistência de Enfermagem à Criança Sadia. Desta forma, reencontrei-me com os bebês, na sua assistência em centro obstétrico, alojamento conjunto, berçário, pediatria e atendimento ambulatorial. Encontrei-me com os acadêmicos, ainda muito voltados à concepção de tornarem-se "enfermeiros quase médicos" ⁴ e tentarem fazer uma "enfermagem quase medicina" ⁵. Procurei ensinar e divulgar uma outra imagem

^{4, 5} Esta classificação refere-se a uma realidade onde os acadêmicos de Enfermagem perseguem a sua valorização e a do seu fazer através de um processo de assemelhamento ao profissional médico e ao seu modelo patologicista e curativista de atenção de saúde.

da profissão, o que acredito, algumas vezes, ter conseguido. Tentei mostrar o que concebia como a verdadeira Enfermagem, seu valor e mérito, suas alegrias e dissabores, sua aspereza e proximidade, sua beleza e humanidade e suas múltiplas possibilidades de cuidado ao ser humano e, não unicamente, à cura do corpo.

Mas a idéia de mais aprender com e pela profissão, me fizeram, junto com valorosas colegas, professoras do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (UPF), empreender uma árdua batalha, na busca de trazer à nossa universidade um curso de mestrado para a Enfermagem. Unidas, abdicamos de férias e de momentos de lazer preciosos, para construir um projeto que convencesse ser viável tal aspiração. E a vitória foi alcançada. Assim, pela oportunidade conquistada, em agosto de 1998, iniciei mais uma trajetória na vida profissional, com a aprovação na seleção e ingresso no Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizado no pólo da UPF.)

Nesta caminhada do Curso de Mestrado, me aproximei, mais solidamente, do cuidado de enfermagem e da perspectiva da qualidade de vida. Este rumo levou-me ao engajamento ao **QUALIVIDA** – Grupo de Estudos Interdisciplinares do Cuidado da Qualidade da Vida ⁶ - e à definição mais clara da temática e da abordagem que pretendia desenvolver na dissertação.

Hoje, com esta conquista, sou outra pessoa e outra enfermeira. Aprendi novos saberes e novos rumos, tenho novas preocupações e aspirações e vivo e reflito sobre novas e instigantes realidades que cercam o cotidiano da Enfermagem. Com todo o entusiasmo e estímulo que caracterizam uma pessoa quando intensamente deseja e faz um curso desta natureza, iniciei o aprofundamento do estudo sobre a qualidade do cuidado de enfermagem na visão dos próprios enfermeiros, e sobre alternativas que pudessem encaminhar tal questão como um caminho para a dissertação.

Atualmente, como enfermeira docente, lotada na Disciplina de Enfermagem Infante - Juvenil, no Curso de Enfermagem da UPF, deparo-me no dia a dia, na

⁶ Grupo de pesquisa ligado à UPF, tendo suas origens no Curso de Enfermagem. Seus trabalhos têm por objetivo a produção de conhecimentos básicos e aplicados acerca do cuidado e da qualidade da vida, tanto na perspectiva individual como coletiva, tendo como base novos paradigmas.

supervisão dos acadêmicos em atividades práticas, em diferentes campos de atuação, com múltiplas situações de cuidado que são peculiares e inerentes ao aprendizado e que preocupam e despertam para a reflexão sobre a qualidade com que é prestado: a impetuosidade para aprender; a intenção de cativar clientes e professores; a busca por oportunidades variadas e múltiplas de desenvolvimento de conhecimentos e de práticas; a restrita habilidade; a insegurança; a falta de domínio técnico; as dificuldades no processo de comunicação e interação; as limitações para identificar, interpretar e analisar situações presentes e prementes, manifestas implícita ou explicitamente pelos clientes; a tendência à precipitação nas decisões ou lentidão para tomá-las; enfim, o maior risco para a prestação de um cuidado de enfermagem com uma qualidade que, por estes fatores, algumas vezes deixa a desejar.

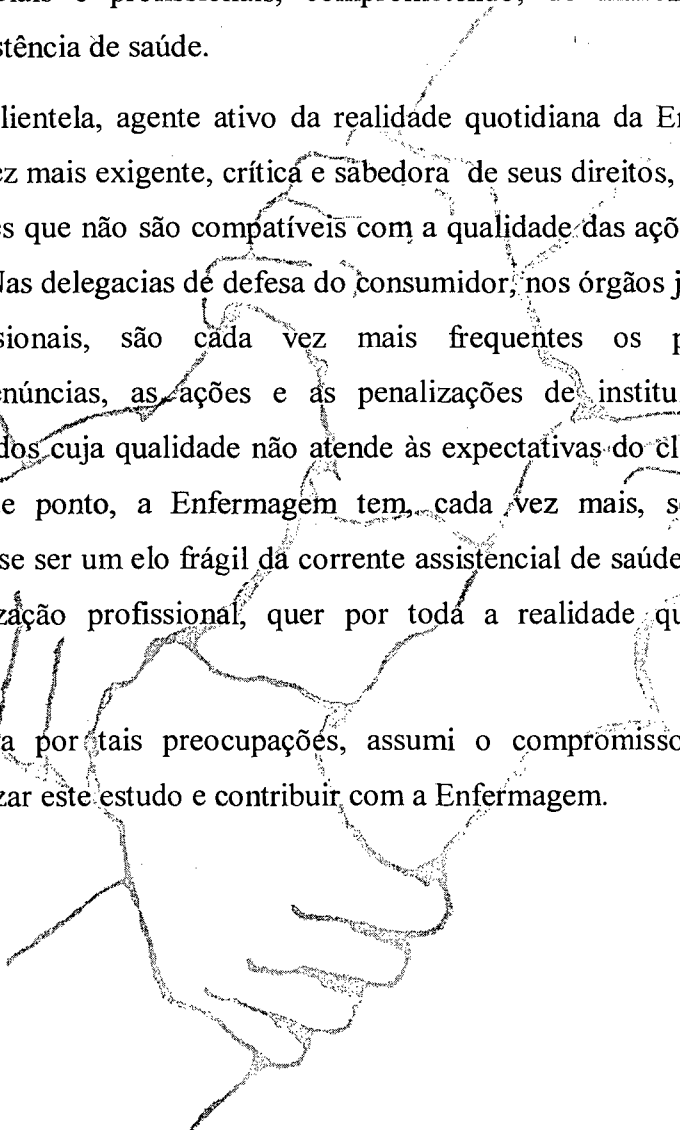
Também evidencio riscos a esta qualidade, na fragilidade do processo de supervisão pelo professor enfermeiro. Um grande número de alunos, as sequelas de um processo educacional vulnerável, fazendo chegar aos bancos universitários pessoas não adequadamente preparadas, a complexidade do processo de aquisição de habilidades variadas, muitas vezes no cliente, e a impossibilidade de supervisionar todos os acadêmicos, em todas as situações de aprendizagem, aumentam também esta possibilidade de ocorrência de situações de cuidado insatisfatório.

Na convivência com os enfermeiros, funcionários das instituições de saúde que funcionam como campos de estágios, percebo inúmeras situações que também predisõem a este risco de qualidade: o distanciamento destes profissionais das atividades que lhes são próprias, envolvendo-se, direta e frequentemente, com tarefas que competem a outros profissionais da equipe de saúde; a supervalorização e o privilegiamento das atividades gerenciais, em relação aquelas de cuidado direto e próximo ao cliente, determinadas por pressão das instituições empregadoras, por desmotivação e/ou até por despreparo; a precária sistematização e limitada documentação do cuidado de enfermagem; a delegação de cuidados sem uma supervisão adequada; o distanciamento entre as práticas de cuidado aprendidas na formação acadêmica e as executadas na vida profissional; a sobrecarga de serviço; o não respeito desejável à lei do exercício profissional; e uma baixa auto-estima e desvalorização profissional.

E, voltando-me a outras perspectivas das múltiplas facetas que envolvem a Enfermagem, constato, ainda, outras situações que comprometem a qualidade do cuidado de enfermagem. Os constantes avanços científicos e tecnológicos têm tornado cada vez mais complexo e sofisticado o nosso aparato de trabalho e o aperfeiçoamento e treinamento dos trabalhadores envolvidos, nem sempre tem atingido a mesma velocidade e compatibilidade. A política nacional de saúde, ultrapassada e corroída pela corrupção, tem conduzido o sistema de saúde ao sucateamento e a inviabilização, com sérias repercussões sociais e profissionais, comprometendo, de maneira geral, a qualidade de toda a assistência de saúde.

Por sua vez, a clientela, agente ativo da realidade quotidiana da Enfermagem, tem se mostrado cada vez mais exigente, crítica e sabedora de seus direitos, buscando o amparo para as situações que não são compatíveis com a qualidade das ações de saúde desejadas e esperadas. Nas delegacias de defesa do consumidor, nos órgãos judiciários e nos conselhos profissionais, são cada vez mais frequentes os pedidos de esclarecimentos, as denúncias, as ações e as penalizações de instituições e de profissionais, por cuidados cuja qualidade não atende às expectativas do cliente ou até lhe causa danos. Neste ponto, a Enfermagem tem, cada vez mais, se mostrado suscetível, por permitir-se ser um elo frágil da corrente assistencial de saúde, quer pelas situações de desvalorização profissional, quer por toda a realidade quotidiana já exposta.

Assim, motivada por tais preocupações, assumi o compromisso pessoal e profissional de concretizar este estudo e contribuir com a Enfermagem.



CAPÍTULO II

O ENCONTRO COM A LITERATURA: *construindo um referencial teórico*

NESTE CAPÍTULO CONTEMPO A REVISÃO DA LITERATURA. ELA APRESENTA O CONJUNTO DE CONCEPÇÕES DOS DIFERENTES AUTORES QUE COMPÕEM O REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM E SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, APROXIMANDO A LITERATURA DA REALIDADE CONTEXTUALIZADA QUE O PERMEIA.

Com a intenção de desenvolver esta transformação dos enfermeiros e da prática do cuidado de enfermagem em prol de sua qualificação e a consequente geração de novos conhecimentos, encontrei na literatura um referencial formado por um conjunto de valiosas concepções, de inúmeros autores, sobre as origens e a história da personalidade do cuidado e dos cuidadores, em especial, sobre as possibilidades de construir um referencial para a qualidade do cuidado de enfermagem, que agora passo a dar forma.

Então, que cuidado é este que tento compreender?

A complexidade e a diversidade da realidade quotidiana do fazer da Enfermagem, não se constituem como características de um panorama isolado e descontextualizado. Encontrei em Collière (1986, 1989), um caminho para o início desta trajetória. Segundo esta autora (*op. cit.*), o cuidado seria uma característica própria do

ser humano, constituindo-se na mais antiga prática da história do mundo. Estas práticas de cuidado, sejam elas de caráter informal/popular ou formal/profissional, foram marcadamente influenciadas pelos papéis femininos e pelos fatores culturais, sociais e econômicos de cada época.

Este cuidado, que teve suas raízes na própria origem da vida, por milhares de anos, no decorrer da história da humanidade, esteve ligado a sobrevivência dos seres humanos. Por séculos, se caracterizaram por uma forma empírica de serem concebidos e prestados, estando muito calcados nas forças míticas e da natureza, não pertencendo a uma profissão, mas estando relacionados a qualquer sujeito que, de alguma maneira, ajudasse outro. Foi a necessidade de assegurar a manutenção das funções vitais do cotidiano dos grupos sociais primitivos, que gerou este conjunto de atividades indispensáveis, organizadas segundo a perspectiva de gênero e marcadas por padrões culturais específicos de tempo e lugar. Estas práticas de cuidado eram asseguradas tanto por homens quanto por mulheres.

Aos homens, por seu vigor e força física, cabia a proteção do território, das mulheres, das crianças, dos velhos e dos pertences, a manutenção da ordem social do grupo, a garantia de suprimentos pela caça e a cura dos ferimentos. Foram justamente estes três últimos aspectos, que lhes permitiram o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos sobre feridas e o funcionamento do corpo - anatomia, fisiologia e patologia -, e lhes deram respaldo para assumirem as funções de curadores.

As práticas de cuidado femininas mostraram-se de natureza diversa da masculina, abrangendo de forma mais ampla e intensa outros aspectos do suporte à vida, mais voltados ao cotidiano, pela promoção da saúde, pela prevenção de problemas, dentre eles as doenças, e também pela cura. Estes cuidados femininos originaram-se em torno do corpo - como lugar da vida -, da alimentação - como fonte de energia e provisão - e da procriação, do nascimento e da morte - como ritos de passagem na vida. Para atender a estas perspectivas, as mulheres cuidadoras desenvolveram a farmacologia natural e a agricultura, bem como os princípios da nutrição, da puericultura e da obstetrícia.

Nesta concepção de prática de cuidar, não se verificava a descontinuidade no processo de cuidado. Ele era visto sob a ótica da integralidade do ser humano e da

comunhão com o mundo que o rodeava. Este ato de cuidar, segundo Collière (1989, p. 29) estaria voltado a garantir (...) *a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, (...) um conjunto de atos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo.* Ainda, segundo esta autora (*op. cit.*, p.49), elas representariam uma (...) *fonte de prazer, de satisfação, expressão de uma relação; pois pacificam, acalmam, aliviam, dispersam os tormentos tentando evitar o sofrimento.*

Tais práticas, distinguindo-se e destacando-se as inerentes às mulheres, foram sendo transmitidas de geração a geração, pela tradição oral. Mas, no decorrer da história, estes conhecimentos primitivos, ricos e provedores, foram sendo progressivamente fragmentados, confiscados e desvalorizados, tornando-se práticas servis e invisíveis e até, em determinado período, criminosas e, por isso, perseguidas como uma tentativa de erradicação (Collière, 1986; 1989).

Com o advento do Cristianismo, o cuidado das mulheres foi subvertido e confiscado com base em uma ideologia teológica que conduziu à secular privação feminina da escrita e do saber; à depreciação do corpo, rotulado como fonte de mal, de luxúria e de pecado, dissociado da alma, considerada a real fonte do bem e da pureza; à desvalorização da mulher, configurada como um ser menor e lascivo; e à desconsideração do *background* cultural dos sujeitos envolvidos nas práticas de cuidado, taxadas como heresias e bruxarias (Collière, 1986).

Estas concepções cristãs, foram apregoadas e consumadas por séculos, impondo um modelo de prática de cuidado cerceado, baseado na subordinação, no auto-sacrifício e na compaixão, muito mais como um rito de fé do que um ato de atenção à saúde voltado à sobrevivência e ao conhecimento. Desta forma, as tradicionais práticas de cuidados, integradas a um conjunto de símbolos e de rituais humanos e aos ciclos da natureza, passaram a ser desprezadas e condenadas como ritos pagãos. Algumas práticas sobreviveram a estas contingências, pois mantiveram-se restritas, exiladas e protegidas nos meios rurais e isolados (Collière, 1989).

Esta ideologia teológica influenciou os cuidados de enfermagem, até então empírica e comunitariamente realizados, dando lugar a uma nova concepção, onde a apropriação pela medicina, prática exclusiva dos homens, direcionou-as à

desvalorização, atribuindo prestígio e um maior *status* à cura. Até boa parte da Idade Média, as mulheres cuidadoras e detentoras dos saberes do cuidado, tornaram-se alvo da repressão e da perseguição religiosa.

Com o advento das ordens religiosas femininas e das mulheres consagradas, a mulher pôde retornar ao seu papel de cuidadora, mas agora, distanciado das formas primitivas e fortemente caracterizado como caminho de salvação e fé, e não como prática de saúde e de vida (Collière, 1986; Daher, 1998). Este cuidado apresentou-se descaracterizado e pautado pela passividade, pela permissividade, pelo subordinação e pelo sofrimento.

Conforme Almeida (1986) e Almeida e Rocha (1989), estas práticas de cuidado baseavam-se na relação direta com a doença e com a religiosidade, sendo desprovidas de sustentação por conhecimentos científicos e de concepções humanizadoras que as justificassem, determinando que a sobrevivência destes cuidados exigisse profundas alterações.

Os avanços e as mudanças que o desenvolvimento científico-tecnológico, as contingências sócio-econômicas e as ideologias políticas, religiosas e profissionais imprimiram, fizeram fragmentar as ações de cuidado e distanciá-las das suas origens mais essenciais. A Enfermagem, como profissão, surgiu como um ramo deste processo de fragmentação e dispersão.

Com a derrocada feudal e ascensão do capitalismo, a filosofia religiosa, até então a ideologia social condutora, progressivamente deixou de atender aos ideais da nova sociedade que se estruturava. Estas transformações se refletiram na Enfermagem, com a expulsão das religiosas dos hospitais, marcando um período decadente para a profissão. A Enfermagem que já vinha sendo precariamente desenvolvida, enfrentou mais um momento de decadência, quando passou a ser exercida por mulheres sem qualquer qualificação profissional ou moral, o que determinou uma maior depreciação da qualidade do seu fazer e uma desvalorização social ainda mais intensa, cujo estigma lhe perseguiu por muito tempo.

Com a ascensão do capitalismo, as concepções divinizadoras em relação ao cuidado deram lugar a uma nova visão. Passou-se à valorização do ser humano como força de trabalho, e à doença, como uma ameaça à força produtiva (Foucault, 1990). Os

cuidadores tornaram-se “mão-de-obra” e os cuidados “mercadorias”. A preocupação com este patrimônio corporal, fortaleceu o saber médico e imprimiu uma maior submissão à Enfermagem, exigindo que ela, progressivamente, tomasse novos rumos para readquirir o seu valor.

No século XIX, pouco a pouco, a Enfermagem começou a trilhar estes novos caminhos, ao romper com o empirismo e as ações intuitivas de cuidar, na busca de fundamentar suas práticas em um conhecimento racional e científico, fazendo emergir a Enfermagem moderna ou profissional. Foi neste cenário que destacou-se Florence Nightingale, resgatando a identidade vocacional da mulher para o cuidado. Distinguiu-se, ao imprimir a cientificidade e a modernidade ao saber da Enfermagem, apoiada na observação sistemática, na estatística e na reflexão permanente sobre o cuidado de cabeceira aos doentes e sobre os modos de conservar a saúde (Nightingale, 1989). Esta nova identidade que Nightingale apresentou para a Enfermagem vinculou o cuidado à mulher e, de certa forma, discriminou os homens, ao oportunizar esta prática profissionalizada somente às “moças”.

Florence configurou-se, segundo Medeiros e Tavares (1997, p. 279), como a *fundadora oficial da institucionalização da enfermagem, bem como da divisão técnica de seus agentes*. Ela imprimiu ao cuidado, a especialização com a categorização da profissão e a diferenciação dos saberes e das atividades. Esta heterogeneidade do trabalho da Enfermagem que caracterizava fortemente o modelo sócio-econômico vigente na época, apareceu com as *lady-nurses* e as *nurses*. Com as *lady-nurses*, de uma classe social privilegiada, ficavam os prestigiados trabalhos de administração, de ensino e de pesquisa e, por isto, cabia a elas receber um conjunto de conhecimentos mais aprofundados. Com as *nurses*, ficava o bem menos valorizado e prestigiado cuidado direto aos doentes (*op. cit.*). Verificava-se com este modelo de categorização e de funcionalismo, uma cisão entre a concepção e a execução do cuidado, onde quem dominava o saber não era quem o executava, situação esta evidente até os dias de hoje.

Dentro deste contexto, a Enfermagem, amparada pela modernidade, chegou ao século XX buscando ocupar espaços e conquistar autonomia. O modelo nightingeliano difundiu-se e influenciou, por anos, os cuidados dispensados pela Enfermagem em inúmeros países, inclusive no Brasil, quando em 1923 o modelo foi aqui implantado

(Pires, 1989). Assim, em nosso país, o trabalho da Enfermagem já nasceu dividido e descontextualizado, pela importação de um modelo de cuidado incoerente com a realidade brasileira.

Apesar destas características e de uma implementação desvinculada em muitos contextos, a difusão e o aumento do interesse pelos fundamentos deste modelo, influenciaram o desenvolvimento do processo de cuidar, que evoluiu progressivamente enquanto ciência e razão existencial da Enfermagem (Patrício, 1990; Waldow, 1998), fazendo-o transcender da simples execução técnica, ao benefício humanístico / holístico do ser cuidado (Patrício, 1990; Waldow, 1995; Lindolpho et al., 1996; Marcon et al., 1998).

Inúmeros referenciais emergiram e se consolidaram, colocando o cuidado como essência e objeto focal da Enfermagem. Foi nos Estados Unidos, em meados da década de 60, que esta abordagem destacou-se com vigor e, posteriormente, expandiu-se. Principalmente, a partir das teorias de Madeleine Leininger - Teoria da diversidade e universalidade do cuidado transcultural - e de Jean Watson - Teoria do cuidado transpessoal - e da criação da International Association for Human Caring (IAHC), os enfermeiros e a Enfermagem conseguiram desenvolver conceitos, práticas, bases, implicações filosóficas e processos educativos, administrativos e metodológicos sobre o cuidar e o cuidado na Enfermagem (Waldow, 1998).

Para Leininger (1979, p. 15), o cuidado de enfermagem estaria relacionado aos fatores culturais que influenciariam cada ser humano. Segundo sua Teoria do Cuidado Transcultural, ele seria entendido como:

(...) o subcampo ou ramo culto da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à Enfermagem, e às práticas de cuidado de saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto de saúde-doença.

Ainda, no seu entender (Leininger, 1985, p.260), este cuidado seria *uma necessidade humana essencial*, que se configuraria como a essência da Enfermagem, *seu domínio central e unificador* (Leininger, 1979; 1984 a; 1984 b; 1985).

Ampliando ainda mais a definição, segundo Madalosso et al. (1999, p. 32) o cuidado de enfermagem, na concepção de Leininger, seria (...) *um fenômeno relacionado ao comportamento de prestação de auxílio, apoio ou capacitação, para ou por um indivíduo ou grupo, que apresentam necessidades evidentes, previstas ou antecipadas de saúde*. Segundo estas mesmas autoras (*op. cit.*, p. 14), Leininger ainda postulava que:

(...)a estrutura social e os fatores do ambiente dos indivíduos, influenciam a percepção de saúde e a ministração do cuidado. Assim, ela teoriza sobre o Cuidado Transcultural, enfocando as relações entre as diversas visões de mundo, as várias estruturas sociais, o ambiente e os sistemas de cuidado populares e profissional.

Watson, como Leininger, também abordou o cuidado como essência da Enfermagem (Tomey, 1994), focalizou-o nas perspectivas humanística, holística, científica (George, 1993; Leopardi, 1998) e comportamental (Waldow, 1995).

Na perspectiva humanística, Watson ressaltou a necessária compreensão das experiências humanas, individuais e singulares, para o cuidar na Enfermagem.

Na perspectiva holística, percebeu o ser humano interferindo no ambiente e sendo influenciado por ele e pelos outros seres humanos que o cercam.

Na perspectiva científica, valorizou o conhecimento científico para uma fundamentação sólida da ciência do cuidado de enfermagem e para o seu exercício qualificado (George, 1993). Watson (1979, p.55) enfatizava que *sem o uso sistemático do método científico de solução de problemas, a prática eficaz é acidental, na melhor das hipóteses, e fortuita ou prejudicial, na pior das hipóteses*.

E, considerando a perspectiva comportamental, lembrou que o cuidado efetivo se concretiza no relacionamento interpessoal, através de atitudes de cuidado pautadas na valorização e no respeito à autonomia e à liberdade de escolha do ser humano para a satisfação de suas necessidades, com vistas à melhoria da qualidade de vida (Watson, 1988).

Com este entendimento, para esta teórica, o cuidado se constituiria no ideal moral da Enfermagem. Ele representaria um conjunto de esforços transpessoais direcionados a auxiliar o ser humano a obter o auto-conhecimento, o auto-controle e a

auto-cura, desta forma, protegendo, promovendo e preservando a sua existência (Tomey, 1994; Waldow, 1995).

Outro expoente que se destacou neste novo panorama do cuidado na Enfermagem, foi Marie-Françoise Collière, já mencionada nesta fundamentação. Através de seus estudos retrospectivos do cuidar, do cuidado e das mulheres cuidadoras, desvelou as origens do processo do cuidado e suas interferências como fatores determinantes da realidade atual da Enfermagem.

Collière (1989, p. 29) definiu este cuidar como *um meio de manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis (...) diversificadas na sua manifestação, e (...) representa um conjunto de atos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos, com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo*. E acrescentou (*op. cit.*, p. 15), ao considerar a impossibilidade de dissociar os indivíduos dos que o cercam e do meio que os abriga, que *cuidar é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos, mas à perenidade de todo o grupo social*.

A partir destas concepções, outros enfoques se desenvolveram, enriquecendo substancialmente este arcabouço científico. Posteriormente a década de 80, a Enfermagem consolidou-se como uma prática social (Medeiros e Tavares, 1997), articulada às necessidades sociais e econômicas do contexto em que se insere. Também, neste período, as teorias de enfermagem voltadas ao cuidado começaram concretamente a expandir-se internacionalmente.

No Brasil, o cuidado na Enfermagem e suas diversas concepções teóricas, inicialmente despertaram interesses e estudos tímidos e isolados. Começaram realmente a despontar, a partir do I^o SIBRATEN - Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem (SIBRATEN, 1985) -, realizado em 1985, na cidade de Florianópolis/Santa Catarina, promovido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), quando, pela primeira vez, teóricos e estudiosos de teorias de enfermagem de reconhecimento internacional chegaram ao país para desenvolver um diálogo mais próximo e abrangente com os profissionais brasileiros, focalizando as diversas dimensões do cuidado de enfermagem e as teorias que as permeiam.

Semeou-se, então, o interesse e a motivação pela temática. Particularmente, a década de 90, mostrou-se fértil, abrindo um novo leque de perspectivas para o cuidado de enfermagem, com a institucionalização destes saberes nos currículos de muitos cursos de graduação e pós-graduação e a realização de inúmeras pesquisas, publicações e revisões sobre os referenciais teóricos do cuidado de enfermagem, agora contextualizados à realidade brasileira. Destacaram-se no panorama nacional, vários enfermeiras estudiosas do cuidado, dentre elas, Zuleica Maria Patrício, Eloíta Neves Arruda, Vera Regina Waldow, Alcione Leite da Silva e Maria Tereza Leopardi.

Este cuidado, para Patrício e Bohes (1988), Patrício (1990, 1992, 1995, 1996), Arruda e Silva (1994), Waidmann (1996), Marcon et al. (1998) e Waldow (1998), foi definido como uma característica humana de envolvimento e interação, com o fazer com e pelo outro. Ele seria capaz de enriquecer a relação interpessoal e propiciar o desenvolvimento mútuo dos seres cuidados e dos cuidadores (Waldow, 1996; Zagonel et al., 1997; Bauer e Pinheiro, 1998).

Ampliando ainda mais esta concepção, Patrício (1995, 1996) e Waldow (1998) acrescentaram que o cuidado representaria a busca da ecologia interna do ser humano, ou seja, a arte dele viver em equilíbrio consigo próprio, com as pessoas que o rodeiam e com a natureza planetária que o abriga.

Ainda conforme Patrício (1990), baseada nos referenciais de Leininger, estes cuidados fundamentais seriam classificados como diretos, quando envolvessem uma situação de cuidado diretamente com o cliente, e indiretos, quando envolvessem situações que viabilizassem o cuidado direto e colaborassem com a atenção ao paciente por vias indiretas, como por exemplo, as atividades de caráter administrativo.

Mas o cotidiano da profissão, no cuidar da clientela, apesar destas bases científicas de respaldo e os grandes avanços alcançados, ainda, muitas vezes, determina a ocorrência de situações que nem sempre são desejáveis ou satisfatórias.

Então, o que seria um cuidado de enfermagem qualificado?

Encontrei na literatura poucos documentos que tratavam mais profunda e especificamente sobre a qualidade do cuidado de enfermagem na concepção em que ele é apresentado neste estudo. O que pude apreender do encontrado é que, no decorrer da história, a realidade impôs situações que clamaram por contínuos avanços, revelando a

necessidade de novos modelos de qualidade de assistência em saúde. Tais modelos buscaram otimizar recursos, processos, resultados, produtividade e satisfações.

Esta preocupação com a qualidade dos serviços prestados na área da saúde, envolvendo, dentre eles, o cuidado de enfermagem, se iniciou efetivamente com a industrialização e se alastrou como um imperativo de sobrevivência destas instituições profissionais no mundo moderno capitalista (Foucault, 1990; Nogueira, 1996).

De acordo com Villalobos (1998), concretamente, somente após a II^a Guerra Mundial é que estas perspectivas de qualidade se cientificaram e passaram a ser consideradas com mais rigor e atenção. Na área da saúde, a influência destes conceitos começou a se repercutir na década de 50 e, especificamente na Enfermagem, somente a partir da década de 60.

Mas, retomando a história do cuidado-e, aliando-se a ela os modelos de cunho qualitativo para a assistência, percebi que a noção de qualidade, em realidade, remonta às suas origens, na medida em que este cuidado sempre esteve orientado no sentido da melhoria das condições de vida dos seres humanos, como uma perspectiva de qualidade de vida.

Numa relação mais direta com a Enfermagem, Nogueira (1996, p. 1), fazendo uma retrospectiva desta relação, coloca que:

ao se falar de qualidade em saúde, não se pode deixar de mencionar o esforço da pioneira Florence Nightingale (...), enfermeira inglesa que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde em 1854, (...) com os rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem por ela estabelecidos.

No entanto, infelizmente, neste processo de desenvolvimento e de construção dos modelos de qualidade de saúde como um todo, se perderam elementos constitutivos fundamentais, supervalorizando-se o resultado técnico pela eliminação do erro, do desperdício, da ineficiência e do retrabalho⁷, como produtividade e ganho financeiro, e

⁷ Termo que designa a necessidade de repetição de uma determinada ação quando ela é imprecisamente realizada; representa o "fazer de novo".

a ética do poder pelo domínio do saber, com a hegemonia das concepções do profissional. Relegaram-se, assim, os aspectos humanísticos a um patamar menor nesta relação de cuidado.

Nesta concepção, Juran prefaciando a obra “Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement” de Berwick et al. (1991), coloca que *é igualmente viável desenvolver projetos de redução de custos e melhoria da qualidade na área da saúde*. E acrescenta que:

a área da saúde tem agora uma grande oportunidade de aumentar o ritmo de suas melhorias (...) levando em consideração a experiência das indústrias de outras áreas. Certamente, nas mentes de muitos, a saúde é “diferente”. Com certeza isto é verdadeiro com relação à sua história, tecnologia e cultura. Entretanto, os fatores decisivos e que determinam o que funciona e o que não funciona (...) são os mesmos.

Na Enfermagem, conforme Cianciarullo (1997, p.15), esta qualidade sempre foi considerada como um *ponto crítico*, pela indefinição do seu âmbito na assistência de saúde em geral e pela insatisfação profissional que suscita. Mas apesar da preponderância deste enfoque produtivista, técnico e financeiro e de sua crítica indefinição, na literatura científica de Enfermagem, frente aos novos paradigmas que emergem, encontram-se, cada vez mais consolidados, novos e importantes elementos constitutivos de qualidade, que necessariamente precisariam ser repensados.

Percebi, nesta caminhada inquietante, a emergência de uma nova ética para este novo cuidar com qualidade, pautada não mais na ótica puramente capitalista, mercantilista e hegemônica do profissional, mas na sua responsabilidade social, moral, profissional e científica de avaliar e garantir a qualidade dos cuidados oferecidos à clientela (Dreyer, 1997), em prol da qualidade da vida humana (Patrício et al., 1999). Esta nova postura se revela através da solidariedade, do exercício da cidadania, do humanismo, da consciência ecológica e da probidade da ciência (Patrício, 1996; Gelain, 1995; 1998), abrangendo as perspectivas do profissional, da instituição e da clientela e suas múltiplas possíveis relações.

Apoiada em publicações recentes, Dreyer (1997) ressalta que não há um consenso sobre a definição e os parâmetros de qualidade da assistência entre os pesquisadores e *experts* do assunto. Os critérios encontrados, que determinam a

qualidade da assistência de enfermagem, estão baseados em valores e crenças sociais e profissionais, correspondentes a um momento e a um contexto determinado, expressos em um modelo conceitual (*op. cit.*).

Especificamente com relação à Enfermagem brasileira, este enfoque qualitativo aparece expresso no preâmbulo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem quando fica ressaltado que (...) *a Assistência de Enfermagem (...) está centrada na clientela e pressupõe que os Agentes de Trabalho de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade (...)* (Gelain, 1998, p.36).

Do mesmo modo, a Lei nº 8.078, de setembro de 1990 (Ministério da Justiça do Brasil, 1990), que apresenta o Código do Consumidor, respalda os direitos da clientela por serviços de saúde de qualidade, bem como a obrigatoriedade das instituições prestadoras destes serviços de manterem sistemas de controle de qualidade dos serviços que prestam.

Yamamoto (1997, p. 1) entende o cuidado de enfermagem qualificado como *um processo cooperativo em que os profissionais de enfermagem cuidam da clientela individualmente, com conhecimento, competência e habilidades a fim de proporcionar-lhe a recuperação da saúde, segundo as expectativas desta clientela.*

Já Dreyer, avança nestas concepções quando ultrapassa da pura perspectiva individual do cliente e envolve o coletivo nesta relação. Define a qualidade na assistência de enfermagem, citando Jacquerye, (Dreyer, 1997, p. 231) como (...) *a contribuição da profissão à saúde e ao bem estar dos indivíduos e das populações.*

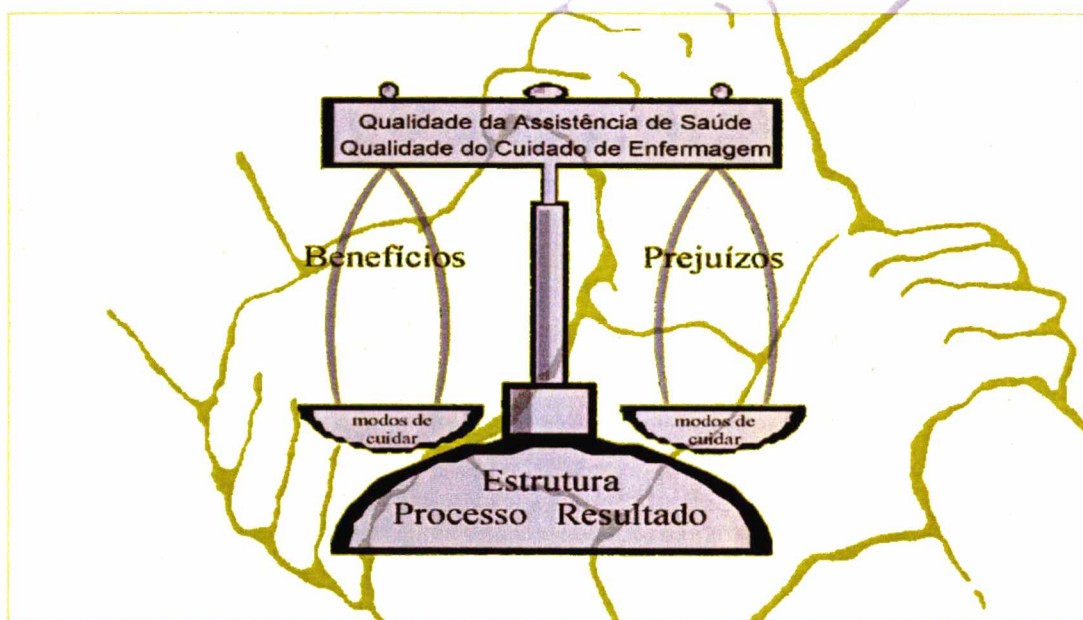
Blaney (1993) destaca que para se pensar em qualidade da assistência em Enfermagem, torna-se fundamental considerar-se a integralidade do ser humano, seu cliente. Acrescenta que, para que isto ocorra, se faz necessário planejar, executar e avaliar os atos de cuidado, levando-se em conta as necessidades e expectativas dos clientes. Daí a qualidade da assistência poder assumir significados múltiplos, uma vez que um mesmo cuidado pode ser considerado bom e satisfatório para um determinado cliente e não o ser para outro.

Finger (1993 a; 1993 b), Villalobos (1998) e Paganini (1998) reforçam esta subjetividade em relação aos parâmetros de qualidade e colocam que, ao se pensar nesta

perspectiva, seria procedente também levar-se em conta os direitos desta clientela em relação a acessibilidade, a informação e a liberdade de escolha do cuidado a receber.

Donabedian (1980) desenvolveu um modelo de análise de qualidade em saúde onde englobou três dimensões sistemicamente correlatas: a **estrutura**, o **processo** e os **resultados**. Para ele, conforme representado na **figura 1**, a qualidade da assistência em saúde dependeria diretamente destes aspectos e se encontraria, então, no equilíbrio entre os benefícios e os prejuízos que dela poderiam decorrer.

Figura 1 - Representação das concepções de Avedis Donabedian (1980) sobre a qualidade da assistência de saúde



Fonte: Madalosso, 1999 (d).

Esta conotação proposta por Donabedian foge às concepções projetivas e futuristas que os velhos paradigmas ainda tentam impingir e que a muitos, ainda, consegue iludir. Propõe a qualidade contextualizada na perspectiva do presente. Donabedian (1984), como outros autores que enfocam esta visão mais ampla do processo de qualidade assistencial de saúde, considera a necessidade de ultrapassar-se a concepção puramente técnico-profissional e considerar-se todos as perspectivas concernentes. Assim, (*op. cit.*, p. XIII) entende o conceito de qualidade como *o modelo*

unificador que integra outros: (...) acessibilidade, continuidade e coordenação. A acessibilidade é colocada como a atenção de saúde fácil de ser iniciada e de ser mantida e (...) implica uma adaptação entre os provedores e os clientes que facilitam sua união e influem na qualidade de atenção (op. cit., p.28). A coordenação representa o processo mediante o qual os elementos e relações da atenção (...) se acoplam entre si dentro de um propósito geral (op. cit., p. 29), ou seja, é viabilizada a integração interdisciplinar das ações. E a continuidade, representa a ininterrupção da atenção de saúde; se caracteriza como a (...) estabilidade dos objetivos e métodos do tratamento (...) ou como uma (...) evolução ordenada e razoável destas ações (op. cit., p. 29).

Nogueira (1996), analisando as concepções de Kaoru Ishikawa, corrobora este novo enfoque que volta-se a controlar a qualidade em todas as suas possíveis dimensões e variadas manifestações. E, coloca que esta ampliação de entendimento necessariamente deve contemplar uma *(...) sensibilidade ao desejo e às necessidades do cliente. (op. cit., p. 6)*

Pessini e Barchifontaine (1996), direcionando-se pelos preceitos da bioética, acrescentam que, para se poder fazer bem a assistência de saúde, se torna fundamental, também, o conhecimento para esta ação. Destacam a necessidade deste saber ter um caráter científico-humanístico, para desta forma, então, viabilizar realmente a promoção e defesa da saúde humana no seu sentido mais amplo, o da vida.

Dreyer (1997), lembra que para fazer frente a todos estes anseios pela qualidade da assistência, as normas e os critérios a serem definidos, precisam caracterizar-se pela dinamicidade, para poder contemplar as evoluções que a realidade quotidiana revela e que se superam em pouquíssimo tempo.

Nogueira (1996, p. 1), ao introduzir sua obra sobre qualidade na saúde, reitera as considerações de Dreyer, quando expressa que:

a jornada pela qualidade é uma corrida sem linha de chegada. Cada etapa vencida ao longo do caminho injeta mais energia e disposição. O corredor passa a enxergar e perseguir novos desafios na sua incessante busca de melhoria contínua.

Considerando o cuidado de enfermagem como uma das facetas da assistência de saúde, entende-se possível mesclar estas concepções e elaborar um conjunto referencial, desde que na articulação se respeite as suas peculiaridades mais próprias. Assim, para

trabalhar a qualidade do cuidado de enfermagem, dentro desta perspectiva multidimensional e contextualista discutida, articularam-se os referenciais de Avedis Donabedian (1980) e de Sigridur Halldórsdóttir (1991).

Conforme Donabedian (1980) esta qualidade estaria diretamente à três dimensões relacionadas: às **condições estruturais** necessárias à assistência de saúde envolvendo o ambiente, os recursos materiais e os recursos humanos; ao **processo assistencial** (neste estudo identificado como processo de cuidado de enfermagem); e aos **resultados** deles decorrentes.

Considerando este último aspecto relativo a resultados, o autor ressalta que *a definição de qualidade repousa sobre o grau em que os interesses dos pacientes terão sido atendidos* (Donabedian, 1984, p. 34) Mas, ao mesmo tempo, ressalva que estes parâmetros precisam também atender aos interesses dos profissionais envolvidos, como satisfação e motivação para o trabalho, e às funções e necessidades que caracterizam a organização, para que ela consiga sobreviver.

Finger (1993 a), considera o ambiente da estrutura assistencial como um fator importante para a qualidade. Avança na concepção de ambiente, extrapolando a limitada noção física, ao destacar as influências do ambiente emocional para a qualificação assistencial. Saliêta que os reflexos da filosofia institucional, decorrente de uma ideologia organizacional, afetam sensivelmente o clima de trabalho assistencial e compromete suas repercussões.

Halldórsdóttir (1991) se volta ao processo assistencial através do cuidado de enfermagem. Entende que existem diferentes **modos de ser/estar com o outro** e seriam estes modos que permitiriam ou não o processo interativo, essencial à consecução do cuidado de enfermagem. Esta autora identificou cinco modos básicos de ser/estar com o outro que se refletem no processo de cuidar, traduzidos como **biocida, bioestático, biopassivo, bioativo e biogênico**. Destes modos, dois relacionam-se à qualidade positiva e três têm conotação negativa, como ações de descuido ou de ausência de cuidado, com prejuízos para o cliente.

O **modo biocida ou de vida e destruição**, representa uma das várias formas desumanas de relação entre o enfermeiro e seu cliente. É caracterizado como uma situação em que há indiferença e descuido, conduzindo à despersonalização do

cliente, à deterioração de sua satisfação pela vida e ao aumento de sua vulnerabilidade aos agravos, desta forma, determinando-lhe importante e marcante sofrimento físico e emocional. Para Halldórsdóttir (1991, p. 40), nesta situação, *o paciente sente-se desvalorizado como uma pessoa, que ele é realmente menos que uma pessoa: (...) "um objeto," ou "uma máquina"*⁸.

O **modo bioestático ou de vida e repressão**, caracteriza-se como uma situação de ação assistencial impositiva, dominadora e controladora e, por isso, de não-cuidado. Este modo repressivo na relação enfermeiro-cliente se expressa por prepotência, indiferença e insensibilidade, através da crítica, da censura, da acusação ou da hostilização do outro, conduzindo o cliente ao *desencorajamento e à ansiedade* (Halldórsdóttir, 1991, p. 41).

O **modo biopassivo ou de vida e neutralização**, corresponde a uma situação caracterizada não por uma forma destrutiva de relação, como nas apresentações anteriores, mas pela omissão, desatenção, desinteresse e falta de envolvimento pessoa-a-pessoa do cuidador com o seu cliente. Conforme Halldórsdóttir (1991, p. 43), a característica fundamental deste modo de ser/estar com o cliente está representada pela (...) *apatia, que refere-se à abordagem na qual o enfermeiro é percebido estar desatento com o paciente e com suas necessidades específicas*. Assim, nesta perspectiva de relação, o enfermeiro afasta-se do cliente como ser humano, voltando-se às rotinas e às tarefas a serem desempenhadas.

O **modo bioativo ou de vida e sustentação**, representa o cuidado personalizado e se apresenta como uma forma positiva de ser/estar para cuidar. Ele está relacionado à estreita e harmônica relação entre a competência e o humanismo. A benevolência, disposição, atenção, preocupação, consideração e afeto pelo cliente, como ser humano que é, se concretizam através de atitudes de cuidado voltadas ao conforto, encorajamento, consolo e suporte da vida. Segundo Halldórsdóttir (1991, p. 44), este é o *cuidado profissional de enfermagem*.

O **modo biogênico ou vida e doação**, para o autor, seria (...) *o verdadeiro modo*

⁸ Aspas do autor.

humano de estar com o outro e representaria o *cuidado autêntico* (Halldórsdóttir, 1991, p. 44). Ele promove um processo de interação positiva, aberta e receptiva, onde o desenvolvimento das relações de proximidade entre o enfermeiro e seu cliente envolve o respeito ao outro através de laços fraternos, baseados na confiança, na aceitação das expressões da individualidade, na consciência do direito à liberdade espiritual e no respeito à dignidade e aos sentimentos do ser cuidado. Este modo de relação, forma a base para que o cuidado de enfermagem profissional se estabeleça como realmente terapêutico e restaurador e possa ser efetivamente e mais plenamente realizado.

Waldow (1995) coloca que este modo de interagir no cuidar, favorece a recuperação dos clientes de forma mais rápida e efetiva, bem como, torna, para eles, as experiências com a doença e/ou com a hospitalização, mais toleráveis. A autora (*op. cit.*, p. 21) reforça estas convicções, lembrando que *encontros de cuidar/cuidado, onde existe um relacionamento de proximidade, confiança e aceitação, envolvem crescimento, esperança e amor.*

Desta maneira, os modos bioativo e biogênico de ser/estar com o outro para cuidar, principalmente este último, representam os modos positivos que viabilizam o processo interativo e conferem a qualidade ao cuidado:

O referencial proposto, então, com esta articulação, envolve:

- a **estrutura para o cuidado de enfermagem**, relacionada ao ambiente nos seus aspectos físicos e de clima institucional para o trabalho, aos recursos materiais e aos recursos humanos;
- o **processo de concretização do cuidado de enfermagem**, através de ações direta ou indiretamente voltadas ao cliente, consolidadas por conhecimentos, habilidades e atitudes positivas de cuidado. Estas condições favorecem o processo interacional enfermeiro-cliente e se configuram como modos positivos de ser/estar com o outro, identificados como os modos bioativo e biogênico;
- e a **resolutividade alcançada** com eles, na perspectiva do enfermeiro, da instituição de saúde e, principalmente, da clientela.

CAPÍTULO III

AS CONVICÇÕES :

revelando o marco conceitual

ESTE CAPÍTULO APRESENTA O MARCO CONCEITUAL QUE REVELA OS MEUS PRESUPOSTOS EM RELAÇÃO À QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, DESCREVE OS CONCEITOS BÁSICOS QUE O EXPLICITAM E CULMINA COM A APRESENTAÇÃO DO MODELO REPRESENTATIVO QUE ARTICULA TAIS CONCEITOS.

Este estudo, que se propõe a revelar uma realidade de cuidado e discutir sobre a qualidade com que ele é prestado ao ser humano, está estruturado em um marco conceitual, baseado nas minhas convicções e nas concepções convergentes encontradas na literatura, de diversos autores que tratam desta temática, muitos destes já abordados no referencial teórico.

3.1 Clareando o significado

Para o entendimento do termo marco conceitual, entendo antes necessário compreender as suas origens.

Etimologicamente, conforme Ferreira (1986), a palavra **marco** deriva-se do verbo *marcar*, que originou-se ou do termo alemão *markjan*, ou do italiano *marcare*. Designa uma fronteira, uma demarcação, um limite.

Segundo Saupe e Alves (1998, p. 4), refere-se ao (...) *limite daquilo que se pretende desenvolver ou realizar no âmbito do conhecimento e da ação*.

Já o termo **conceitual**, também segundo Ferreira (1986), deriva-se do substantivo *conceito*.

Conforme Trentini (1987, p. 136), o termo designa as *abstrações ou imagens mentais dos objetos, propriedades ou eventos que simbolizam a realidade (...)*. A autora (*op. cit.*, p. 136) acrescenta, que *um conceito pode ser percebido por duas ou mais pessoas e cada pessoa pode ter uma percepção diferente do mesmo conceito, (...) pode ter diferentes significados*.

Leopardi (1997) define conceitos considerando os mesmos aspectos levantados pela autora anterior, mas complementa, que estas abstrações são difíceis de serem retratadas, pelo fato de não terem uma representação ou existência real e concreta.

Meleis (1985, p. 157), analisando as concepções acerca de conceitos, refere que eles *surtem de uma complexa constelação de impressões, percepções e experiências (...)* e atuam como um reservatório, uma entidade organizadora, auxiliando a sinalizar as idéias e as percepções interrelacionadas.

Revedo os trabalhos de Neves e Gonçalves (1984) e de Carvalho e Castro (1985) sobre esta temática, encontro o marco conceitual como podendo ser denominado também de marco teórico. Fawcett (1984) e Souza (1984) apresentam, ainda, como sinonímia, modelo conceitual, sistema conceitual, paradigma ou matriz conceitual. E Patrício (1993), a partir de considerações de Watson e Mayers, referencia-os como estrutura conceitual.

Ao aprofundar a investigação na literatura sobre o que seja o marco conceitual, encontrei uma ampla gama de definições, de vários autores, entre as quais destaco algumas delas para este estudo.

Neves e Gonçalves (1984, p. 210), colocam que o marco conceitual *é uma estrutura mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de*

investigação. Ele é um instrumento preditivo e representa (op. cit., p. 211) (...) a estrutura teórica que proporciona direção à pesquisa e que fundamenta a discussão de resultados.

Fawcett (1984, p. 14) considera os marcos conceituais como altamente abstratos e gerais, e os define como (...) *idéias globais sobre indivíduos, grupos, situações e eventos de interesse para uma disciplina (...), um conjunto de conceitos e proposições integradas numa configuração significativa, (...) expressas de uma maneira peculiar.*

Saupe (1992 a, p. 19) define-o como *as concepções ou abstrações que procuram explicar a realidade e, apesar de não darem conta de sua totalidade, contribuem para o seu entendimento e subsidiam novas interpretações e transformações da realidade.*

Penna (1994, p. 81), consegue fazer a interconexão das concepções anteriormente apresentadas, ao definir marco conceitual como sendo (...) *um conjunto de conceitos, suas definições e proposições, interrelacionando-se entre si, objetivando a apresentação de formas para perceber um fenômeno e guiar a prática.*

Patrício (1993, p. 3), a partir da análise de considerações de Watson e Mayers, esclarece que, para a Enfermagem, a estrutura conceitual permite (...) *uma visão mais ampla do todo e torna possível o desenvolvimento de critérios para o levantamento, documentação e avaliação do estado da situação do cliente e também para acompanhar o desempenho da profissão (...).* Ressalta (Patrício, 1996, p. 37), (...) *que um conceito pode ser interpretado diferentemente, em razão do significado que lhe é dado pela pessoa que o pensa em seu momento histórico.*

O marco conceitual é formado por conceitos gerais e específicos, e por pressupostos (Patrício, 1995) e representam um quadro de referenciais particulares, fundamentados em crenças e valores pessoais e de autores de afinidade, que são atribuídos como verdadeiros.

Considerando as concepções dos autores trabalhados, entendo que o marco conceitual, sob a ótica da Enfermagem, permite identificar os diferentes significados dos elementos essenciais buscados pela profissão. É esta clareza que auxiliará à Enfermagem, a concretizar o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos sobre o cuidado voltado ao ser humano e à vida, essencial à conquista da tão almejada valorização profissional.

3.2 Apresentando os pressupostos

Pressupostos, conforme Lüdke e André (1996), representam as convicções que orientam o pensamento do pesquisador sobre a temática da pesquisa, levando em conta suas crenças, valores, preferências, interesses e princípios.

Os pressupostos que agora apresento, configuram um conjunto de crenças, embasadas em vivências e convivências, bem como nos conhecimentos científicos que respaldam a temática em estudo. Estas bases fundamentaram os conceitos do marco em seguida apresentado.

- É complexo definir qualidade, pelo grande número de elementos que nela interferem.
- Qualidade é um atributo de grande subjetividade.
- O conhecimento, a habilidade técnica, o envolvimento do enfermeiro com o seu fazer, o respeito do trabalhador de enfermagem à autodeterminação da clientela e o interesse da instituição empregadora em prover cuidados positivos são alguns dos fatores determinantes para a concretização de um cuidado de enfermagem qualificado.
- As maneiras de cuidar são influenciadas pelas características do contexto onde se desenvolvem.
- Frequentemente, os enfermeiros entendem-se como os definidores da qualidade do cuidado de enfermagem.
- Um cuidado de enfermagem qualificado está muito próximo do cuidado idealizado.
- Diante da atual realidade de saúde, um cuidado de enfermagem qualificado é aquele que oferece menor prejuízo à clientela, associado a um maior benefício possível.
- O desenvolvimento de cuidados de enfermagem qualificados configura-se como um fator importante para a maior valorização da Enfermagem e de seus profissionais.

3.3 Descrevendo os conceitos básicos do estudo

Os conceitos que estruturam este marco e representam as concepções que explicam o cuidado de enfermagem na perspectiva da qualidade são:

- **Enfermagem;**
- **ser humano;**
- **ambiente;**
- **processo saúde-doença;**
- **cuidado de enfermagem;**
- **qualidade;**
- **e cuidado de enfermagem qualificado.**

A **Enfermagem** é entendida como a arte e ciência de caráter humanístico-social, fundamentada na ética e em um corpo de conhecimentos e de práticas específicas, voltadas ao cuidado do ser humano, objetivando a promoção da vida através da saúde, como qualidade de vida. Como ciência e arte, está baseada em um conjunto de conhecimentos e práticas, germinadas no seu cotidiano. É uma das ciências da saúde e está em emergência, na medida em que tem desenvolvido um corpo de conhecimentos científicos singulares, articulados aos de outras ciências afins, cujos objetos centrais de enfoque também são o ser humano e a vida. Mas, este seu saber ultrapassa as fronteiras da pura e absoluta racionalidade, pois também é arte, na medida em que concebe o estético, contemplando a criatividade, a sensibilidade e a imaginação no cuidar do ser humano e na promoção da vida. Nesta dimensão, a Enfermagem revela-se, conforme Pereira *apud* Patrício (1996, p. 30) como a *estética não do belo, mas a estética da atitude, de fazer vir à tona toda a subjetividade, o que há dentro de cada um(...)*.

A Enfermagem também é uma prática social (Leopardi et al., 1992; Patrício, 1995; Medeiros e Tavares, 1997; Carvalho, 1997), pois é feita no laboratório do cotidiano da vida, para os seres sociais que necessitam de cuidado. Articula as participações do ser cuidado/cliente, como indivíduo e coletividade, e do ser cuidador, como enfermeiro e profissão, na busca da compreensão e da transformação das situações de saúde-doença, evidentes ou potenciais, que de alguma maneira estejam

comprometendo o bem estar e a qualidade de vida deste ser humano, foco do seu saber e do seu fazer.

Enquanto prática profissional, seus domínios podem desenvolver-se com ou sem a colaboração ou interferência de outros profissionais. Os domínios da independência estão relacionados aos cuidados, às decisões e às iniciativas que são próprias do enfermeiro e da Enfermagem. Já os de dependência, se relacionam às ações voltadas ao cumprimento das prescrições de outros profissionais, principalmente e mais frequentemente, dos médicos. Neste domínio, resta ao profissional enfermeiro, ainda certo espaço de decisão, amparado em competências através de conhecimentos, habilidades e atitudes, que lhe permitem discutir a possibilidade ou não de executar a referida prescrição da forma como ela se apresenta. E, por fim, no domínio da interdependência, estão as decisões e iniciativas que são partilhadas entre os profissionais prestadores da assistência ao cliente.

Ampliando e diversificando mais a visão sobre a Enfermagem, não posso negar a sua dimensão como um serviço, pois vende uma força de trabalho e produz um resultado que é o conforto e/ou a saúde, em diferentes graus (Ghiorzi, 1992; Waldow, 1995). Esta profissão se concretiza com o enfermeiro, ser humano, que aprende a Enfermagem (Saupe, 1992 a) e forma-se como um cuidador.

Mas, este profissional também é cidadão e trabalhador, que reflete, critica e age em prol da vida, seja na concepção individual ou coletiva (Patrício, 1992). E, conforme lembra Waldow (1995, p. 17), amparada nos conhecimentos de Roach, *a enfermagem não é nem mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem.*

Neste entendimento, a Enfermagem tem como foco de preocupação, o ser humano. Este ser, que é único por sua herança genética, pelas experiências que vivencia e pelas percepções que tem do ambiente/realidade (Patrício, 1995, 1996). Apresenta-se como um ser vivo, de estrutura complexa, integrada e diversificada, singular e repleto de possibilidades para crescer e se desenvolver no universo da vida. Desta forma, qualquer problema que o atingir e o comprometer, se repercutirá em

alterações profundas em todo o complexo do sistema humano, extrapolando a simplista noção de corporeidade física.

Este ser humano é o ser que se humaniza e o seu corpo, o objeto de concretização desta humanidade, pois é através dele que o humano se expressa dialeticamente, no racional e no emocional e se incorpora à vida. Este corpo lhe confere a materialidade biológica mas, ao mesmo tempo, lhe permite a estética, a expressividade e a multiplicação enquanto ser.

Para Petuco (1998, p.5), é este (...) "*eu*"⁹ *de cada um que o faz ser o indivíduo que é e que parece ser.* Ainda, para a autora, o corpo é visto como parte fundamental e indissociável do ser humano e é através desta imagem corporal introjetada, que os indivíduos estabelecem um senso de identidade, imprescindível para a manutenção do seu equilíbrio com o ambiente que o cerca.

As carências de vida e de bem viver do ser humano, manifestam-se por necessidades multidimensionais, que ultrapassam corporeidade física e chegam às dimensões emocional, espiritual e social. Tais necessidades, manifestam-se como uma carência, um valor a ser satisfeito, um desejo a ser alcançado, uma exigência que não pode ser dispensada (Ferreira, 1986). Os objetos do desejo, da necessidade, estão relacionados aos padrões de valores, de crenças e de costumes do ser humano, que são desenvolvidos e introjetados no decorrer de sua vida. Só pode ser desejado ou necessitado, aquilo que é conhecido e, quando tais desejos ou necessidades são satisfeitas, tornam-se anuladas (Leopardi et al., 1992).

Enquanto ser cidadão, de acordo com as possibilidades que a realidade lhe oferece, é capaz de desenvolver sua liberdade e seus conhecimentos para refletir, criticar, planejar e agir, buscando, criando e mantendo os recursos necessários para a manutenção de sua vida e da dos que o cercam, e as potencialidades para alcançar sua independência e para atingir o estado de bem estar, através de uma qualidade de vida satisfatória.

Por natureza, este ser humano é um ser social gregário (Lacueva, 1989; Silva, 1995), valorizando e necessitando do processo interativo com os outros seres humanos

⁹ Aspas da autora.

que representam o grupo de suas relações. Ocupa posições na estrutura social e de trabalho, que lhe conferem papéis e tarefas, deveres e responsabilidades, poderes e direitos, prazeres e sofrimentos, estigmas e *status* (Saupe, 1992 b; Patrício, 1995). Nestas possibilidades pode evoluir ou sofrer limitações.

Mas este ser humano também é ação, tendo capacidades para superar, assimilar e regenerar-se, frente aos agravos que o seu ambiente possa lhe impor. É capaz de ser influenciado e influenciar, de forma ímpar e contínua, o ambiente que o cerca e, como um ser dinâmico que é, de transformar-se na relação com o contexto social, histórico e cultural e evoluir, de acordo com suas potencialidades, possibilidades e o ciclo vital, no crescer, desenvolver, transcender e morrer (Patrício, 1996).

Este processo de transformações e mudanças, se dá no seu dia-a-dia, podendo determinar ganhos ou perdas para ele e para os outros seres humanos que o cercam. É através do saber pelo conhecimento, que este ser humano toma consciência do mundo que o abriga, produz sua realidade e alavanca o seu desenvolvimento.

O ambiente constitui-se, então, no universo que cerca o ser humano e concretiza-se como o cenário da construção de sua história de vida. É este ambiente que poderá lhe proporcionar alternativas para conquistar uma qualidade de vida que lhe possibilite viver e ser saudável (Patrício et al., 1999). E, apesar do ser humano ou até por causa dele, o ambiente, no decorrer da história do universo, tem sofrido constantes mudanças, algumas delas benéficas, outras bastante prejudiciais. Este processo de transformação tem comprometido as relações dos indivíduos entre si e, paralelamente, tem gerado novas necessidades humanas, aumentado a utilização e a deterioração dos recursos naturais.

Nesta visão, conforme Patrício (1996), este ambiente configura-se como o contexto onde o ser humano vive, e representa os meios físico, social e cultural que, de forma dinâmica e interativa, influenciam e são influenciados por seu comportamento. O meio físico representa a natureza, o universo que o cerca, que o abriga e o supre dos elementos vitais necessários à sua sobrevivência. O meio social, representa os demais seres humanos de suas relações. Tais elementos, articulam-se em grupos e, desta forma, delimitam espaços e maneiras próprias de ser e agir, configurando o meio cultural. Estes três contextos podem colaborar ou cercear o atendimento das necessidades do ser

humano, interferindo em sua capacidade de se cuidar, nas possibilidades de ser cuidado e nos recursos necessários para sua sobrevivência .

E, neste cotidiano do viver do ser humano, encontra-se o **processo saúde - doença**.

Mas por que falar nestas situações articuladamente em um processo?

Entendo não ser possível pensar em saúde e doença isoladamente, já que ambas as situações estão intimamente interrelacionadas, não existindo limites nítidos entre elas que permitam esta dicotomia. O processo saúde – doença, numa visão humanística e ecológica, representa um *continuum* dinâmico, sujeito a variadas oscilações, influenciadas por uma complexa rede de fatores determinantes - a multicausalidade - que envolve tanto os aspectos físicos, como os ambientais. Os aspectos físicos se relacionariam à bagagem genética, própria de cada indivíduo, e aos determinantes adquiridos. Já os aspectos ambientais estão afetos à natureza e à sociedade que o abrigam. Enquanto resposta a estas condições de multicausalidade, verificam-se situações de equilíbrio e desequilíbrio, de normalidade e anormalidade.

As concepções dos seres humanos a respeito do processo saúde-doença, nesta visão dinâmica, variam de indivíduo para indivíduo, de acordo com suas visões de mundo (Nunes, 1996) e dos paradigmas vigentes e aceitos (Lima e Jorge, 1995). Ou seja, representam um conceito subjetivo, que manifesta-se como uma dimensão ou estado de vida percebido e sentido, cuja qualidade é conquistada nas possibilidades oferecidas pelas relações individuais e coletivas na realidade quotidiana, permitindo ao ser humano buscar, melhorar ou manter o seu bem estar, para alcançar um padrão de qualidade de vida desejável.

Para Lima e Jorge (1995, p. 125), o estado de equilíbrio no processo saúde – doença (...) *dependerá da interação entre o homem, o agente e o meio ambiente*. Este equilíbrio representa o estado de sanidade.

Para Rezende (1986), a saúde significa uma postura humana ativa e dialética, frente aos conflitos permanentemente gerados pelos antagonismos que cercam o ser humano e o meio em que ele vive.

Mas, ao mesmo tempo que estes conflitos da vida instigam e estimulam à superação e à busca de uma condição melhor, progressivamente encaminham o ser humano para um estado de harmonia de saúde que, conforme Moura (1989, p. 45), (...) *se caracteriza por um tipo de equilíbrio, que requer uma integração do físico, psíquico e social nos seres humanos adaptados ao meio ambiente.*

Capra (1982), entende que a saúde é uma experiência de bem estar, que decorre de um equilíbrio dinâmico entre o físico, o psicológico e o ambiente natural e social. Desta forma, propõe a existência de três níveis de saúde, interdependentes entre si e progressivamente mais abrangentes: o individual, o social e o ecológico. Pontua que para o ser humano ser saudável, é preciso que sua autonomia individual seja preservada e que ele possa integrar-se harmoniosamente com os diversos sistemas de relação que permeiam sua esfera de vida.

Nestes pontos de vista, a saúde não é percebida como as simplistas noções que a colocam como “ausência de doença”, ou como as concepções irrealistas, que a relacionam ao “completo bem estar físico, psíquico e social”. Resulta de uma série de condições de vida como alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer, liberdade, prazer, condições ambientais e acesso aos serviços de saúde, dentre outros. Ela representa uma atitude de enfrentamento das adversidades e dificuldades impostas pelas condições de vida à existência e à sobrevivência do ser humano, conforme Moura (1989), baseado nos estudos de René Dubos.

A doença, então, não antagoniza com a saúde, mas é um dos múltiplos elementos que podem lhe causar interferências Capra (1982). As doenças podem comprometer a integridade e a qualidade de vida do ser humano em graus variáveis e com repercussões que podem se estender às esferas física, emocional, social e, até financeira.

Segundo considerações de Lucero (1995) e Melero (1992), o ser humano tem necessidade de ser considerado normal. A doença que pode acometê-lo, configura-se como uma anormalidade que afeta todo o seu bem viver, com consequências que tendem a se repercutir para além da concepção física e individual.

Percebo nestas colocações, que não há como se dissociar a qualidade de vida das possibilidades de saúde-doença, do comportamento do ser humano, das condições

ambientais que o cercam e da sociedade em geral, com quem interage. E que, o entendimento deste processo, constitui-se numa noção que revela a realidade social na qual é construído e desvela-se conforme o contexto que representa (Minayo, 1994).

A busca pelo equilíbrio no processo saúde-doença é um dever e um direito do ser humano, seja no âmbito individual ou coletivo. É, também, entendida como um direito de cidadania, que implica, inclusive, em direito à cuidados de enfermagem mínimos e dignos (Almeida, 1997).

Cuidado de enfermagem este, que constitui-se como um processo interativo que desenvolve-se entre o cuidador e o ser cuidado e transita pelo individual e pelo coletivo. Representa a profissionalização do cuidado humano na Enfermagem e constitui-se, segundo Watson (1979), Leininger (1984 a, 1984 b, 1985), Collière (1986, 1989), Waldow (1995) e Patrício (1995), entre outros autores e pesquisadores da Enfermagem, como a sua essência. Sua preocupação central está no ser humano, através da busca de alternativas para a resolução da problemática que potencialmente pode ou está comprometendo a sua qualidade de vida.

Este ser humano, que tem o cuidado como um aspecto inato de sobrevivência, é capaz de prestar cuidado aos outros e de cuidar de si. Mas, no entanto, em algumas circunstâncias, certas dificuldades interferem nesta capacidade de auto-cuidado, fazendo com que este ser humano necessite de atos profissionais de ajuda e de proteção, dentre eles, dos cuidados de enfermagem. Estes cuidados envolvem ações diretas com este ser humano/cliente, bem como formas indiretas de atenção, pelo gerenciamento do cuidado e pelas ações educativas.

Segundo os referenciais de Waldow (1995;1996;1998) e Patrício (1995, 1996), este cuidado de enfermagem é um processo dinâmico, intuitivo e criativo, de interação e responsividade, que envolve ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar o bem estar e a qualidade de vida do ser humano, seu cliente, enquanto indivíduo, família ou grupo. Por penetrar na vida do outro, o cliente, pela proximidade e interação que esta relação pressupõe, este cuidado implica, portanto, um alto grau ético e técnico. Envolve a concretização de um conjunto de ações que lhe conferem a competência, fundamentadas em conhecimentos científicos, habilidades e atitudes positivas, que

ajudam ou capacitam o ser humano, enquanto cliente, a promover a vida, a satisfazer suas necessidades e a superar as limitações que o ambiente cotidiano lhe impõe.

A habilidade, como capacidade para concretizar a realização de algo, se constitui, conforme Cianciarullo (1997), no alicerce de sustentação da qualidade da assistência através do cuidado de enfermagem. Já os conhecimentos, para esta mesma autora (*op. cit.*, 1997), se constituem no conjunto teórico que fundamenta as ações dos enfermeiros e lhes dá um nível de qualidade.

Partindo destas concepções, acredito que o cuidado deva ser prestado, de um modo geral, respeitando as particularidades do cliente e, deva exigir do profissional que o implementa respeito ético, disposição, interesse, um conjunto de conhecimentos básicos e específicos, educação continuada e atualização regular, destreza e habilidades positivas para cuidar, que permitam que concretamente o processo interativo se estabeleça. Tal capacitação e competência, seriam despertadas e desenvolvidas através do processo educacional (Waldow, 1995; 1998) e pela constante reflexão e atualização sobre o saber e o fazer o cuidado de enfermagem.

Silva (1995, p. 40), valorizando este aperfeiçoamento do conhecimento pela experiência e pela pesquisa em Enfermagem, destaca que esta capacitação e competência *se adquirem cuidando e descobrindo novas formas de cuidar*.

Nesta visão, Mayeroff (1990) apresentou como elementos fundamentais para a concretização satisfatória do cuidado de enfermagem:

- o conhecimento das necessidades da pessoa que vai ser cuidada, para que a resposta dada pelo profissional a elas, tenha uma correspondência apropriada;
- os ritmos alternados, correspondendo a necessária flexibilidade e particularização na busca das melhores formas para cuidar do cliente;
- a paciência consigo próprio e com o outro, para que se estabeleça uma relação de presença, tolerância, respeito e solidariedade no processo de cuidar;
- a honestidade, pela coerência entre o que é dito e sentido e o que é concretamente realizado;

- a confiança nas capacidades do cliente para se cuidar;
- a humildade, expressa na prontidão e no desejo de reconhecer e aprender sobre si próprio e sobre a singularidade do outro;
- a esperança nas possibilidades de realização do outro, através do cuidado;
- e a coragem para confiar no outro e para assumir os riscos pelos atos de cuidado que toma.

Para este cuidado ser satisfatório, ele envolve a qualificação. Entendo aqui **qualidade**, sob as formas de substantivo ou de adjetivo. A qualidade é um substantivo, quando refere-se a algo bom, de mérito, de valor, que preenche as expectativas de alguém e está muito próximo do ideal. Enquanto adjetivo, conforme Ferreira (1986), representa um conjunto de propriedades ou condições que, numa escala de valores, permitem avaliar e rotular um objeto, situação ou pessoa e, conseqüentemente, aprová-la ou refutá-la.

Neste entendimento de cuidado e de qualidade, o **cuidado de enfermagem qualificado** deveria ser a constância na prática profissional da Enfermagem. Conforme Dreyer (1997), este cuidado de enfermagem qualificado, enquanto parte da assistência de saúde, está pautado, pelo menos, na busca do equilíbrio entre os benefícios, possibilidades, prejuízos e limites da assistência.

Esta qualidade da assistência de saúde envolve um conjunto multifatorial relacionado à estrutura, ao processo e aos resultados assistenciais (Donabedian, 1980). A estrutura, leva em conta as características do ambiente em que a assistência de saúde é prestada, os recursos materiais necessários a ela e os recursos humanos que a concretizam. O enfoque no processo, diz respeito a como a assistência é dispensada à clientela. E, por fim, o enfoque nos resultados, se refere às perspectivas de satisfação do cliente mas, envolve também, os profissionais e a própria organização, como instituição prestadora desta atenção de saúde.

Finger (1993 a), complementando estas contribuições ao referencial, propõe que no ambiente necessário à assistência deva-se levar em conta, além do aspecto físico, os aspectos relacionados à filosofia institucional, pois entende que este fator

organizacional interfere no processo de trabalho assistencial ao afetar clima ¹⁰ desta instituição.

Assim, na perspectiva da qualidade do cuidado de enfermagem, de forma organizativa e processual, entendo que esta pluridiversidade e interconexão de aspectos envolveria, do ponto de vista estrutural, um ambiente favorável que satisfizesse a todos os envolvidos no processo de cuidado e que aliasse aos valores empresariais e profissionais, a concepção ecológico-humanista de cuidar do outro; que disponibilizasse materiais e equipamentos básicos mínimos, com uma tecnologia razoavelmente atualizada, com adequada conservação e manutenção; e que propiciasse recursos humanos em quantidade e qualidade compatíveis com as necessidades e as especificidades de cuidados necessários a serem dispensados.

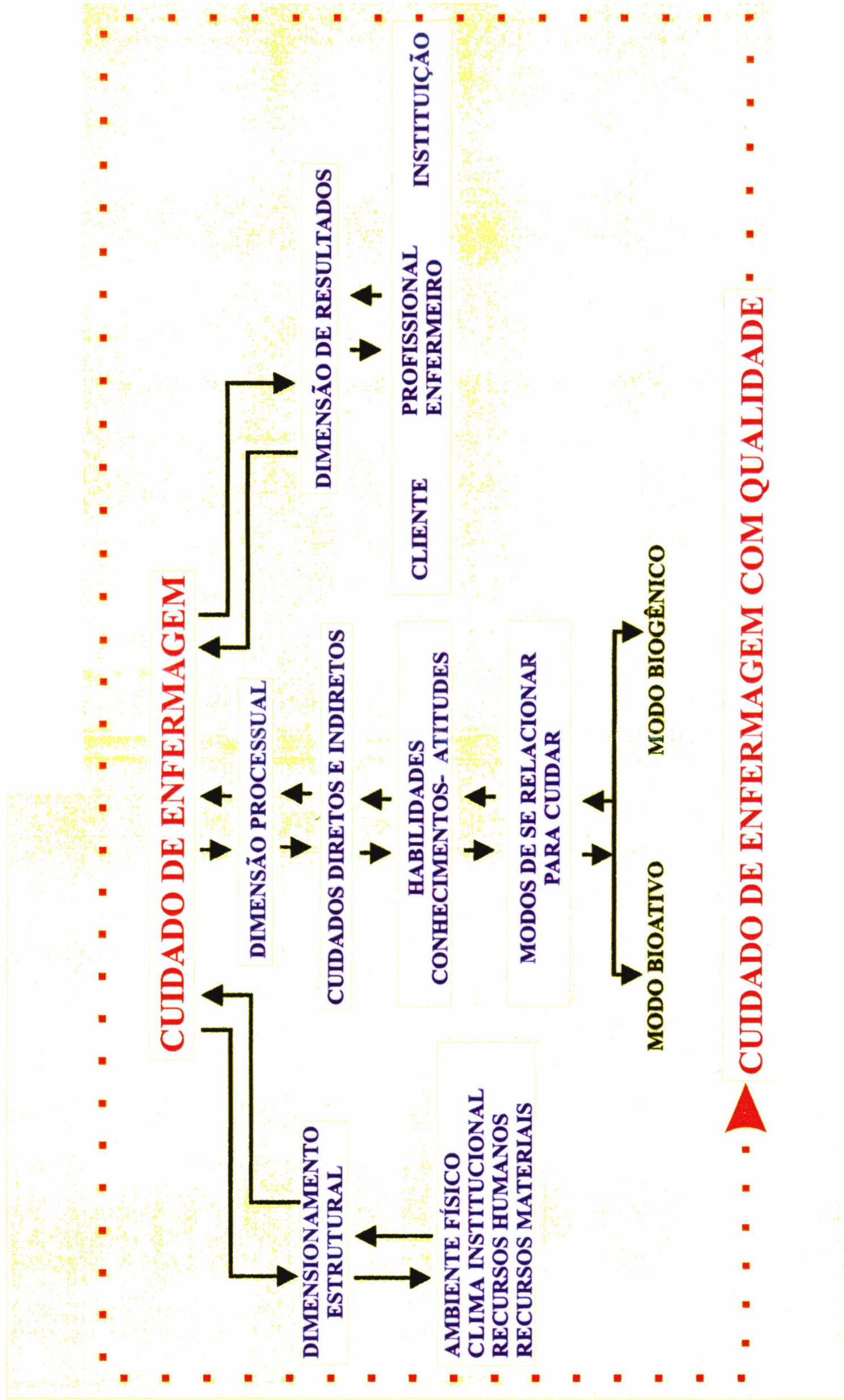
Com relação ao processo de cuidar, ele seria qualificado, quando fosse desenvolvido através de modos positivos de ser/estar para cuidar do outro, a que Halldórsdóttir (1991) identificou como vida e sustentação, ou modo bioativo, e vida e doação, ou modo biogênico. Estes modos de relação, segundo esta autora (*op. cit.*) formariam a base para que o cuidado de enfermagem se estabelecesse como profissional e terapêutico. Ainda, este cuidado implicaria na contemplação do necessário equilíbrio entre as ações cuidativas diretas e as indiretas e se pautaria em atitudes, habilidades e conhecimentos científicos sólidos e atualizados.

E, por fim, na perspectiva de resultados, este cuidado teria uma qualidade positiva quando, para atingir os objetivos propostos, contemplasse a satisfação da tríade cliente-enfermeiro-instituição.

Nesta visão, a **figura 2** apresenta esquematicamente o cuidado de enfermagem qualificado.

¹⁰ O clima institucional é o reflexo do ambiente que permeia as relações, ações e decisões de trabalho em uma instituição. Ele está diretamente afeto às políticas desenvolvidas, decorrentes da filosofia implementada nesta instituição.

Figura 2 – O cuidado de enfermagem qualificado: um envolvimento multidimensional



Fonte: Madalosso, 1999 (d).

Levando em consideração toda a estrutura referencial que até então apresento, um cuidado de enfermagem qualificado envolve necessariamente um processo interativo positivo (Waldow, 1995; 1998) que se expressa por múltiplas ações de ajuda, de proteção e de desenvolvimento. Inúmeros autores têm apresentado suas contribuições para aprimorar o construto do cuidado de enfermagem, dentre eles Leininger (1979; 1984 a; 1984 b; 1985), Watson (1979; 1988), Halldórsdóttir (1991; 1999), Waldow (1995; 1998) e Johns (1999).

Um exemplo de produção nestas construções é o de Patrício (1995), baseado em vários teóricos do cuidado de enfermagem, mais fortemente em Leininger, e em suas experiências na prática da Enfermagem com indivíduos, famílias e comunidades. A autora (*op. cit.*, p. 56-57) apresenta um conjunto de processos, atividades e decisões de enfermagem que, conforme o referencial de Halldórsdóttir (1991), representam os construtos dos modos positivos de ser/estar com o cliente para cuidá-lo:

dialogar, refletir, meditar com; trocar idéias, energias, experiências; promover conhecimentos; esclarecer, informar, orientar, reforçar, nutrir; criar, educar, desenvolver potencialidades; confortar; tocar (diferente do manuseio); prevenir; agir para; adotar atitudes com relação a; fazer por; fazer com; ter sensibilidade, compaixão, consideração, paciência; ser empático, autêntico, sincero; observar, analisar, comparar, validar, expressar; manter (preservar), acomodar e/ou reafirmar modos de cuidar; coordenar; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; demonstrar interesse, estar dando importância, disponibilidade; ouvir atentamente (escutar); preocupar-se com o outro; empenhar-se, dedicar-se, fazer favor, gentileza, compreender; calar; tolerar; amar; valorizar; colocar limites; estar presente, estar junto com ¹¹; comparecer; assumir responsabilidade, compromisso; respeitar; não condenar; aceitar; desafiar; estimular; lutar com; desenvolver capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas (pensar criticamente); proteger, socorrer; supervisionar – vigiar (segurança com liberdade); executar ações físico-técnicas, como curativos, higiene corporal, massagens e relaxamento; aliviar a dor, promover momentos de alegria, prazer; aceitar expressões de sentimentos negativos; preservar a individualidade e a integralidade do outro e de si próprio; demonstrar sentimentos de ternura, de aceitação, como acariciar

¹¹ Acréscimo contributivo de Madalosso (1999 d).

o corpo e o ego, através do toque e do reforço de comportamento construtivo, estimulando a valorização de si próprio e dos outros seres; executar medidas de promoção, tratamento e reabilitação; desenvolver afetividade – compromisso entre pares; considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidades e limitações, valores, crenças, metas, desejos e expectativas; considerar a história de vida, queixas e sinais do corpo; demonstrar confiança e ajudar o indivíduo a desenvolver confiança, esperança, fé, coragem, também entre seus pares; ter comportamento altruísta somente em caso de emergência, visando sempre resultado positivo também para o cuidador; auxiliar o indivíduo na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar o indivíduo a desenvolver suas possibilidades (potencialidades) de liberdade e também de assumir responsabilidade pela própria existência e existência dos outros; incluindo ser solidário e ter cuidados com a natureza; ajudar o indivíduo a identificar, desenvolver e utilizar recursos individuais, incluindo sua vontade, motivação, de seus familiares; de sua comunidade e sociedade como um todo, em busca de transformação de limitações para bem-viver; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de gerir a melancolia e conflitos do cotidiano de forma ética e estética; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de participar ativa e politicamente consciente nas decisões que envolvem seu processo de viver coletivo, incluindo seu próprio cuidado; cuidar, baseando-se em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e práticas culturais próprias do indivíduo, família, comunidade; focalizar os recursos e limitações, individuais-coletivos, de bem-viver (qualidade de vida); focalizar os recursos que o profissional necessita para prestar os cuidados integrais, incluindo o uso da Constituição Federal, abrangendo o Estatuto da Criança e do Adolescente; e desenvolver o processo de cuidar com a população e profissionais de outras disciplinas.

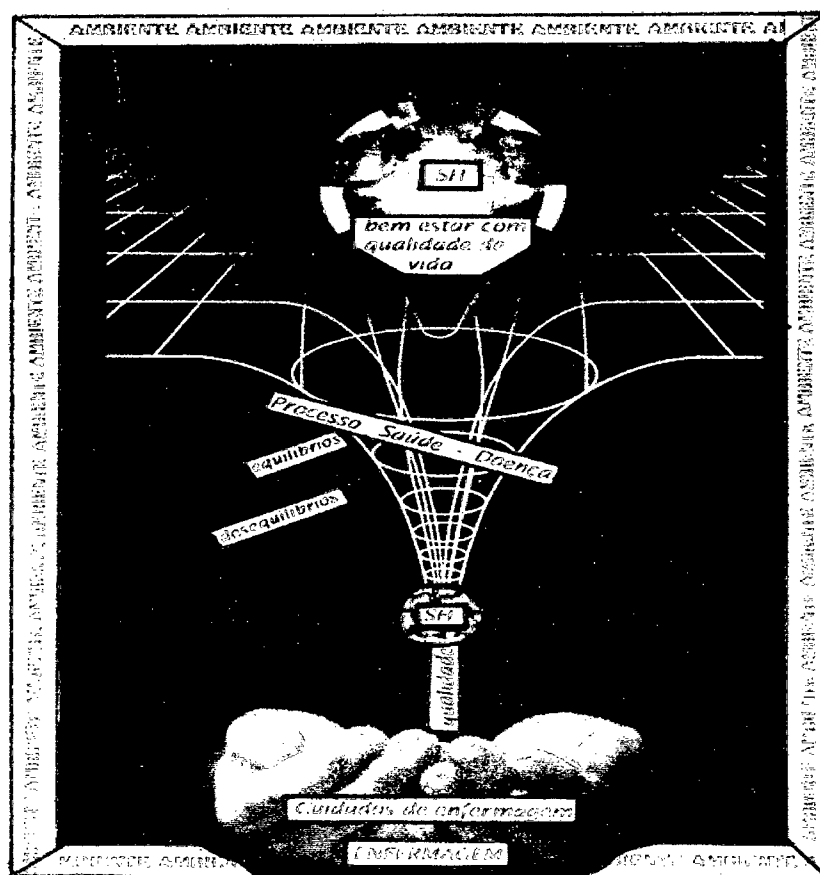
3.4 Expondo o modelo conceitual representativo

Neste modelo procuro representar o marco conceitual e as interrelações entre os conceitos nele apresentados, tendo como base a perspectiva humanístico-ecológica do cuidado de enfermagem. O ambiente abrangente e dinâmico, que influencia e é influenciado constantemente por inúmeros fatores, abriga o ser humano, enquanto cliente e enfermeiro. O contexto que se apresenta nesta recíproca troca de influências é

capaz de revelar-se através de situações positivas ou negativas, benéficas ou prejudiciais. A Enfermagem procura auxiliar estes seres humanos a melhor enfrentar estas situações negativas e prejudiciais, que o ambiente lhes apresenta e que comprometem o seu bem viver. Assim, através da qualificação dos seus cuidados, a Enfermagem busca conduzir o ser humano cliente a utilizar suas potencialidades e possibilidades, para melhor enfrentar as situações de equilíbrio e desequilíbrio no processo saúde-doença para poder chegar a atingir um estado de bem estar, com qualidade de vida.

Esta proposta de representação conceitual, encontra-se expressa na **figura 3** e foi elaborada com a utilização da técnica de composição de imagens, a partir de colagens .

Figura 3 – Modelo demonstrativo da inter-relação dos conceitos que estruturam o marco conceitual do estudo



CAPÍTULO IV

OS CAMINHOS:

apresentando a metodologia do estudo

O PRESENTE CAPÍTULO APRESENTA O PERCURSO METODOLÓGICO DESENVOLVIDO. NESTE CONTEXTO, ARTICULA A PESQUISA À ASSISTÊNCIA, ATRAVÉS DE UM PROCESSO REFLEXIVO E PARTICIPATIVO, PARA ENCAMINHAR POSSIBILIDADES PARA A TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.

Ao clarear a problemática em estudo, comecei a refletir sobre os caminhos necessários para a reflexão sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, que me permitissem relacionar, intimamente, a prática assistencial ao humano, ao técnico, ao ético, ao educativo, à responsabilidade, à crítica e à busca pela emancipação dos sujeitos, para a transformação da realidade.

Encontrei em Johns (1999) um suporte para o entendimento e a orientação dos rumos que contemplassem estes meus anseios. A autora (*op. cit.*) declara, que é através da exploração das experiências dos profissionais enfermeiros e de seus contextos de trabalho, é que se pode efetivamente melhor entender a complexidade e as múltiplas facetas pelas quais o cuidado se expressa. E, é este processo de compreensão, orientado pelo rigor da metodologia da pesquisa, que permite a geração de novos conhecimentos.

Para Demo (1989) e Minayo (1994), a metodologia da pesquisa envolve os caminhos e os instrumentos de abordagens da realidade, adequados aos interesses do

pesquisador e aos propósitos da pesquisa. No entanto, como ressalva Asti Vera (1989, p. 9), por si só, a metodologia não representa tudo na pesquisa. Destaca que (...) *a pesquisa somente pode oferecer-nos uma compreensão de certos métodos e técnicas que provaram seu valor na prática da pesquisa, mas de forma alguma nos assegura o êxito da mesma.*

Com esta clareza, este estudo se caracterizou como uma pesquisa qualitativa, na modalidade de um estudo de caso, que utilizou como estratégia, o caráter participante.

A opção pela abordagem qualitativa, recaiu na necessidade e no interesse de refletir-se sobre a realidade da qualidade do cuidado de enfermagem, a partir da compreensão dos seus significados por um grupo de enfermeiros.

Patrício (1994, p. 63) ressalta a importância deste caminho na Enfermagem, quando destaca-a como:

(...) privilegiada, no que se refere às possibilidades conferidas pelo contexto de trabalho e suas especificidades, de aplicar a metodologia qualitativa para desenvolver seu saber e contribuir para a vida humana. Isso é possível, pois o simples processo de cuidar pode se transformar num "Trabalho de Campo", (...) com inúmeras possibilidades de estudar as diversas categorias do processo de viver do homem e a relação dessas com a saúde, o que quer dizer, pesquisar sobre o processo de viver dos indivíduos nos seus diversos quotidianos e ajudá-los a transformá-lo, se assim necessitarem.

Também Gualda et al. (1995) respalda a pesquisa qualitativa como uma opção valiosa para o desenvolvimento de conhecimentos para a Enfermagem. Coloca-a como aquela metodologia que é capaz de produzir dados descritivos em seus mais amplos sentidos, ou seja, descrever a compreensão dos fenômenos, focalizados a partir da perspectiva dos sujeitos pesquisados. E salienta que esta abordagem é um empreendimento humano, individual ou coletivo, intencional ou tentativo, e, por isso, sujeito a situações limitantes ou a erros, que, na medida do possível, encontram soluções junto aos próprios sujeitos envolvidos.

Minayo (1994) salienta que este enfoque de pesquisa permite trabalhar o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos pesquisados, dando ênfase ao processo de como os fenômenos ocorrem e, não somente,

ao produto ou resultado obtido. Ou seja, como esclarecem Lefèvre e Lefèvre (1998), constituem-se na matéria-prima que permite a recuperação da fala social das pessoas envolvidas na situação estudada, tal como ela ocorre.

Deste modo, neste estudo, a abordagem qualitativa desenvolveu-se como um estudo de caso, que voltou-se a explorar e descrever o fenômeno qualidade do cuidado de enfermagem, contextualizado no cotidiano de um grupo de enfermeiros, em um hospital geral de grande porte do estado do Rio Grande do Sul.

Lüdke e André (1996), explicam que o estudo de caso caracteriza-se por permitir abordar uma unidade focalizada da realidade, de uma forma complexa, flexível e contextualizada, e pela riqueza dos dados descritivos que identifica, o que tentei buscar com este estudo.

Foi opção, também, a estratégia pelo trabalho participante, por acreditar que é através da reflexão crítica, democrática e construtivamente compartilhada dos processos de trabalho da Enfermagem, na sua realidade cotidiana, que se comprometerá os enfermeiros para construir e desenvolverem um conjunto de conhecimentos e práticas de cuidado de enfermagem cada vez mais qualificadas.

Em consonância com esta proposta, Haguette (1987) salienta a estratégia participativa como um importante processo interativo e educativo orientado para a ação, onde os sujeitos da pesquisa, a partir de suas experiências e concepções, são os atores da geração de conhecimentos e da transformação do ambiente como realidade.

Esta concepção é ressaltada também por Patrício (1994, p. 69), quando coloca que (...) *refletir sobre nós mesmos é fundamental para a qualidade do trabalho que desenvolvemos.*

Então, o caminho desta pesquisa se caracterizou por ser uma prática dinâmica, com fases intercomplementares e interdependentes, e por possibilitar a participação ativa do enfermeiro neste processo que almeja transformação.

O estudo, com estas definições metodológicas, foi desenvolvido no período entre abril de 1999 e junho de 2000, iniciando como uma Prática Assistencial e se concretizando como a Dissertação.

4.1 Descrevendo os princípios éticos norteadores

Alguns dos diferentes dilemas e reflexões éticas que permeiam a prática da Enfermagem, dizem respeito ao compromisso com verdade e a responsabilidade, ao grande e sério envolvimento profissional com seres humanos e à riqueza e à peculiaridade que cerca o processo de cuidar. Para este estudo, questionamentos sobre tais aspectos que permeiam o cotidiano da Enfermagem foram emergindo, desde os primeiros passos da construção da temática, voltada à reflexão sobre a qualidade do cuidado de enfermagem.

Do ponto de vista ético, entre outros aspectos, o estudo que ora se apresenta, esteve sempre calcado em algumas premissas importantes como:

- No **artigo 18, capítulo III, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**, que versa sobre as responsabilidades do enfermeiro em desenvolver-se como profissional e em colaborar positivamente com os seres humanos seus clientes, quando diz que a ele cabe *manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão* (In: Gelain, 1998, p. 38).
- No **preâmbulo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**, quando fica ressaltado o papel do enfermeiro para a concretização da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Assim, é destacado que *(...) a Assistência de Enfermagem (...) está centrada na clientela e pressupõe que os Agentes de Trabalho de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade (...)* (In: Gelain, 1998, p.36).
- No compromisso que se tem com este ser humano cliente, como consumidor de saúde que é, amparado na **Lei nº 8.078**, de setembro de 1990, que apresenta o Código de Defesa do Consumidor, respaldando os direitos da clientela por serviços de saúde de qualidade e a obrigatoriedade das instituições prestadoras destes serviços de manterem sistemas de controle de

qualidade permanentes, dentre eles, o da qualidade do cuidado de enfermagem (Brasil, Ministério da Justiça, 1990).

- E na **Resolução nº 196 / 96 (1)**, que versa sobre a normatização das pesquisas que envolvem seres humanos, destacando-se o item III, sobre os aspectos éticos da pesquisa, o item IV, sobre o consentimento livre e esclarecido, o item V, sobre os riscos e os benefícios que dela decorrem, e o item VI, sobre a revisão ética dos protocolos de pesquisa (In: Gelain, 1998, p. 115-137).

Pensando nestas situações, para o início dos trabalhos, foi feita uma solicitação formal à instituição para que viabilizasse o desenvolvimento da pesquisa, através de um contato pessoal e documental, apresentando o protocolo da pesquisa e a carta de apresentação do pesquisador. Esta formalização teve por objetivos, além de oficializar o estudo, clarear a proposta de trabalho e suas possíveis repercussões para a instituição, para os enfermeiros participantes, em primeiro lugar, e para os demais, por consequência.

Após a autorização institucional, foi encaminhado o convite aos enfermeiros para o engajamento no estudo. Em uma reunião com a maior parte dos enfermeiros da instituição, foi feita a apresentação do protocolo da pesquisa e destacados os aspectos éticos envolvidos em um estudo desta natureza. Os sujeitos que aceitaram participar, assinaram um termo de aceite, em acordo com as normas e orientações das instituições envolvidas (UFSC e UFF), do coordenador do Curso de Mestrado e do professor orientador do estudo, fundamentadas nas premissas do artigo 35, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹² (In: Gelain, 1998).

Também foi esclarecida a propriedade intelectual dos dados coletados nos diversos momentos do estudo, bem como, assegurado a todos, o sigilo das informações de caráter confidencial, a privacidade, o anonimato e a livre participação. Especificamente sobre este último aspecto, foi ressaltada a possibilidade dos

¹² Este artigo, que refere-se ao consentimento informado, ressalta que (In: Gelain, 1998, p. 39): *solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou de atividade de ensino em Enfermagem, mediante de apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento em que desejar.*

participantes poderem se afastar do estudo a qualquer momento, respeitando sua liberdade e autodeterminação.

Os dilemas éticos que emergiram desta reflexão sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, estão permeando as descrições do estudo e foram analisados e tratados sob a luz da bioética, (...) *tendo em vista seu caráter de valorizar às necessidades, os valores do indivíduo e sua participação ativa nas decisões de sua própria vida* (Patrício, 1996, p. 44).

4.2 A formalização do estudo e a entrada em campo

Após a formalização do estudo junto à instituição campo, o Protocolo do Estudo foi divulgado e discutido junto ao seu grupo de enfermeiros, em uma reunião específica, agendada em acordo com a Chefia de Enfermagem. Após estes esclarecimentos, foram distribuídos e orientados a carta convite para participação no estudo (Anexo 1), o questionário da fase exploratória (Anexo 2) e o termo de aceite (Anexo 3), para os interessados formalizarem a sua intenção.

Dos dezessete (17) enfermeiros da instituição, doze (12) colaboraram dando retorno ao questionário exploratório e se disponibilizando a participar do estudo. Entre os disponíveis foram sorteados aleatoriamente os seis (06) sujeitos da pesquisa.

4.3 O processo: descrevendo o percurso metodológico

Com esta visão, o estudo, através de um processo reflexivo, voltou-se a auxiliar um grupo de enfermeiros para a tomada de consciência sobre a realidade da qualidade do cuidado de enfermagem que desenvolvem no seu cotidiano de trabalho, permitindo-

lhes concretizarem suas possibilidades de conhecer, criticar e agir, transformando esta situação.

Após a entrada formal em campo, a coleta das informações, a reflexão-crítica sobre a realidade da qualidade do cuidado de enfermagem e o encaminhamento do processo de transformação dos sujeitos da pesquisa para vislumbrarem alternativas de intervenção, se desenvolveram de forma flexível, democrática e coletiva, com a utilização das seguintes estratégias:

- **questionário exploratório**, com questões abertas e fechadas;
- **observação participante**;
- **análise documental**;
- **entrevista individual** semi-estruturada;
- e **oficinas** de diálogo reflexivo.

O número de encontros, bem como o agendamento de datas e horários para as diversas atividades planejadas, foram definidos conciliatoriamente no próprio grupo, de acordo com suas disponibilidades, interesses e necessidades.

O processo de pesquisa que o estudo envolveu foi desenvolvido em quatro (04) momentos, ora individuais, ora coletivos, dinamicamente interdependentes e intercomplementares. Eles se relacionaram ao conhecimento, à compreensão e a mobilização dos sujeitos para as possibilidades de transformação da realidade.

O **primeiro momento** foi desenvolvido através de uma fase exploratória, quando foram caracterizados o cenário e a população envolvida e levantadas as concepções, desta população, sobre o cuidado de enfermagem e sobre sua qualidade.

O **segundo momento** concretizou-se através da observação participante e análise documental, propiciando a imersão na realidade do processo de cuidar de cada um dos enfermeiros envolvidos no estudo.

O **terceiro momento** foi desenvolvido através de uma entrevista individual com os participantes; envolveu o aprofundamento das informações obtidas nos momentos

anteriores, a validação de informações ainda não claras e o reconhecimento de suas concepções e percepções sobre a qualidade do cuidado de enfermagem.

E o **quarto momento**, relacionou-se às oficinas de diálogo reflexivo. Nestes encontros foi estabelecido o delineamento das concepções do grupo acerca da qualidade do cuidado de enfermagem que realizam, a crítica à esta realidade e as possibilidades de alternativas para transformá-la.

A metodologia para análise das informações foi a da elaboração de temas significativos e categorização conforme os referenciais de Minayo (1994) e de Patrício (1995). Os temas mais significativos identificados, a medida que iam emergindo, foram sendo utilizados como elementos desencadeadores das etapas seguintes.

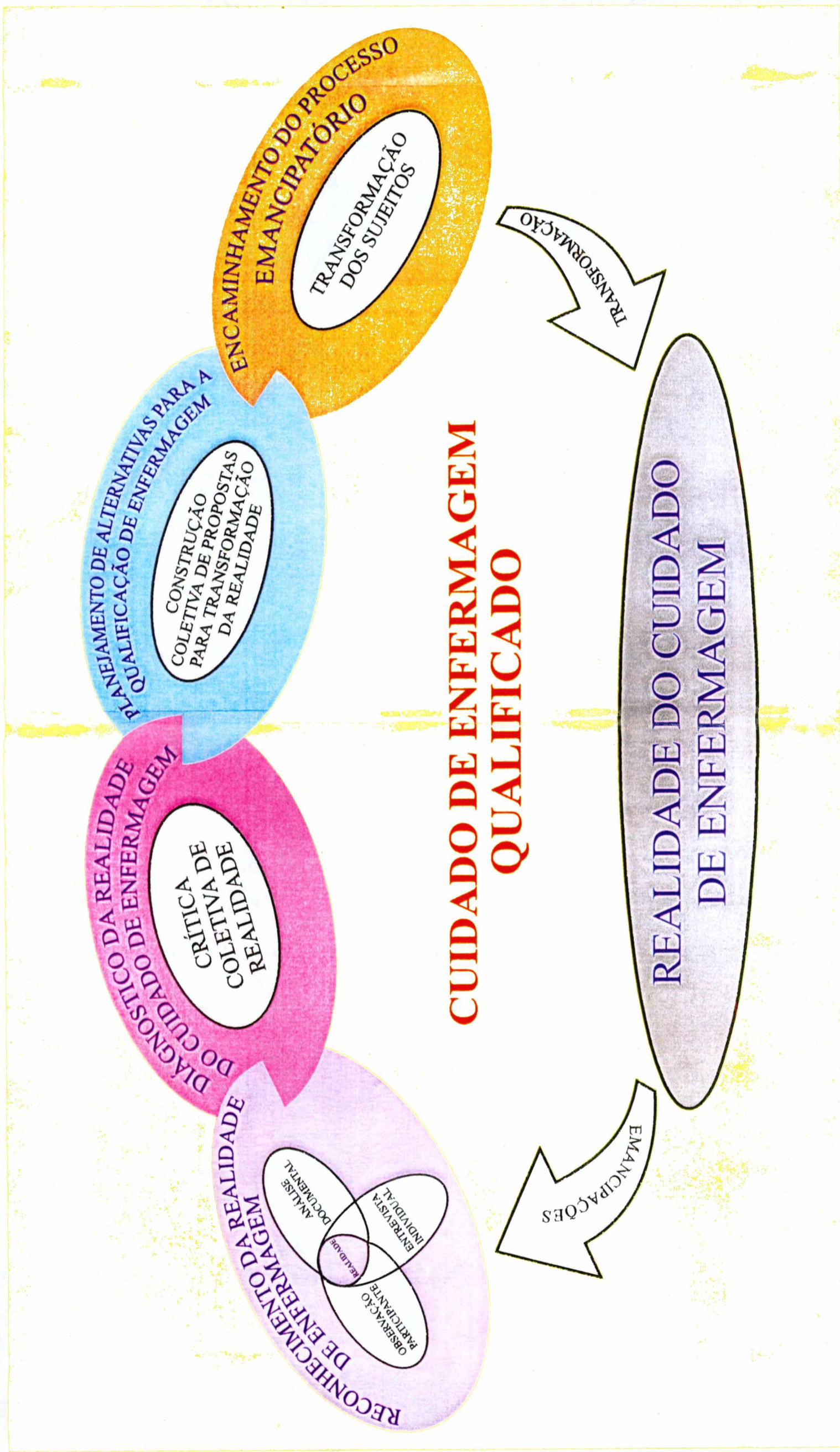
Independentemente das devoluções prévias dos registros sumários do estudo aos sujeitos da pesquisa, previstas em pelo menos dois momentos, também foi planejada a devolução do todo, à eles e à instituição, através de um seminário, em data a ser acordada entre as partes, após a sua conclusão definitiva.

O percurso trilhado com o estudo, considerando o referencial teórico adotado e a proposta metodológica empregada, envolveu:

- o **reconhecimento da realidade do cuidado de enfermagem** desenvolvido pelos sujeitos da pesquisa, em seu cenário de trabalho;
- o **diagnóstico desta realidade**, identificando as situações problemáticas e críticas que interferem na qualidade do cuidado de enfermagem que eles desenvolvem;
- o **planejamento de alternativas para a transformação positiva desta realidade**, com vistas a qualificação do cuidado de enfermagem;
- e, a **semeadura de estímulos e possibilidades para a emancipação destes sujeitos**.

A **figura 4** apresenta esta trilha sob a forma de um diagrama, salientando a potencialidade cíclica do processo proposto, pois entendo que, a partir da emancipação dos sujeitos envolvidos, a tendência é deles introjetarem esta trilha, buscando constantemente a qualificação do cuidado de enfermagem que prestam, gerenciam e/ou ensinam.

Figura 4 – O ciclo reflexivo sobre a qualidade do cuidado de enfermagem



4.3.1 A fase exploratória

A fase exploratória, conforme Minayo et al. (1996) e Lüdke e André (1996), representa o contato inicial com o campo da pesquisa e possibilita a caracterização geral da realidade que permeia a temática em estudo. Ela foi implementada com a formalização do aceite da instituição para o desenvolvimento da pesquisa, pela apreciação da carta convite (Anexo 1) e do Protocolo da Prática Assistencial.

Esta etapa se concretizou como um momento de reconhecimento e previu a preparação dos trabalhos junto ao grupo de enfermeiros, objetivando conhecer mais profundamente o contexto onde transcorreria o estudo, bem como, as pessoas envolvidas e seus interesses, motivações e disponibilidades para a participação. Neste momento também, foi feito um levantamento enfocando o entendimento destes enfermeiros sobre o cuidado de enfermagem, sua perspectiva de qualidade para este cuidado e a realidade do processo de educação continuada em Enfermagem desenvolvida na instituição, entendido como elemento capacitador e atualizador para o cuidado, como referido no marco conceitual. Com isto, pretendi já poder identificar previamente as possibilidades e os limites da proposta delineada.

Procurando justificar a abordagem exploratória, encontrei as colocações de Patrício (1994, p. 65), que ressaltam que, para que se possa concretizar o processo crítico-reflexivo, é premente que o pesquisador *conheça a realidade na qual irá trabalhar e que conte com o auxílio da população interessada (...)*.

Com esta perspectiva, esta fase foi operacionalizada com a aplicação de um questionário, constituído de vinte e oito (28) questões, algumas delas fechadas e outras abertas (Anexo 2), aplicado aos dezesseis (16) enfermeiros que atuam na instituição, campo da pesquisa. Os colaboradores foram identificados por um codinome relacionado aos signos do zodíaco, de forma a preservar o seu anonimato nos registros. Foi concedido a todos, um prazo de sete (07) dias para que pudessem avaliar a proposta, definir seu interesse e disponibilidade para o envolvimento no estudo e preencher o questionário.

Para o recolhimento mais ágil destes documentos, foi colocada a disposição de todos, na sala de enfermagem da instituição campo, uma urna devidamente lacrada, para garantir sua inviolabilidade e dar segurança e sigilo às informações prestadas, como previsto nos princípios éticos norteadores do estudo.

Após o recolhimento da urna, os instrumentos devolvidos foram apreciados e analisados, permitindo selecionar os participantes interessados e caracterizar o cenário e os atores do estudo. A partir do interesse e das disponibilidades apresentadas por estes respondentes e do seu aceite em participar do estudo (Anexo 3), foram sorteados, aleatoriamente, os seis (06) enfermeiros que seriam os sujeitos da pesquisa. Assim, formaram o grupo: **Libra, Aquário, Touro, Peixes, Sagitário e Escorpião.**

A análise dos dados colhidos contemplou a comunhão da análise dos temas emergentes (Minayo, 1994) com o tratamento quantitativo dos elementos qualitativos levantados. O relatório da fase exploratória, com a descrição da análise (Anexo 4), serviu como instrumento de sensibilização e discussão para o encaminhamento das atividades que se seguiram.

4.3.2 A observação participante

Tendo feito a entrada formal em campo, o reconhecimento do cenário e dos atores da pesquisa e a seleção do grupo de enfermeiros participantes, parti para a **observação participante**. Nesta modalidade de abordagem qualitativa entrei em contato direto e estreito com os enfermeiros, sujeitos da pesquisa, e com o cotidiano da realidade de cuidado a ser estudada.

Entendi que, para que a observação participante atingisse as metas levantadas, ela necessariamente precisaria ser planejada, determinando seus focos a partir de um referencial. Conforme já apresentado anteriormente, escolhi como referencial e instrumentos orientadores, as dimensões para a qualidade de assistência de saúde apresentadas por Donabedian (1980) e os modos de ser/estar para cuidar do outro estabelecidos por Halldórsdóttir (1991).

Para maior fidedignidade da documentação das situações observadas, além da gravação completa de cada momento, prévia e formalmente autorizada por cada um dos participantes, foram feitas anotações das constatações importantes que não puderam ser captadas pela modalidade de gravação. Todos os elementos, observados ou relatados na participação dos sujeitos, foram articulados entre si e transcritos para o diário de campo¹³, no mesmo dia da observação, produzindo, ao final, um texto descritivo, contextualizado e conservador das falas relevantes e pertinentes ao estudo e à estruturação das análises 1 e 2.

Foram acompanhados os seis (06) enfermeiros selecionados, nas suas atividades diárias de cuidado, no próprio local de trabalho. A ordem das observações foi aleatória e, de certa maneira, envolveu os enfermeiros disponíveis no momento. O número das observações participantes variou entre três (03) a quatro (04) momentos com cada sujeito, tiveram em torno de uma hora e meia de duração e ocorreram, inicialmente, em dias alternados, para permitir os registros no diário de campo de forma mais pronta e fiel, limitando as possibilidades de perda de informações.

No entanto, em virtude de alguns contratempos devido aos períodos de férias de alguns participantes e mudanças nas suas rotinas de serviço, estes momentos, para alguns deles, acabaram sendo feitos de maneira distinta ao planejado. Neste período dos trabalhos, quatro (04) dos participantes gozaram férias, um (01) faltou ao serviço por problemas de saúde, um (01) trocou duas vezes de turno de trabalho e de unidade de serviço, um (01) acumulou as funções de um novo setor e um (01) assumiu a responsabilidade, em diferentes momentos, por mais duas outras unidades de internação.

Estes fatos fizeram com que, com cinco (05) dos participantes, os momentos de observação, por motivos estratégicos de tempo e disponibilidade dos envolvidos, acabassem sendo realizados em dias consecutivos. Para tanto, procurei efetuar os registros de campo no mesmo dia e concluir esta etapa, com cada participante, antes de iniciar as atividades com o seguinte. Mas, com dois (02) dos sujeitos, por três vezes, a

¹³ Este aspecto está detalhado no item 4.2.6, deste capítulo, apresentado na página 76.

concomitância de dia foi necessária, em virtude da proximidade do período de férias de um deles.

Esta situação implicou na realização das observações em dois turnos, com um intervalo que me permitisse registrar as informações sobre o primeiro, antes de fazer a observação do seguinte. O acúmulo de informações causou sobrecarga, mas não afetou os registros de campo, pela prontidão com que foram feitos e pelas precauções tomadas com a gravação integral dos encontros, aliada ao registro das notas relevantes.

À medida que os encontros de observação participante foram transcorrendo, progressivamente se intensificaram as interações e a minha participação, passando da pura observação ao questionamento e à atuação conjunta, mas evitando, ao máximo, a interferência ou a indução de ações e comportamentos de cuidado distintos dos habituais. Inicialmente o processo foi difícil, pois tanto eu como os observados sentíamos-nos inseguros e desconfortáveis com a situação, como mostra este depoimento:

Eu acho muito estranho isso que nós estamos fazendo, parece que eu não estou te dando atenção, que devia. Eu não me sentindo muito confortável com a observação. É estranho ter alguém olhando a gente. (Escorpião)

Mas, no transcorrer do processo minha habilidade como observadora foi se aprimorando, a tolerância dos observados à situação foi aumentando e a interação foi se intensificando, tornando o processo mais descontraído e produtivo.

4.3.3 A análise documental

A análise documental foi realizada concomitantemente à observação participante, sempre que fosse viabilizado algum acesso aos documentos relativos ao cuidado de enfermagem. Foram analisados o prontuário do paciente, as pranchetas com as evoluções e prescrições dos enfermeiros - encontradas somente na unidade de atendimento intensivo -, as pranchetas com os registros de controles e evoluções dos auxiliares de enfermagem, os formulários de escalas de pessoal, alguns documentos com normas, rotinas e instruções disponíveis para o serviço de enfermagem, os cadernos

de relatório de unidade e de supervisão de enfermagem, os controles e requisições referentes aos materiais e equipamentos e os relatórios de custos e gastos nas unidades de internação.

A apreciação destes documentos, em geral, ou foi induzida pelo próprio sujeito participante ou explicitada por mim, em acordo com ele. Foram raros os momentos em que esta modalidade de pesquisa de informações foi realizada isolada da contribuição do participante.

Os registros destas situações levantadas foram feitos no diário de campo, junto aos da observação participante, respeitando sua inter-relação com os momentos em que estavam inseridos.

4.3.4 A entrevista individual

Completadas as etapas de observação participante e análise documental, com a saturação das informações, foi realizada uma **entrevista individual**, de caráter semi-estruturado, com cada um dos enfermeiros participantes, buscando, em particular, além de esclarecer e validar as informações e situações observadas, enfocar mais detalhadamente a sua compreensão sobre o cuidado de enfermagem, sobre os parâmetros de qualidade que o cercam e sobre as implicações profissionais e humanas que dele decorrem, além de aumentar a interação pesquisador-participante. Infelizmente, apesar de todo o planejamento prévio para este momento, por motivo de falta de disponibilidade de tempo em comum, dois (02) dos seis (06) sujeitos participantes não puderam ser entrevistados.

Para as entrevistas entendi ser necessária uma maior liberdade de expressão. Assim, optei por realizá-las em um local agradável e tranquilo, fora do horário e do ambiente de trabalho, associadas a um evento gratificante e prazeroso, que é uma refeição. Para uma maior descontração e melhor atenção para os diálogos, em comum acordo entre a entrevistadora e os entrevistados, optou-se apenas pela gravação das falas. As transcrições foram feitas no diário de campo, logo após o seu encerramento.

Neste momento, além dos conteúdos verbalizados, também foram trabalhados os conteúdos não verbais expressos por cada participante.

Todos os entrevistados, apesar do consentimento, como nos momentos de observação participante, inicialmente referiram ou demonstraram certo desconforto pela gravação mas, no decorrer da entrevista, foram se libertando e a espontaneidade foi aflorando, como mostra esta fala:

Ai! Desliga isso. Desculpe, mas eu estou me sentindo presa para falar. (...) Agora já pode ligar de novo. O começo parece que o que a gente quer dizer não sai direito. (...) Agora eu já tinha até esquecido dele. Até que saiu bem a entrevista! Gostei!
(Escorpião)

4.3.5 As oficinas de diálogo reflexivo

Após os momentos individuais, foi proposta a realização de encontros do grupo de participantes, como um todo, para a realização das **oficinas de diálogo reflexivo**, segundo a metodologia das oficinas de “recriação de referenciais” e “de saúde”, do TRANSCRIAR/UFSC *apud* Patrício (1995, 1996), aliada às propostas técnicas de dinamização de grupos de Vizzolto et al.(s.d.).

Estes momentos tiveram por objetivo a construção coletiva, através do diálogo para aprender, identificar, criticar, criar e compartilhar idéias e sentimentos sobre a realidade do cuidado de enfermagem vivenciada e sobre as possibilidades para a sua transformação, em prol da qualificação. Deste modo, configuraram-se como atividades sociais de caráter educativo e transformador e estiveram baseadas em uma metodologia participante e emancipatória, que possibilitou a reflexão conjunta sobre as diversidades e similitudes de concepções e práticas que emergiram das vivências individuais e coletivas dos participantes. Os encontros foram em número de três (03) e tiveram, aproximadamente, duas a três horas de duração cada um. Foram identificados, respectivamente, como:

- “Repensando o cuidado de enfermagem”;
- “Criticando a realidade do cuidado de enfermagem”;

- e “Construindo possibilidades para a transformação”.

Cada uma das oficinas, contemplou quatro (04) momentos interpermeados, o primeiro, de entrosamento e sensibilização; o segundo, de reflexão e construção; o terceiro, para o fechamento coletivo das idéias; e, finalizando, o quarto momento, de relaxamento e descontração. Foram realizadas em um local aprazível, calmo e silencioso, fora do ambiente de trabalho, associando uma refeição aos momentos de criação coletiva, envolvendo música, representações gráficas, filme e diálogos compartilhados.

Como rumo para as discussões ¹⁴, além do emprego de textos reflexivos, foram retomadas as questões abordadas na fase exploratória e todas aquelas significativas ao estudo que emergiram durante os encontros e diálogos. Estas questões se constituíram como subsídios para a crítica da realidade e para a construção de propostas para a transformação do cuidado de enfermagem. Por estas características todas, estes momentos ultrapassaram seus objetivos primeiros e foram terapêuticos por si só, como mostram os seguintes depoimentos:

São poucos os momentos que nós temos para poder se encontrar e falar das nossas coisas sem a gente se sentir vigiada e preocupada com o que vai dizer (Peixes).

Só por isso esse encontro já valeu a pena (Libra).

A) Oficina “Repensando o cuidado de enfermagem”

Este encontro coletivo teve uma duração de três horas e meia. Estiveram presentes cinco (05) dos participantes: Libra, Aquário, Touro, Peixes e Escorpião. Conforme previsto, a oficina desenvolveu-se em quatro (04) momentos: o de entrosamento e descontração, através de um jantar e da livre expressão de idéias; o de crítica e construção criativa sobre o cuidado idealizado de enfermagem e a avaliação do

¹⁴ O processo reflexivo proposto por Fay *apud* Johns (1999) prevê a possibilidade do emprego de um fator de estímulo desencadeador, que no estudo em questão, esteve representado pelas informações do estudo exploratório e das vivências acompanhadas e por textos sobre a temática.

cuidado implementado na realidade de trabalho dos participantes; o de articulação das colocações e das representações apresentadas; e, após a avaliação dos trabalhos e o agendamento do próximo encontro, o momento de descontração e relaxamento do grupo.

Os trabalhos se iniciaram com o jantar. Para este primeiro momento não houve uma previsão formal de tempo e de temas que pudessem limitar os participantes. Inicialmente, os assuntos tratados foram de cunho mais particular mas, em poucos minutos, o foco dos diálogos voltou-se ao cotidiano profissional.

A etapa seguinte de trabalho envolveu um exercício de representação gráfica de imagens e palavras significativas, através da elaboração de painéis utilizando-se a técnica de colagem. Esse foi um exercício que teve por objetivo desenvolver a capacidade crítico-reflexiva e a expressão criativa dos participantes em relação ao cuidado de enfermagem exercitado e idealizado no cotidiano profissional.

Como um dos elementos de estímulo à reflexão, foi entregue a cada participante, três dias antes do encontro, um texto “O cuidado de enfermagem idealizado: uma meta, não uma utopia” (Madalosso, 1999 a)¹⁵. Para a introdução do momento de crítica e construção criativa e incitamento das representações, foram retomadas as informações do questionário da fase exploratória, as críticas à realidade do cuidado de enfermagem apresentadas espontaneamente nos encontros de observação participante e entrevista e levantados os pontos chave do texto entregue previamente. Como material para esta representação, cada um dos participantes recebeu folhas em branco, tesoura, cola, caneta hidrográfica e uma série de revistas.

Então, num processo de reflexão, crítica e criação, a partir das informações discutidas e da realidade vivenciada por cada um, individualmente eles representaram graficamente, com recortes de figuras e palavras, as suas concepções em relação a dois questionamentos:

¹⁵ Texto elaborado por Adriana Ribeiro Martins Madalosso, em 1999, para atender um dos requisitos de avaliação da Disciplina de Fundamentos da Administração da Assistência de Enfermagem do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem – UFSC/Pólo UPF. Encaminhado para publicação na Revista Latino-americana de Enfermagem. Pela pertinência, foi utilizado como texto de sensibilização nesta oficina. Apresenta uma nova perspectiva de visão sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, na tentativa de desmistificar a concepção de utopia para as possibilidades de mudanças e de avanços deste cuidado e romper com as atitudes de acomodação e desmotivação que têm cercado muitos enfermeiros.

- “ Coloque-se na condição de cliente e responda: se você tivesse que se submeter a um cuidado de enfermagem, que atributos exigiria dele? “
- “ Agora, vendo-se como profissional: como você avalia os cuidados de enfermagem que presta e como se sente como cuidador, levando em conta os atributos valorizados na questão anterior? “

O primeiro questionamento procurou buscar a idealização que cada um dos participantes faz sobre a qualificação do cuidado de enfermagem, além de estimulá-los para a autocrítica, trabalhada na segunda questão.

Após a apresentação e descrição das construções de cada um dos participantes (Anexos 5 e 6), como mediadora, articulei e sumariei as principais idéias expressadas e seus significados, validando com o grupo, as impressões e interpretações sobre elas.

Com a conclusão deste terceiro momento, encaminhou-se a avaliação da atividade pelos participantes, a escolha da data e o horário do próximo encontro, bem como a apresentação do tema e do objetivo a ser trabalhado. Para sua preparação e estímulo, foi distribuído um texto denominado “Modos de ser/estar com o outro para cuidar” (Madalosso, 1999 b)¹⁶. Como tarefa, os participantes foram orientados a buscar e identificar na sua realidade de trabalho, ações e decisões de enfermagem que caracterizam o seu cotidiano. Em seguida, foi solicitado que procurassem classificá-las de acordo com os modos de ser/estar para cuidar identificados no texto, e trouxessem tais exemplos para discussão.

Para o fechamento da oficina, no intuito de descontrair e relaxar o grupo, foi orientado que cada um buscasse fazer o que lhe fosse mais agradável, dentro das possibilidades do contexto. Apesar das escolhas diferenciadas e particulares, a relação de grupo continuou presente e, todos juntos, permaneceram descontraidamente até a despedida.

¹⁶ Texto elaborado para reflexão nesta oficina resumindo os principais elementos que caracterizam os modos de ser/estar para cuidar do outro preconizados por Halldórsdóttir (1991).

B) Oficina "Critizando a realidade do cuidado de enfermagem"

A segunda oficina representou o fechamento da etapa de diagnóstico da realidade da qualidade do cuidado de enfermagem. Teve como objetivo, partilhadamente, identificar as situações críticas que interferem na qualidade do cuidado de enfermagem prestado na realidade de trabalho destes enfermeiros, considerando o referencial teórico do estudo.

Estiveram presentes na oficina quatro (04) enfermeiros: Libra, Touro, Peixes e Escorpião. Os ausentes, Aquário e Sagitário, justificaram suas faltas.

Para o primeiro momento, de descontração e entrosamento, foi realizada uma "roda de chimarrão", como um ritual de compartilhamento, representado pela cuia passando de mão em mão. Da "roda do chimarrão" passou-se à "roda do trabalho".

No segundo momento, o da construção de idéias, encaminhou-se a discussão do texto suporte. Através da exposição em cartazes, com a identificação dos diferentes modos de ser/estar para cuidar do outro e suas definições sumárias, e da discussão deles, cada um dos participantes procurou colocar as situações de cuidado que havia identificado na sua realidade e classificá-las de acordo com o referencial. Feitas as contribuições individuais, passou-se a discussão do conjunto das informações, procurando situá-las no referencial, identificando qual ou quais dos modos predominavam no seu cotidiano e representavam a sua realidade de cuidado.

Levando em conta estas conclusões, o terceiro momento da oficina articulou as idéias individuais e traçou os diagnósticos da realidade da qualidade do cuidado de enfermagem, vivenciado no cotidiano destes profissionais. Numa construção coletiva, eles foram sendo listados em cartazes e agrupados, considerando sua relação com as dimensões estrutural, processual e de resultados (Donabedian, 1980), o que já vinha ocorrendo de forma espontânea no grupo, apesar deles não terem tido conhecimento prévio completo desta abordagem e categorização.

Os diagnósticos encontrados foram classificados de acordo com as seguintes categorias apresentadas no **quadro 1**:

Quadro 1 – Referencial para categorização dos diagnósticos**# Qualidade do cuidado de enfermagem pelas condições estruturais**

- Qualidade do cuidado de enfermagem pelo ambiente físico
- Qualidade do cuidado de enfermagem pelo clima institucional para o trabalho
- Qualidade do cuidado de enfermagem pela infra-estrutura material
- Qualidade do cuidado de enfermagem pelos recursos humanos

Qualidade do cuidado de enfermagem pelo processo de cuidar (modos de ser/estar com o outro para cuidar)

- Qualidade do cuidado de enfermagem pelo modo biogênico de ser/estar com o outro para cuidar.
- Qualidade do cuidado de enfermagem pelo modo bioativo de ser/estar com o outro para cuidar.
- Qualidade do cuidado de enfermagem pelo modo biopassivo de ser/estar com o outro para cuidar.
- Qualidade do cuidado de enfermagem pelo modo bioestático de ser/estar com o outro para cuidar.
- Qualidade do cuidado de enfermagem pelo modo biocida de ser/estar com o outro para cuidar.

Qualidade do cuidado de enfermagem pelos resultados

- Qualidade do cuidado de enfermagem pelos resultados para o cliente.
- Qualidade do cuidado de enfermagem pelos resultados para o profissional Enfermeiro.
- Qualidade do cuidado de enfermagem pelos resultados para a instituição.

Seguiu-se ao levantamento dos diagnósticos e à sua categorização, a avaliação do encontro. Se, por um lado, ele foi positivo ao satisfazer as expectativas de todos pela produção alcançada, por outro, foi desagradável, ao revelar uma realidade precária de qualidade do cuidado de enfermagem.

Completada a atividade, foi feito o agendamento da próxima oficina e a apresentação do tema e dos objetivos a serem trabalhados. Também foram entregues, a cada um dos participantes, as cópias dos registros de todas as atividades de que participaram nos diversos momentos anteriores do estudo, para que fosse conhecido seu conteúdo e procedida a validação e os ajustes pertinentes.

O encerramento da oficina foi planejado coletivamente e se deu através de um breve momento de descontração e relaxamento do corpo e da mente, para aliviar as tensões das atividades de produção de idéias e articular o prazer e o conforto de encontrar-se consigo mesmo e com os seus colegas.

C) Oficina "Construindo possibilidades de transformação"

Na terceira oficina se deu a construção coletiva de propostas de alternativas para a transformação da realidade, a partir de um movimento de reconstrução pessoal e profissional, em prol da qualidade do cuidado de enfermagem. Este encontro objetivou trabalhar os pontos positivos da realidade de cuidado dos participantes, identificar as situações diagnosticadas em que há possibilidade de interferência pela enfermagem e planejar propostas de ações que encaminhem a transformação desta realidade. Estiveram presentes à oficina cinco (05) dos participantes: Libra, Touro, Peixes, Sagitário e Escorpião.

O momento de descontração e entrosamento do grupo se deu com a degustação de um café colonial.

Para o momento de produção de idéias, inicialmente, foi planejada uma sensibilização temática, através da sumarização da reflexão crítica realizada no encontro anterior, associada a apresentação de um vídeo ¹⁷ traduzindo uma realidade de cuidado permeada de aspectos positivos e negativos. No entanto, houve a necessidade

¹⁷ Vídeo amador da peça teatral intitulada "O paciente e o cuidado de enfermagem", produzida e apresentada pelo Grupo de Teatro Amador da UPF, na IXª Semana Acadêmica de Enfermagem – Curso de Enfermagem/UPF, maio de 1998.

de mudança na proposta de trabalho, com a supressão do vídeo, em virtude do interesse de Escorpião discutir sobre a perda dos documentos de sua participação. O grupo, unanimemente, entendeu que a situação poderia ser grave mas que pela forma que ocorreu e pelo tempo já transcorrido não haver riscos.

Na etapa seguinte da oficina, passou-se ao planejamento de alternativas para a qualificação do cuidado de enfermagem, considerando as dimensões previstas no referencial. Pela redução do tempo destinado a esta construção e pela indisponibilidade de uma nova data para encontro, com a aquiescência de todos, as atividades foram fragmentadas em uma etapa coletiva e outra individual. A primeira, realizada durante a oficina, envolveu a revisão dos diagnósticos levantados e a identificação dos prioritários, bem como a definição dos que seriam passíveis de intervenção pela enfermagem. Na segunda etapa, individualmente, cada um dos participantes apresentou, por escrito, suas propostas de intervenção na realidade, com alternativas para minimizar ou sanar os problemas diagnosticados.

Como este se configurou como o último encontro formal de trabalho, foi feita a devolução aos participantes do restante do conjunto de registros das atividades do estudo, para que fossem validados.

Encerrando as atividades, foi estimulada a avaliação individual oral sobre a oportunidade do engajamento em trabalhos desta natureza e sobre o significado desta experiência. Foi ressaltada pelos participantes a importância do trabalho ter sido construído no próprio grupo e ter possibilitado uma mobilização de conhecimentos e práticas que eles próprios entendiam não possuir. Nesta oportunidade foram reforçadas a transformação do grupo, enquanto força de mudança e de qualificação do cuidado de enfermagem, e os preceitos éticos que envolveram o estudo, ressaltando o fundamental e necessário sigilo dos participantes em relação às contribuições de cada um.

O fechamento da oficina culminou com uma confraternização, através de um brinde e entrega de lembranças, simbolizando o crescimento e a transformação pessoal e profissional de todos.

4.4 Organizando os registros de campo

Todas as informações obtidas nos diferentes e variados momentos planejados para o estudo, foram registradas no **diário de campo** (Anexo 7). Nestes registros procurei apresentar e explorar os mais variados ângulos que envolveram as situações de cuidado de enfermagem estudadas e, por um recorte mais acurado, as que desvelaram a sua qualidade. Para focalizar melhor o estudo desenvolvido, o diário de campo foi aberto com a identificação das entidades envolvidas, o título do trabalho, o nome do enfermeiro autor do estudo e o nome do seu professor orientador.

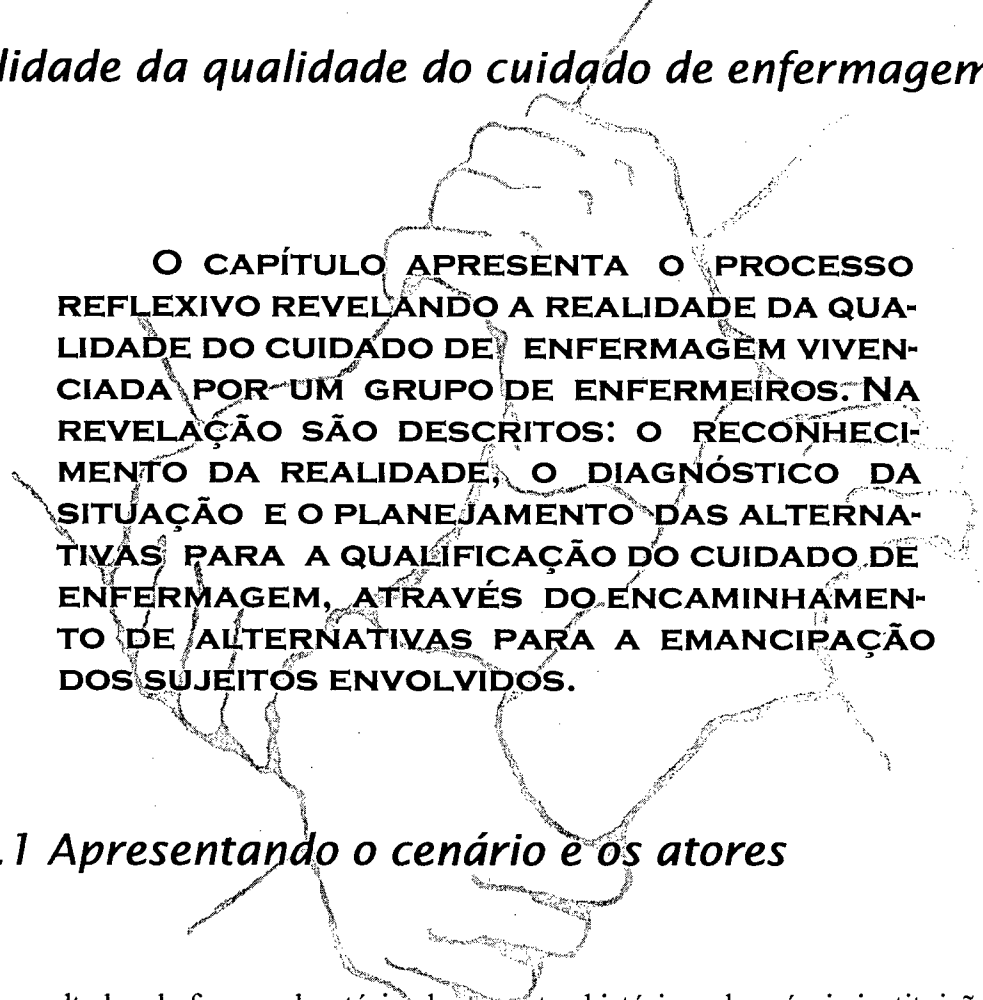
A base descritiva foi organizada de modo a apresentar a **identificação da proposta** empregada em cada momento; a **descrição da realidade** encontrada; a interpretação e avaliação das situações em estudo, representada como **análise 1**; e a categorização dos temas emergentes significativos, de acordo com o referencial do estudo, representada como **análise 2**.

Da **identificação**, constaram a data, o horário e o local da atividade, a técnica desenvolvida, o objetivo estabelecido para o momento e o codinome do sujeito em foco. A **parte descritiva** apresentou detalhadamente os registros das ocorrências no campo, através das notas de campo. Delas constaram a descrição do ambiente, como área física, organização, condições gerais de conservação, etc; dos sujeitos, envolvendo suas maneiras de agir, falar e se relacionar com os outros ao cuidar; dos diálogos, na medida do possível, com as próprias palavras dos sujeitos; das atividades de cuidado realizadas pelos sujeitos da pesquisa. A **análise 1**, correspondente às notas do enfermeiro, apresentou as minhas interpretações e impressões acerca do registrado nas notas de campo. Envolveu a reflexão teórica e metodológica, a descrição dos dilemas e dos conflitos éticos surgidos, as mudanças e adaptações que se fizeram necessárias, bem como as minhas reflexões pessoais sobre as situações levantadas em campo. Ainda, compôs este conjunto, a avaliação e categorização preliminar das falas significativas, pinçadas das notas de campo. O último elemento, a **análise 2**, apresentou a categorização das situações identificadas na análise 1, de acordo com o referencial do estudo.

CAPÍTULO V

A REVELAÇÃO DA REFLEXÃO:

a realidade da qualidade do cuidado de enfermagem



O CAPÍTULO APRESENTA O PROCESSO REFLEXIVO REVELANDO A REALIDADE DA QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM VIVENCIADA POR UM GRUPO DE ENFERMEIROS. NA REVELAÇÃO SÃO DESCRITOS: O RECONHECIMENTO DA REALIDADE, O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO E O PLANEJAMENTO DAS ALTERNATIVAS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, ATRAVÉS DO ENCAMINHAMENTO DE ALTERNATIVAS PARA A EMANCIPAÇÃO DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS.

5.1 Apresentando o cenário e os atores

Os resultados da fase exploratória, documentos históricos da própria instituição e algumas constatações feitas durante a observação participante, permitiram o reconhecimento do cenário e dos atores, concretizando-se como o embrião de todo o processo que envolve o estudo.

Esta etapa inicial já revelou um dilema ético para ser trabalhado, dilema este, que acabou acompanhando todo o desenrolar do estudo, com a dificuldade para

caracterizar adequadamente a instituição campo e os enfermeiros participantes, sem romper com o sigilo previamente acordado entre as partes envolvidas e sem comprometer a verdade. Concebi como pertinente, sacrificar alguns elementos, reduzindo as possibilidades de revelação.

Assim, o estudo se desenvolveu em um hospital geral de grande porte do estado do Rio Grande do Sul. Atualmente, é uma das unidades que compõe o grupo hospitalar a que está ligado. Desde sua fundação, vem prestando serviços de saúde à comunidade regional, principalmente para clientes dependentes do sistema público de saúde. Na intenção de tornar-se um hospital de ensino, implantou um programa de residência médica e a Escola Técnica de Enfermagem e procurou incrementar atividades de estágios acadêmicos para cursos de Enfermagem, Farmácia e Medicina, através de acordos com uma universidade da região.

Presta serviços em regime ambulatorial, de pronto atendimento e de internação, para uma série de especialidades clínicas e cirúrgicas. Põe à disposição da comunidade um total atual de duzentos e dez (210) leitos, atende a uma média mensal de novecentas (900) internações e presta em torno de três mil (3.000) atendimentos no seu serviço de pronto socorro.

Sua equipe geral de trabalho conta atualmente com aproximadamente quatrocentos e cinquenta (450) funcionários, sendo que destes, cento e oitenta e quatro (184) são profissionais de nível médio da Enfermagem, dezessete (17) são enfermeiros, sendo um (01) deles o Chefe do Serviço de Enfermagem. Estes profissionais estão distribuídos no atendimento das onze (11) unidades de serviço: três (03) postos de clínica médica e cirúrgica; uma (01) unidade de oncologia; um (01) centro cirúrgico e central de material e esterilização; uma (01) unidade de pronto socorro; uma (01) maternidade com internação obstétrica, alojamento conjunto, berçário e centro obstétrico; uma (01) unidade pediátrica; uma (01) unidade de radiologia; uma (01) unidade para pacientes renais crônicos; e um (01) centro de tratamento intensivo (CTI) para pacientes adultos. Além destas unidades, há a participação de enfermeiros no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, na Comissão de Ética e na Escola Técnica de Enfermagem.

Os dezesseis (16) profissionais enfermeiros responsáveis pelas unidades de serviço encontram-se assim lotados: quatro (04) atuam na CTI, sendo um (01) para cada turno diurno e dois (02), que se alternam nos plantões noturnos; dois (02) que atuam na supervisão geral noturna, em plantões em dias alternados; e dez (10) enfermeiros que responsabilizam-se pelo atendimento das demais unidades de serviço do hospital nos turnos diurnos e alternam-se na supervisão geral no turno da tarde.

Sua carga horária semanal de serviço é de quarenta e duas (42) horas e, a maioria, responsabiliza-se por mais de um serviço ou unidade de internação. Cabe, em média, para cada enfermeiro, de dois (02) a três (03) plantões mensais de fins de semana e/ou feriados e de dois (02) a três (03) períodos de supervisão geral. Atuam nos períodos da manhã e tarde, no horário que compreende os intervalos entre 08:00 e 12:00 horas e 13:30 e 16:30 horas. Fora destes horários, os respectivos setores são atendidos unicamente pelo enfermeiro escalado para a supervisão geral, de forma idêntica ao que caracteriza o turno da noite.

A supervisão geral, tradicionalmente, tem sido realizada no turno da manhã, pela chefia geral de enfermagem, a tarde, por um enfermeiro de unidade escalado, e a noite, por dois enfermeiros que trabalham em dias alternados.

5.2 O reconhecimento da realidade: contextualizando o cuidado de enfermagem

Neste momento procurei concretizar o reconhecimento da realidade do cuidado de enfermagem na instituição em estudo, buscando informações de variadas fontes representativas. Para este levantamento foram utilizadas as informações obtidas através do questionário exploratório, da observação participante, da análise documental, da entrevista individual e, em menor escala, da oficina de diálogo reflexivo que aborou este enfoque.

Para a consecução desta etapa, foi resgatado o marco referencial, focando as três dimensões envolvidas na qualidade do cuidado de enfermagem - estrutural, processual e de resultados.

Este diálogo com o referencial e com a realidade revelou uma instituição hospitalar de grande porte, de abrangência assistencial regional, que atende fundamentalmente pacientes dependentes do Sistema Único de Saúde e possui um corpo de enfermagem formado por dezesseis (16) profissionais. Enfrenta as dificuldades financeiras que são típicas da atual conjuntura nacional de saúde. Estas dificuldades têm se repercutido nos diferentes setores da instituição e, especificamente com relação à Enfermagem, com uma progressiva e preocupante deterioração do seu cuidado, tanto à nível de estrutura básica, como do próprio processo de cuidar, comprometendo sua qualidade, identificada através de resultados insatisfatórios para a clientela, para a instituição e para os próprios enfermeiros.

Tem que lembrar que aqui no hospital se atende mais o SUS e os valores pagos são super baixos, que não pagam o que é realmente gasto. Daí essa situação de crise que não é só nossa. Milagre não existe, se ganhar pouco vai poder fazer pouco. É essa a nossa realidade hoje, as vezes melhora, as vezes piora (Escorpião).

Analisando a **dimensão estrutural**, encontrei um **ambiente físico** que revela uma estrutura primária antiga, que foi progressivamente sendo ampliada e adaptada às novas exigências de demanda e de tecnologia sem, no entanto, contemplar os requisitos necessários à especificidade de certas áreas, à funcionalidade, à comodidade, à privacidade e, até, à estética. Este fato implicou na localização inadequada de determinadas unidades de serviço, seja em relação ao conjunto geral de instalações ou às afinidades e restrições necessárias entre elas. Desta forma, algumas delas acabaram servindo de acesso para outras, transformando-se em corredores de circulação cronicamente movimentados, principalmente nos horários de visita médica e de familiares. Ou, como no caso da unidade oncológica, que trata usualmente de pacientes comprometidos e debilitados e, tradicionalmente, associados ao estigma do sofrimento, tristeza e morte, localizada junto e como acesso principal à maternidade, unidade associada à alegria e à vida nova. Além disto, no planejamento físico deste hospital, não foi verificado o adequado agrupamento das unidades afins, como por exemplo as relacionadas à área materno-infantil, que ficaram antagonicamente distanciadas, ou mesmo às dos serviços administrativos, dispersas por todo o prédio.

As diversas unidades de internação que compõem o conjunto estrutural do hospital possuem dimensões e capacidades distintas e variadas. Algumas oferecem acomodações privativas e semi-privativas, outras somente enfermarias e outras, ainda, possuem as três modalidades de acomodações. No entanto, com exceção dos quartos privativos, a área física destas instalações é restrita e não adequada técnica e normativamente ¹⁸ ao número de leitos que ali são alocados. Esta situação acabou implicando em: posicionamento dos leitos pelas laterais em relação à parede; restrição do espaço para o restante da unidade do paciente; favorecimento à superlotação; limitação da acomodação dos acompanhantes; comprometimento da individualidade, privacidade e tranquilidade do cliente; aumento do risco de contaminação cruzada; e interferência na qualidade do cuidado que é prestado. Nos horários de visitas estas condições se agravam mais. A fala de um dos participantes mostra este reconhecimento:

Esta proximidade favorece as infecções cruzadas. Se uma tem (...), daqui a pouco todas as outras também têm. Isso é um problema. (...) Eu já pedi para tirarem 2 leitos da enfermaria (...), mas a administração disse que não poderia perder estas vagas (Libra).

Nas acomodações coletivas das unidades de internação, verifiquei a inexistência de sistemas para privacidade ao cliente. Quando esta se faz necessária, são utilizados biombos.

Com relação à distribuição dos pacientes por unidade e leito, ela varia de acordo com o tipo de convênio, a especificidade da internação e, no caso das acomodações coletivas, com o sexo do paciente. A unidade que se distingue desta modalidade de arranjo é a CTI. Nela, as acomodações são comuns para ambos os sexos e estão divididas em cinco (05) boxes, sendo dois (02) com quatro (04) leitos cada; dois (02) individuais, para clientes que necessitem isolamento ou sejam diferenciados; e um (01) para clientes contaminados. Todos estes boxes, com exceção de um individual, são envidraçados, permitindo uma visualização geral dos clientes e da unidade. Entretanto, se esta situação é benéfica e facilitatória por um lado, é prejudicial por outro, pois

¹⁸ A Portaria nº 1884/1995 do Ministério da Saúde do Brasil normatiza os aspectos estruturais e de infraestrutura material para instalações de saúde.

restringe a privacidade da clientela. Minimizando o problema, existem cortinas que têm a função de isolar lateralmente um leito do outro, mas que nem sempre são utilizadas.

Do ponto de vista de conservação do ambiente físico em geral, observei uma certa deterioração, principalmente nas alas mais antigas do prédio. A rede elétrica tem sido ampliada para atender às necessidades de equipamentos havendo, em alguns locais, exposição de fiação, o que significa um potencial para acidentes. Também, constatei a falta da rede de aterramento nas unidades de internação, dificultando a utilização de determinados equipamentos e retardando o cuidado relacionado:

(...) O problema de fazer o exame nos quartos é que aqui não tem fio terra e daí o aparelho não funciona. A gente tem que improvisar nas camas ou nas janelas quando elas são de metal (Sagitário).

Não foram raros também, os sinais de infiltrações de água ou esgoto em pisos, paredes e teto, danificando os revestimentos e aumentando as possibilidades de contaminação do ambiente.

No que se refere à rede de gases clínicos, com exceção da CII, do centro cirúrgico (CC), da sala de recuperação pós-anestésica (SR) e do centro obstétrico (CO), onde são atendidos pacientes de risco e realizados procedimentos mais complexos, as demais unidades ficam dependentes de sistemas móveis, como torpedos e compressores.

Quanto às acomodações para os enfermeiros, identifiquei a improvisação do vestiário feminino em um banheiro antigo e pequeno, em meio as unidades de internação. Esta área física, além de não contemplar um espaço adequado para uso como vestiário, está desprovida de mobiliário para a guarda de pertences particulares e uniformes destas pessoas.

As acomodações para os familiares de clientes também são restritas. A não ser para os clientes diferenciados por alguns tipos de convênios e particulares, esta situação é precária, sendo-lhes limitada a presença e restringida sua acomodação a uma cadeira de madeira, próxima ao leito do seu familiar.

(...) eles só têm estas cadeiras de madeira para se acomodar e não podem deitar nas camas (...) e nem deitar no chão. (...) Eles não aguentam por muito tempo tanto desconforto (Libra).

A limpeza do hospital, também mostrou-se afetando o ambiente. Ela deixa a desejar em alguns aspectos, revelando presença de insetos, vestígios de lixo não acondicionado em locais internos e externos do prédio e poeira sobre mobiliário, luminárias e paredes.

O problema importante que eu vejo hoje aqui é a limpeza (apontando para a sujeira nos lustres e nas grades das camas). A coisa estava mais feia (...) (Escorpião).

Na dimensão ambiental identifiquei, ainda, como correlata ao já desvelado, a filosofia institucional como fator determinante do **clima de trabalho** existente. Os participantes desconhecem as diretrizes institucionais e as pessoas ligadas à administração parecem não revelá-las claramente.

(...) a gente não sabe direito o que esperam da gente. Eu não sei qual é o norte da empresa. (...) (Escorpião)

Pelas colocações feitas e pelas observações realizadas, percebi uma filosofia institucional que centraliza as decisões, mantém controles e fiscalizações rígidas, preconiza a qualidade através da quantidade e não valoriza adequadamente o cuidado de enfermagem e os enfermeiros. Com esta postura, a estrutura administrativa estabelece um clima de medo, insegurança e indefinição entre o pessoal de enfermagem e reforça a insatisfação e a acomodação.

(...) as decisões vem de cima para baixo (...) eles decidem e nós temos que cumprir, gostando ou não gostando (Peixes).

A gente tem medo de perguntar as coisas ou de comentar porque isso é logo mal interpretado (Fourou).

Com relação à **estrutura material** necessária para o cuidado, observei certa escassez e limitação tecnológica, considerando as necessidades assistenciais e a complexidade dos problemas dos clientes internados na instituição. Muitos materiais e equipamentos têm uma disponibilidade limitada e, em alguns casos, até costumam faltar temporariamente.

Para o suprimento de materiais necessários às diversas unidades do hospital, os pedidos devem ser feitos pelo enfermeiro ao almoxarifado ou ao setor de compras. As solicitações são atendidas de acordo com os estoques, as prioridades, a disponibilidade

financeira da instituição e o valor do pedido. Mas, em decorrência das dificuldades financeiras enfrentadas, estes critérios acabaram sendo prejudicados e as solicitações atendidas com sérias restrições.

Também, no que se refere aos recursos materiais para o cuidado, identificou-se como uma situação complicadora, o fato de não haver a alocação, no setor de compras, de um enfermeiro, ficando esta tarefa para profissionais que ainda não têm o domínio necessário destas especificidades.

(...). Falta alguém mais dinâmico para o setor de compras, que entenda das coisas que a gente usa e precisa. Ninguém sabe melhor do que a gente precisa, do que um enfermeiro. Agora botar gente que nem conhece o nosso dia-a-dia, por mais bem intencionada que ela seja, ela não vai fazer direito. Antes nós tínhamos uma enfermeira neste setor e ela sabia o que era mais útil e melhor (...) (Peixes).

Com relação aos equipamentos disponíveis para o cuidado, observei que alguns estão tecnologicamente ultrapassados ou não estão adequados para a destinação que lhes cabe. Na CTI, onde este aparato é mais concentrado e mais rotineiramente utilizado, encontrei somente um respirador com melhores recursos tecnológicos. Ele é disputado, pois permite um melhor atendimento ao cliente, propiciando um maior número de informações e recursos para intervenções, o que dá uma maior tranquilidade e segurança assistencial e agiliza certas ações de cuidado direto da enfermagem. Outro exemplo é o das bombas de infusão, que têm seu uso restrito às unidades de atendimento de maior complexidade e não estão disponíveis em quantidade suficiente para todos os clientes. Desta forma, pela exiguidade dos equipamentos, os que existem, têm um uso praticamente constante e um desgaste intenso.

Aliadas a estas limitações, constatei também a falta de padronização de materiais e equipamentos e a má conservação dos mesmos. Ela decorre da necessidade de viabilização financeira, sendo o produto escolhido aquele que atende às necessidades e possui o melhor preço proporcional no mercado. Esta falta de padronização se é vantajosa por um lado, tem suas desvantagens por outro, ao exigir uma maior capacitação do pessoal para o manuseio, uma maior qualificação do serviço de manutenção e uma maior e mais diversificada relação com serviços autorizados e de reparos.

Quanto a má conservação da estrutura material, ela mostrou-se decorrente de um uso intenso, da ausência de uma manutenção preventiva e do restrito e deficiente treinamento dos profissionais que os operam ou têm possibilidades de virem a utilizá-los.

Eu só tenho um bom e moderno (...) e são poucos os enfermeiros e médicos que sabem mexer nele... Apesar de ser um aparelho caro, (...) ninguém treinou a gente para o uso. A gente aprendeu mexendo e errando (Peixes).

Desta forma, a necessidade de consertos tem sido frequente e, quando ocorrem problemas, eles são geralmente comprometedores e acabam exigindo reparos mais importantes, onerosos e demorados.

Quanto ao armazenamento, constatei que os materiais e equipamentos disponíveis estão estrategicamente depositados nos postos de enfermagem ou instalados junto aos leitos dos pacientes, quando em uso.

Com relação aos medicamentos, houve período até de falta, mas atualmente esta situação não tem sido mais verificada com tanta intensidade, a não ser com medicamentos muito específicos, de mais difícil obtenção e/ou muito caros. Também neste aspecto não há padronização e as compras são feitas em relação às cotações de mercado, buscando as mais vantajosas.

Os materiais de consumo, na medida do possível, têm sido racionalizados e controlados pelo enfermeiro da respectiva unidade. Há colaboração da maioria do pessoal de enfermagem com a redução de gastos e custos desnecessários. Este envolvimento tem aparecido nos relatórios mensais das diversas unidades, com uma melhora significativa nas planilhas de custos.

No que se refere aos **recursos humanos** envolvidos direta ou indiretamente com o cuidado de enfermagem, chamou-me a atenção o vínculo emocional deles com a instituição, apesar das adversidades enfrentadas gerando condições insatisfatórias de trabalho.

(...) Eu continuo aqui porque eu gosto do hospital. (...) O hospital ainda funciona porque tem uns funcionários bons, que dão duro. (Peixes).

Especificamente com relação aos enfermeiros e demais profissionais da equipe de enfermagem, percebi um grande potencial para a qualidade do cuidado e interesse para o aperfeiçoamento. Entretanto, esta situação está sendo progressivamente corroída pela frustração e desvalorização do profissional e do seu cuidado. Esta situação é relatada como decorrente de uma série de fatores relacionados: à sobrecarga de serviço, pela deficiência quantitativa de pessoal; ao acúmulo de funções e remanejamentos frequentes; à manutenção de pessoal desqualificado em serviço; à falta de um programa de educação continuada; à falta de oportunidades e incentivos para a participação nas discussões e decisões pertinentes à enfermagem; aos atrasos salariais; e à percepção de que estas condições estão se generalizando entre outras categorias de funcionários da instituição, demonstrando que o problema está se intensificando e alastrando.

Os funcionários estão se sentindo desvalorizados e os salários estão até atrasando. (...) A insatisfação é tão grande que qualquer dor de barriga é motivo para alguns funcionários pedirem um atestado para uma semana. Daí as coisas ficam difíceis (Peixes).

E menos gente dando conta de mais trabalho. (...) Mas isso não pode durar muito. Em vez de melhorar a qualidade do serviço de enfermagem, as coisas estão piorando (...) (Touro).

Outro fator de grande desagrado entre os profissionais da Enfermagem, é o maior poder concedido aos médicos que, na sua maioria, nem sequer são funcionários da instituição ou, então, estão iniciando sua experiência profissional, como é o caso dos residentes e finalistas da graduação. Este desagrado aparece expresso em uma série de colocações, como as seguintes:

O que a gente diz não tem valor. (...) O que a gente sabe não vale nada. Eles não pedem a opinião da gente para nada, é tudo mandado. (...) Daí vem um residente e diz uma bobagem e eles acham o máximo e fazem. E no final, dá tudo errado (Touro).

Os residentes mal entram aqui e já tem mais influência que a gente que tem anos de casa (Escorpião).

Dentre inúmeros fatores, esta situação tem se revelado através de posturas que sustentam a subalternidade dos enfermeiros aos médicos; da rotulação do prontuário como “médico”; da discriminação dos registros de enfermagem, alocando-os fora do prontuário; das discrepâncias de controles disciplinares sobre os médicos pelos quadros

administrativos; e da distinção severa de qualidade de espaço físico, como no caso de vestiários e salas para profissionais.

No que se refere ao dimensionamento do quadro de pessoal, principalmente com relação aos enfermeiros, identifiquei exiguidade de funcionários e o acúmulo de unidades sob responsabilidade de um único enfermeiro, gerando sobrecarga de serviço. Este problema tem se agravado na instituição, em função de suas dificuldades financeiras que, neste caso, se repercutiram limitando as possibilidades de contratações e restringido as de demissões.

Os maus funcionários todo mundo sabe quem são, mas a gente já pediu providências e a administração diz que não tem dinheiro para demitir mais ninguém (Peixes).

São apenas dezesseis (16) enfermeiros para atender todos os setores, em todos os turnos de trabalho. Estes enfermeiros são responsáveis pela previsão e provisão dos materiais; pela solicitação de manutenção e reparos de equipamento e de área física; pelos controles de exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados pelos clientes sob sua responsabilidade dentro ou fora de sua unidade de serviço; pela burocracia do setor envolvendo controles, escalas, boletins; pelo recebimento, transferência e alta de clientes; pelo treinamento dos funcionários; pela autorização para os acompanhantes dos clientes; e pelos cuidados de maior complexidade, entre outros.

Aos auxiliares de enfermagem cabe o cuidado direto ao cliente, a organização dos materiais e equipamentos e a implementação de ações delegadas pelo enfermeiro.

Quanto à qualificação deste pessoal, o relatório da fase exploratória apresenta dados detalhados mostrando limitações (Anexo 4), onde se destaca a falta de incentivos e de apoio à participação em eventos e cursos e a precariedade do processo de educação continuada. A instituição, com algumas exceções, não tem facilitado o avanço educacional e formativo do corpo de enfermagem, seja através da flexibilização dos horários de serviço, do auxílio através de bolsas ou de possibilidades de promoção ou melhoria salarial, por um plano de carreira.

Semelhantemente, a educação continuada também é limitada. Ela é coordenada e orientada pela Chefia de Enfermagem, que passa suas instruções aos enfermeiros de unidade que, por sua vez, as repassam à sua respectiva equipe de trabalho. Os temas

selecionados, geralmente, se referem aos aspectos considerados deficientes ou problemáticos e, principalmente, focalizam situações técnicas. A metodologia utilizada envolve, na maioria das vezes, a distribuição de um boletim informativo ou um esquema técnico, que é reproduzido e distribuído para as diversas unidades. As discussões sobre as dúvidas apresentadas são clareadas pelo enfermeiro responsável pelo setor em questão, como aparece nesta colocação:

Nós temos tido problemas com drenagens mal feitas e, por isso, resolvemos fazer este treinamento. Esse é o material. Eu passo o xerox do material que a ... (nome da chefe de enfermagem) para todos os funcionários e discuto com eles as dúvidas que ficarem. Para maior segurança o esquema fica preso no mural do posto para poderem consulta (Peixes).

Esporadicamente, são realizadas palestras reunindo grupos de funcionários, cuja temática também é mais direcionada aos aspectos técnicos e patologias. Elas são ministradas, com maior frequência, por profissionais externos à instituição e por elementos de outras categorias profissionais, fundamentalmente médicos, que as direcionam à atenção biomédica e ao papel de subalternidade. Devido ao processo de insatisfação dos recursos humanos do hospital com o seu trabalho, nos últimos tempos, os responsáveis pela educação continuada, positivamente, têm trabalhado as relações interpessoais.

As dificuldades com a educação do pessoal foram interpretadas pelos participantes do estudo, como comprometedoras do cuidado de enfermagem e favorecedoras de maiores riscos ao exercício profissional, como corrobora este depoimento:

Nós estamos correndo um grande risco. Se tu não tiveres uma boa base e não avaliares bem o paciente, tu já sabes os problemas que podem dar! (Touro)

Com relação à equipe auxiliar de enfermagem, esta realidade não mostra-se distinta e, a insatisfação e a acomodação, parecem ser mais evidentes ainda. A rotatividade interna deste pessoal para unidades de maior demanda ou com problemas, repercute-se, na maioria das vezes, em desagrado e desestruturamento das equipes, original e receptora. Esta conjuntura de insatisfação também tem levado o enfermeiro a

trabalhar mais distanciado da convivência com os seus colegas e com a sua equipe de trabalho.

(...) cada um faz o seu (...); (...) desse jeito a gente se incomoda menos (...); (...) muitos colegas em vez de ajudarem, acabam prejudicando ainda mais o nosso trabalho (...); (...) a gente, por esse clima ruim de trabalho, se habituou a fazer as coisas sozinha (...); (...) e a gente até tem medo de colocar certas coisas que pensa para certos colegas, pois não existe confiança (...).

Nas relações com a equipe médica, se apresentam distanciamentos e jogos de poder. Esta situação reflete-se com uma produtividade insatisfatória e desvalorização e desprestígio dos profissionais de enfermagem e de seu cuidado. Parece haver mais uma coexistência hierárquico-funcional com submissão, do que um trabalho em equipe. As ações independentes dos enfermeiros, não raramente, são criticadas e desmerecidas por alguns destes profissionais, como Libra apresenta:

É difícil. Eles até, na maioria das vezes, não tratam a gente mal mas não nos ajudam em nada. Eles se consideram o centro e por isso todos tem que trabalhar em volta deles, na hora que eles querem e do jeito que eles querem.

No que se refere ao **processo do cuidado de enfermagem**, encontrei profissionais que, apesar ou pela contingência circunstancial já apresentada, mostraram-se aparentemente muito ativos, hábeis e organizados tecnicamente, principalmente com os aspectos relacionados às suas funções técnico-gerenciais. Ao mesmo tempo, identifiquei limitações quanto aos conhecimentos fundamentais sobre o cuidado de enfermagem, às habilidades e às atitudes mais positivas para interagir com o paciente.

Conforme informações apresentadas no relatório da fase exploratória (Anexo 4), sobre o entendimento destes enfermeiros sobre o cuidado de enfermagem, verifiquei uma tendência à valorização dos aspectos humanísticos e uma menor identificação com os aspectos curativistas-biomédicos ou gerencialistas do cuidado. No entanto, no contato com a prática quotidiana destes profissionais, esta realidade mostrou-se distinta. Percebi, em alguns momentos, tentativas de interação com o cliente, mas que foram abortadas em função do volume das obrigações de trabalho. Na prática e nas falas dos participantes verifiquei um privilegiamento das ações indiretas de cuidado, um

atrelamento muito grande às normas e rotinas, muitas vezes em detrimento do bem estar do cliente, e um controle bastante rígido sobre estas ações. Um exemplo desta situação é o estabelecimento do horário de visitação, justamente coincidindo com os horários em que ou o enfermeiro da unidade não está de serviço ou ele está envolvido com a passagem de plantão.

Ainda, com relação ao processo de cuidar, chamou-me a atenção o fato da delegação frequente de cuidados diretos que são de competência legal do enfermeiro. Diferentemente, com menor frequência, foram identificadas delegações de ações administrativas.

A gente trabalha tanto a parte assistencial como a administrativa, mas a parte administrativa exige bastante de nós e deixa a gente muito distante da parte assistencial. Então, a parte assistencial fica bastante carente, bastante de lado, desatendida (Toufo).

A participação do enfermeiro no cuidado direto, com exceção do turno da noite, quando ele foi bem mais frequente, se voltou mais aos raros contatos diários identificados como “visitas” e às situações de cuidado consideradas de maior complexidade, a maioria delas em nível de dependência ou interdependência de outros profissionais, principalmente da equipe médica. As ações independentes observadas e relatadas foram pouco valorizadas e, muitas vezes, desmerecidas, usurpadas e criticadas. Foram poucos os enfermeiros que tiveram condições de identificar a história dos inúmeros clientes sob seus cuidados, os motivos de sua internação, suas condições gerais, suas necessidades de cuidado e a gravidade de sua situação. O conhecimento desta realidade era considerado restrito e difícil.

Esta perspectiva de atenção ao cliente, expressou-se como mais ou menos intensa, considerando alguns aspectos contingenciais como: turno ou período do turno de trabalho, número de pacientes, tipo de especialidade, média de permanência na internação, grau de consciência do cliente e número de unidades a serem atendidas.

Assim, identifiquei que os enfermeiros que têm um grande número de clientes sob seus cuidados, principalmente aqueles que se responsabilizam por mais de uma unidade de serviço ou pela supervisão geral do hospital, estabeleceram breves e esporádicos contatos com o cliente e não conseguiram se dedicar adequadamente à

atenção direta. Esta relação conseguiu algum fortalecimento, nos casos de internação prolongada. As atitudes para cuidar, geralmente, variaram de acordo com a responsividade do cliente, sua capacidade colaborativa e seu nível de consciência. Os lúcidos, tranquilos e/ou cooperativos favoreceram uma relação mais particularizada, atenciosa e cordial e, por consequência, um cuidado mais positivo. A situação oposta, de inconscientes, exigentes e/ou questionadores, determinou contatos mais fugazes e superficiais e um cuidado mais tecnicado e direcionado ao corpo.

Nas situações mais atribuladas, como o turno da manhã, nas emergências ou nos horários de visitas, observei que a atenção ao cliente e os cuidados diretos foram mais esporádicos e passíveis de delegação. Nos horários mais calmos e/ou após a resolução dos cuidados indiretos, então, o cuidado direto se efetivou com uma maior intensidade e melhor qualidade.

Mesmo com todas as adversidades identificadas, constatei que dois pontos importantes no processo de interação humana ainda estavam preservados, na maior parte destes breves momentos de atenção direta. A maioria dos enfermeiros observados, na maioria das ocasiões de cuidado direto, tocavam os clientes, intensificando a proximidade entre ambos, e tratavam-nos pelo nome, particularizando suas ações.

Para dar continuidade ao cuidado de enfermagem, estes enfermeiros lançavam mão da passagem de plantão e dos registros. A passagem de plantão era feita, ao final de cada turno de trabalho, entre os auxiliares e técnicos da equipe e, separadamente, entre os enfermeiros. A transmissão das informações sobre os clientes e as necessidades de ações de cuidado verificadas ou atendidas eram feitas, na maioria das situações, de forma oral, acompanhadas de algumas anotações sumárias, com exceção da CTI, onde os registros eram mais completos e obrigatórios.

Levando em conta esta situação, verifiquei que a documentação do cuidado de enfermagem era relegada a um plano secundário no processo de trabalho do enfermeiro, a não ser quando relacionada ao gerenciamento da unidade. Estes cuidados indiretos eram registrados em formulários próprios e obedeciam um rigoroso calendário de programação. Eles envolviam um série de elementos, como aparecem nestas falas:

(...) Ah! A gente tem que fazer também os registros administrativos: controles, escalas, pedidos de material, pedidos de consertos dos equipamentos, relatórios de gastos, essas coisas.

Isso consome bastante o nosso tempo, mas é o que é mais cobrado e tem que ser feito. (...) Eu sei que isso é importante para tudo poder funcionar (Peixes).

(...) é muita coisa para ser feita e a gente acaba sobrecarregado. Assim, algumas coisas sobram, como é o caso do registro (...) (Touro).

O limitado conhecimento sobre sua importância, contribuiu também, para que esta documentação fosse negligenciada e os registros do cuidado direto fossem preteridos em função dos cuidados indiretos. Tais registros direcionavam-se ao modelo biomédico, eram escassos, não sistematizados e não valorizados como instrumentos de cuidado, até pelos próprios enfermeiros. Quando existiam, estavam excluídos do prontuário do cliente, e eram efetuados em pranchetas ou em cadernos comuns e, raramente, consultados por outros profissionais.

São as evoluções de enfermagem. As do enfermeiro ficam nesta e as do auxiliar ficam em outra prancheta que fica lá junto com o paciente. A gente tenta fazer uma evolução de cada paciente em cada turno. (Peixes)

A prescrição de enfermagem, feita somente na CTI, era individualizada na identificação e na seleção dos cuidados pertinentes, mas despersonalizada, ao se apresentar como um formulário padronizado onde os cuidados já aparecem impressos. Sua valorização me parecia mínima, pelo fato de não ser implementada adequadamente e de ficar, praticamente, escondida na prancheta, atrás de outros formulários. Referindo-se a este aspecto da prescrição de enfermagem, um participante colocou:

Ela fica nas pranchetas dos boxes atrás das folhas dos auxiliares (...) A gente sabe que uma prescrição impressa não é muito certa, que deveria ser uma coisa mais personalizada. Bom! É assim que ela é feita aqui. (...) A prescrição é assinalada pelo enfermeiro da noite. Geralmente ele tem menos serviço. Ele seleciona o que o paciente precisa e faz o aprazamento. É isso que a gente faz do processo (Peixes).

Estas limitações de registros foram reconhecidas pelos enfermeiros como inadequadas, não atendendo nem as reais necessidades dos clientes, nem as dos profissionais, seja na condução e continuidade de suas ações ou na segurança de sua atuação. Mas, esta inadequada valorização, apesar de ser percebida de forma mais intensa na Enfermagem, não era exclusiva dela. Os registros do processo assistencial

médico, também foram vistos como restritos e comprometedores do cuidado ao cliente, ao focarem, quase que exclusivamente, a prescrição. Por uma realidade discriminatória, o “prontuário do paciente” era identificado como “prontuário médico”, reunindo somente os documentos pertinentes à assistência deste profissional. Nele, foram encontrados somente os documentos admissionais do cliente, as prescrições médicas, algumas solicitações e requisições de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, alguns resultados destas solicitações e raras e sumárias evoluções.

Aqui o prontuário é médico sabe? Eles não valorizam muito os nossos registros, então, eles são para ajudar só a gente mesmo! (...) (Peixes)

E, considerando a dimensão **resultado do cuidado de enfermagem**, percebi que ele refletiu toda as limitações e desarmonias presentes nas dimensões estrutural e do processo de cuidar. Estes reflexos atingiram tanto a perspectiva de satisfação do profissional, como da instituição e do cliente. Este resultado apareceu como um processo de descomprometimento, desmobilização e desvalorização. Se refletiu interferindo negativamente nas relações humanas no trabalho, envolvendo as equipes de enfermagem e multidisciplinar, os superiores hierárquicos e o cliente e seus familiares.

Os enfermeiros entenderam que os padrões de qualidade do cuidado de enfermagem, estavam sendo diretamente determinados pelas políticas administrativas institucionais atuais, definidoras das prioridades e da abrangência do cuidado e, por isso, influenciadoras diretas dos seus resultados.

Do ponto de vista da sua satisfação, os resultados da qualidade deste cuidado foram considerados precários e insatisfatórios pois não estavam atendendo aos interesses dos envolvidos neste processo. Ao mesmo tempo, admitiam esta realidade com potencialidades para ser revertida através de mudanças positivas, desde que uma ajuda externa, consistente e imparcial, possa vir a colaborar.

Para os interesses administrativos institucionais atuais, os participantes entenderam que, na medida do possível, as expectativas de resultados deveriam estar sendo atendidas, pela maior valorização que davam aos aspectos administrativos, pelos esforços empreendidos para a superação da crise institucional e pela tolerância que estavam tendo em relação aos limites impostos aos seu fazer e ao desmerecimento a ele

demonstrado. No entanto, tinham dúvidas quanto a suas perspectivas, uma vez que as cobranças, os maus tratos e a desconsideração se mantinham, apesar de tanto empenho.

E, considerando os resultados do cuidado de enfermagem para a clientela, por todo o contexto levantado, na perspectiva dos enfermeiros participantes do estudo, não pode ser considerado satisfatório. Este cuidado não atendia as necessidades mais elementares da individualização e do humanismo.

O que a gente faz hoje não é cuidar. Talvez em algumas vezes, mas são situações isoladas, não é uma coisa da nossa rotina. A maior parte do tempo a gente faz trabalho administrativo. (Eseorpião)

Cuidado de enfermagem eu sei que não é. Eu não tenho a menor dúvida de dizer que a gente não cuida daquele jeito que tu vê nos livros e em trabalhos. Falta muito para a gente poder dizer que faz um cuidado de enfermagem como mando o figurino.(...) A gente ainda está muito distante do paciente e mais preocupado com doença e procedimentos (Peixes).

5.3 O diagnóstico do cuidado de enfermagem: criticando e repensando a realidade

Esta etapa da reflexão sobre a qualidade do cuidado de enfermagem foi construída no transcorrer das atividades desenvolvidas no estudo e estruturadas nas oficinas “Repensando o cuidado de enfermagem” e “Criticando a realidade do cuidado de enfermagem” (Anexos 5 e 6). A primeira, trabalhou as concepções sobre o cuidado realizado e o cuidado idealizado. A segunda, resgatou o referencial e trabalhou a identificação das situações críticas para a qualidade do cuidado de enfermagem na realidade de trabalho dos participantes.

Desta forma, diferentemente das concepções diagnósticas externas, impositivas e rotuladoras, esta proposta partiu da problematização pelos participantes, após uma reflexão e crítica criteriosa de sua realidade. Esta abordagem e as revelações apresentadas não tiveram um cunho pejorativo, incriminador ou delator mas, pelo contrário, tiveram a característica de buscar nas pessoas e no contexto envolvido, os

focos desencadeadores da necessidade de mudança e, através deles, propor, particular e democraticamente, possibilidades para a viabilização da transformação.

Diante do referencial teórico e desta realidade, foram identificados e categorizados os diagnósticos da qualidade do cuidado de enfermagem, considerando os aspectos relacionados à dimensão estrutural, à processual e à dos resultados ¹⁹, como mostra o **Quadro 2**:

Quadro 2 – Diagnósticos da realidade do cuidado de enfermagem

QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PELA DIMENSÃO ESTRUTURAL

Condições estruturais insatisfatórias para a consecução de um cuidado de enfermagem qualificado.

⇒ **Qualidade do cuidado de enfermagem pelo ambiente físico**

- # 1. Má conservação do ambiente para o cuidado de enfermagem.
- # 2. Localização inadequada de determinadas unidades da área física em relação às afins.
- # 3. Estrutura precária para a acomodação da clientela e familiares.
- # 4. Estrutura precária de vestiário para enfermeiras.

⇒ **Qualidade do cuidado de enfermagem pelo clima institucional para o trabalho**

- # 1. Desvalorização dos cuidados de enfermagem e dos cuidadores.
- # 2. Estabelecimento de um clima de desmobilização e desmotivação entre o pessoal de enfermagem.
- # 3. Desconhecimento, pela equipe de enfermagem, sobre a filosofia que orienta a empresa.
- # 4. Falta de um programa específico para a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem.

¹⁹ Já apresentados no capítulo IV deste documento, que trata da metodologia do estudo, e aqui são detalhados.

⇒ **Qualidade do cuidado de enfermagem pela infra-estrutura material**

- # 1. Falta ou escassez de materiais e/ou equipamentos necessários ao cuidado de enfermagem.
- # 2. Má conservação dos materiais e equipamentos.
- # 3. Falta de padronização de materiais e equipamentos.

⇒ **Qualidade do cuidado de enfermagem pelos recursos humanos**

- # 1. Pessoal de enfermagem em número insuficiente para a demanda de trabalho.
- # 2. Falta de um programa de educação continuada para a capacitação e atualização dos recursos humanos de enfermagem na empresa.

**QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PELO PROCESSO DE CUIDAR
- MODOS DE SER/ESTAR PARA CUIDAR DO OUTRO -**

Processo de cuidado inadequado com predomínio de formas negativas de ser/estar com o outro.

- # 1. Predominância do modo biopassivo de ser/estar com o cliente para cuidar.
- # 2. Documentação insipiente e inadequada do cuidado de enfermagem.

QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PELOS RESULTADOS

Resultados insatisfatórios do cuidado de enfermagem pela predominância de um processo de cuidado distanciado do particular e do humano.

- # 1. Insatisfação das expectativas da tríade cliente-profissional-instituição quanto aos cuidados de enfermagem.

5.3.1 A qualidade do cuidado de enfermagem pelas condições estruturais

Considerando a categoria **qualidade pelas condições estruturais**, foram revelados uma série de problemas que comprometem a qualidade do cuidado de enfermagem, passíveis de interferência da Enfermagem, na tentativa de revertê-los.

Em seu estudo sobre a humanização da prática da Enfermagem pelo cuidado, amparado na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, Paganini (1998, p. 82), como Donabedian (1980), propôs que as condições estruturais influenciavam a qualidade da assistência, quando destacou que *o processo de trabalho na Enfermagem está na interdependência das condições oferecidas pela estrutura e contexto de atuação*.

Então, no contexto estrutural do campo em estudo, foram diagnosticadas situações críticas para o cuidado de enfermagem relacionadas ao ambiente físico, ao clima institucional de trabalho, à infra-estrutura material e aos recursos humanos.

A) A qualidade do cuidado de enfermagem pelo ambiente físico

Na realidade em estudo, a qualidade do **ambiente físico** foi considerada imprópria para o cuidado de enfermagem qualificado, necessitando de alguns reparos, relocações e redimensionamentos para sua melhor adequação.

Paganini (1998) refere que as condições do ambiente influenciam o processo de cuidado, afetando tanto o ser cuidado/cliente, como o ser cuidador/profissional. Esta autora (*op. cit.*, p. 89) ainda destaca que, este ambiente, dependendo de suas condições, pode agir *como facilitador do cuidado, bem como motivador da satisfação para a equipe de enfermagem* e que, as melhorias no ambiente, favorecem o engajamento do pessoal de enfermagem ao seu fazer e uma melhor qualificação do cuidado que fazem.

Mezomo (1995, p.277), acrescenta a estas considerações, que a humanização que a assistência exige passa, também, pelo ambiente onde ela é prestada e que humanizar a estrutura física hospitalar é (...) *a arte de adaptar sua construção ao atendimento das necessidades práticas e expressivas dos pacientes, dos visitantes e dos funcionários*.

Assim, considerando que o cuidado de enfermagem representa o componente assistencial mais presente e frequente nesta relação, torna-se fundamental para sua qualificação, que tal aspecto seja considerado. As situações diagnósticas identificadas nesta perspectiva foram:

1. Má conservação do ambiente para o cuidado de enfermagem

Detalhado por: pintura deteriorada infiltrações, piso danificado, revestimento de paredes danificado, aberturas com mau funcionamento, vazamentos, lixo espalhado pelo chão em vários locais internos e externos do prédio, falta de lixeiras apropriadas, presença de insetos vivos e mortos nas unidades térreas, poeira nos mobiliários, paredes e luminárias.

Entendo que esta situação ambiental interfere não só no aspecto estético da área físico mas, principalmente, na questão de sua salubridade. Esta má conservação, potencialmente, favorece meios para a contaminação deste ambiente e do cliente, ao aumentar as possibilidades de infecção hospitalar e de comprometimento da qualidade de vida deste ser humano cuidado. Quanto ao mau aspecto estético, ele tende a deprimir, ainda mais, este ser que já encontra-se estressado pela condição de doente e de hospitalizado.

2. Localização inadequada de determinadas unidades da área física em relação às afins

Detalhado por: pediatria distante da maternidade e sem uma área externa para a recreação das crianças; unidade oncológica junto à entrada da maternidade; unidades de internação utilizadas como corredor de circulação; e má distribuição das unidades de serviço, não levando em conta suas especificidades (existência de diversas salas de serviços administrativos desnecessariamente junto à unidades de internação, sem a concentração devida em um local que não envolvesse trânsito de pessoas estranhas à internação; e lancheria localizada em área central e nobre do hospital).

No meu entender, num hospital, a organização dos serviços de acordo com suas especificidades, a racionalização das demandas de público circulante e a fluidez do pessoal prestador dos cuidados precisa ser contemplada. No caso da realidade em estudo, a exigência por uma reestruturação na localização dos diferentes setores se torna mais premente, para a necessária agilização do cuidado, pelo fato de que, em muitos casos, o enfermeiro é responsável por mais de um setor de serviço, muitas vezes distantes e distintos, tendo seu tempo emergenciado em função das inúmeras atribuições que tem que assumir e o número de clientes que precisa cuidar.

Esta posição encontra apoio nas proposições de Mezomo (1995), quando refere que a distribuição ordenada das unidades físicas do hospital, seu adequado dimensionamento e sua localização interferem na imagem que é feita dele e no atendimento das necessidades dos clientes e dos trabalhadores que a prestam.

3. Estrutura precária para acomodação da clientela e familiares

Detalhado por: pouca privacidade, promiscuidade, desconforto, falta de uma cadeira confortável para o acompanhante familiar, falta de um local para as mães de crianças da pediatria poderem repousar, falta de um local para lavagem de roupas das crianças quando a mãe não tem possibilidades de deslocamento para isto.

O que encontrei, considerando estes aspectos, é bastante distinto do ideal e do preconizado. A Portaria nº 1884/95 (Brasil, Ministério da Saúde, 1995), estabelece uma série de padrões normativos para o adequado atendimento da clientela, tanto no que se refere às diretrizes para área física, como também, para disposição e necessidades de materiais e equipamentos em unidades de saúde.

A realidade estudada apresenta sérias divergências em relação ao preconizado e grandes problemas para um razoável atendimento dela. Mas, considerando a situação atual da saúde brasileira como um todo, muito decorrente de políticas governamentais equivocadas e contrapartidas omissas e discrepantes, não posso negar que o cumprimento normativo, tal como se apresenta, se torna algumas vezes, inviável e, certas limitações, até aceitáveis.

No entanto, no que diz respeito às condições de atenção aos familiares dos clientes, as restrições são demasiadas. Hoje, tem-se clara a influência contributiva do grupo familiar para o enfrentamento de situações que afetam a qualidade de vida do ser humano (Althoff et al., 1998). Estas influências são mais exigidas e necessárias diante de adversidades como a doença e a hospitalização. Desta forma, depreendo que não é adequado o desprestígio e a desconsideração da força familiar como um importante elemento terapêutico e coadjuvante do processo assistencial como um todo e, em particular, do cuidado de enfermagem que almeja uma qualificação. Principalmente,

numa realidade adversa como a enfrentada pela instituição, esta força deve ser uma aliada e facilitadora e não tratada como um estorvo.

4. Estrutura precária de vestiário para as enfermeiras

Detalhado por: *vestiário feminino dos enfermeiros improvisado em um antigo e pequeno banheiro, falta de armários para acomodar pertences, cabideiros improvisados, vaso sanitário não isolado do restante do ambiente.*

Esta instalação é prevista como obrigatória nos hospitais (Portaria nº 1884/95 - Ministério da Saúde do Brasil, 1995) e deve permitir acomodações dignas, com um mínimo de conforto para os que fazem uso dela.

O processo de humanização que cerca o cuidado de enfermagem, também envolve a consideração com o cuidador que o implementa (Mezomo, 1995; Chiavenatto, 1997). Então, oferecer condições adequadas de vestiário para estes profissionais, nada mais representa do que a humanização no trabalho, a justa consideração aos enfermeiros e um direito, como trabalhador que ele é.

Da forma como está apresentada na instituição campo do estudo, esta instalação não atende a nenhum destes requisitos de direito mencionados e, no mínimo, é um demonstrativo de desconsideração para com estas enfermeiras.

B) A qualidade do cuidado de enfermagem pelo clima institucional para o trabalho

No que diz respeito à qualidade pelo **clima institucional para o trabalho**, ele foi considerado como o determinante de um ambiente desfavorável para o adequado exercício do cuidado de enfermagem na instituição.

Neste entendimento, concebo como Waldow (1998, p. 123), que o caminho para a mudança está no próprio cuidado de Enfermagem, quando ela argumenta que:

a prática do cuidado pode ser nutrida e cultivada para que o ambiente torne-se satisfatório, agradável, não ameaçador, promovendo o crescimento individual e grupal, tanto em nível

pessoal como profissional. Uma atmosfera fundada no cuidado encoraja o diálogo, o debate e a prática de diferentes formas de conhecimento na enfermagem.

Na realidade em estudo, foi identificado como o problema crucial e limitador das possibilidades de mudança, a permissividade para o desenvolvimento de um modelo administrativo desatualizado e centralizador, que determina:

1. Desvalorização do cuidado de enfermagem e dos cuidadores

Detalhado por: falta de participação do pessoal de enfermagem nas decisões que lhe são pertinentes; verticalização decisória expressa em inúmeras falas como são ordens(...); vem de cima para baixo (...); eles decidem e nós temos que cumprir, gostando ou não gostando; falta de consulta à enfermagem nas situações em que ela tem condições de colaborar; priorização dos trabalhos burocráticos e dos cuidados indiretos, determinando o distanciamento do profissional cuidador do seu cliente; discriminação dos registros de enfermagem alocando-os fora do prontuário do paciente; não destinação de um local adequado para vestiário das enfermeiras; e supervalorização da atenção do profissional médico, onde um corpo clínico médico aberto tem mais poder de influência e decisão que os enfermeiros que são funcionários efetivos da empresa.

O processo de desconsideração do cuidado de enfermagem e dos seus cuidadores que se apresenta, não revela uma realidade particular, apesar de, pelo descrito, mostrar-se intensa e preocupante. Este “empobrecimento” da profissão tem raízes históricas profundas, como já revelado na revisão da literatura que ampara este estudo, e mantém resquícios sobreviventes até hoje, apesar dos grandes conquistas já efetuadas²⁰.

Hoje, a Enfermagem participa da equipe multidisciplinar de saúde como um elemento de competências e atribuições claramente definidas e garantidas em lei (Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro, *In: Gelain, 1998*). No entanto, a sua realidade cotidiana revela que esta tese, na prática, não se configura nestes termos. Vislumbra-se uma cultura de desvalorização profissional e de subalternidade à atividade médica

²⁰ Temática discutida por inúmeros autores, dentre eles, Collière (1986, 1989), Almeida (1986), Lopes et al. (1996) e Daher (1998).

que, necessária e eticamente, precisa ser revertida. Para que a Enfermagem possa sobreviver a estes agravos, concretizar a merecida valorização social, estabelecer a adequada e pertinente relação de cooperação multiprofissional e romper com esta cultura submissiva, torna-se necessário desenvolver a mudança no seu atual modelo profissional.

Yongert (1989), é de opinião que, para que este avanço ocorra, é preciso concretizar um cuidado qualificado de enfermagem, cuidado este, pautado no desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos e competências e no incremento da iniciativa, da capacidade crítico-reflexiva e da criatividade de seus profissionais.

Yamamoto (1997), corrobora esta colocação, relacionando a competência profissional ao desenvolvimento de tecnologias na Enfermagem e ao envolvimento participativo de seus profissionais. A autora (*op. cit.*, p. 50), ao estudar a relação entre a qualidade do cuidado de enfermagem e o dimensionamento de pessoal, declara que *a enfermagem necessita criatividade para desenvolver tecnologias de manutenção da vida, que otimizem o seu trabalho*. Complementa, ainda, destacando que se faz (...) *necessário um planejamento participativo de pessoas que contribuam com suas diversas perspectivas da realidade para compreender os variados horizontes que ela apresenta* (*op. cit.*, p. 51).

Patrício (1992) ressalta este último aspecto, quando chama a atenção para o papel social da Enfermagem, que, diante dos novos paradigmas, se torna cada vez mais evidente. Sugere que a participação comprometida e compartilhada do enfermeiro, como uma questão de cidadania, é um dos elementos importantes para o seu reconhecimento profissional.

Também Poletto (1999) traz sua contribuição, colocando que os modelos administrativos que negarem estas possibilidades de mudanças e avanços, pela cooperação, pelo trabalho coletivo e integrativo e pela consideração e respeito ao trabalhador, terão dificuldades para se adequarem frente às novas realidades e exigências que se apresentam.

Ainda nesta perspectiva, Paganini (1998, p. 91) destaca que *reconhecer a importância da enfermeira é vital para a prestação do cuidado* e que o medo, a

incompreensão e as cobranças das chefias, representam um desafio e um entrave para o adequado desempenho profissional.

2. Estabelecimento de um clima de desmobilização e desmotivação entre o pessoal de enfermagem

Detalhado pelas seguintes situações e falas dos participantes: *cerceamento e sufocamento das potencialidades para mudanças; número reduzido de pessoal; atraso salarial; sobrecarga e serviço, sem a devida consideração; falta de programas de incentivos e gratificações; alta rotatividade interna; rara participação nas discussões e decisões pertinentes à enfermagem; institucionalização da subalternidade ao poder médico; (...) desse jeito não dá mais; a gente aceita porque precisa do emprego (...); a gente tem medo de perguntar as coisas ou de comentar porque isso logo é mal interpretado (...).*

A qualificação do cuidado de enfermagem é um processo coordenado e participativo onde, de forma complexa, interacional e integrativa se articulam sistematicamente diferentes dimensões. Compreendo como Yamamoto (1997), que os recursos humanos representam parte desta teia processual e podem ser vistos sob diferentes prismas. Como recursos (*op. cit.*, p. 46), *na perspectiva de que são vistos como dotados de habilidades, capacidades, destrezas e conhecimentos para realizarem tarefas.* E como pessoas, quando é ultrapassada a visão de força de trabalho e mão-de-obra, e encontram-se, nestes recursos, os seres humanos trabalhadores, que têm particularidades, aspirações, motivações, sentimentos, limites e intencionalidades.

Vizzolto et. al. (s.d.) enfatiza a importância das relações dos seres humanos e destaca que a identidade de grupo se consolida através de propósitos comuns, dependência na satisfação, interação e habilidades para esta unificação e que, quando este processo não ocorre, não existe a consciência grupal e o trabalho em equipe.

Nesta visão de ser humano trabalhador e de estrutura grupal, Silva (1999), baseada nas concepções de Deming sobre qualidade, enfatiza que, diante dos novos paradigmas, a administração pela qualidade necessita suplantiar os antiquados modelos baseados nas concepções de liderança e poder, pelo controle e fiscalização autoritária, e voltar-se à consistência de esforços para o comprometimento dos recursos humanos, através de sua valorização pela informação, motivação e envolvimento com a co-

participação e o trabalho em equipe. Ressalta, que a inflexibilidade nestas relações acaba por gerar o ceticismo e a desmotivação, o jogo de estratégias enganosas e até a corrupção.

Especificamente com relação ao aspecto administrativo, Lunardi Filho (1997, p.88) coloca que a postura ameaçadora da chefia na instituição induz:

a um processo de castração que inviabiliza qualquer tentativa de mudança e inovação e que impõe limites, principalmente à atuação do enfermeiro, dentro de uma hierarquia onde há uma chefia para a qual não pode ser verbalizado o que se pensa ou o que se quer ou necessita para realizar o trabalho.

E acrescenta mais (*op. cit.*, p.88), que: *a impotência e o medo de atitudes punitivas e a necessidade de se manter no emprego abafam qualquer esboço de resistência explícita, conduzindo a intenso sofrimento, traduzido por tristeza, mágoa e arraso.*

O clima de trabalho, na instituição em estudo, está pautado em ações isoladas, na falta de definição dos padrões assistenciais e no não compartilhamento de ações e decisões. O modelo administrativo encontrado, ao invés de ser um elemento contributivo para a qualidade do cuidado de enfermagem, tem se configurado como uma fonte de medo, desestímulo, insatisfação e desmotivação para o trabalho. Esta postura tem tido como reflexos, a desarticulação do grupo como equipe de trabalho e como força de mobilização, e a concretização de um cuidado descomprometido, desumanizado, rotinizado e normatizado, distanciando o enfermeiro do seu cliente.

A desmotivação e falta de propósitos comuns, a insatisfação e a falta de interação são os fatores que comprometem esta possibilidade de consecução de grupo nesta realidade e enfraquecem sua força participativa. Para que o processo participativo e integrativo destes recursos humanos se revitalize e estes entraves sejam suplantados, é necessária a re-articulação de seus elementos e de suas intenções e forças.

3. Desconhecimento pela equipe de enfermagem sobre qual seria a real filosofia que orienta a empresa

Detalhado por: *desconhecimento sobre os objetivos e*

metas concretas da empresa e, em particular, o que ela realmente e formalmente deseja e espera da enfermagem..

Para Mezomo (1995), a filosofia de uma instituição se relaciona aos seus objetivos, à sua estrutura e à sua missão e, ela só poderá ser exercida, se conhecida pelos envolvidos. E, propõe que (*op. cit.*, p. 52):

uma organização onde os empregados não somente sabem o que se espera deles, como também o porquê se espera, já deu um passo à frente no sentido de atingir um melhor atendimento para os pacientes, podendo contar com uma força de trabalho mais bem ajustada, mais bem informada e mais feliz.

Finger (1993 a) e Alves et al. (1999), colocam os aspectos relacionados à filosofia institucional, como fatores organizacionais importantes que interferem no processo de trabalho assistencial, ao afetarem o clima desta instituição.

Nesta perspectiva, Yamamoto (1997, p. 47) ressalta que os aspectos que norteiam a organização de um instituição hospitalar, necessariamente, precisam se tornar explícitos às pessoas envolvidas (...) *de modo a influenciá-las, bem como suas ações, a fim de que o cuidado de qualidade deixe de ser uma imagem por elas idealizado e passe a ser uma situação passível de realização.*

A importância deste conhecimento para as ações e para a tomada de decisões pode ser apreendida através de uma metáfora apresentada por Platão, em sua obra "A república" (Enciclopédia Os Pensadores, 1979). Ele descreve um grupo de pessoas presas e acorrentadas no interior de uma caverna. Elas somente podiam perceber o mundo externo, através de um jogo de sombras que se projetavam nas paredes, a partir de um faixo de luz vindo de uma abertura localizada atrás delas. Com esta perspectiva, Platão procurou mostrar que, não tendo outro referencial, estas pessoas só poderiam interpretar a realidade a partir das sombras que viam e, por isto, seus entendimentos e decisões estavam pautados nas aparências que estas sombras revelavam.

Numa analogia a esta metáfora, percebo que, as instituições que não clarearem a sua filosofia a todos os envolvidos, estarão trabalhando com sombras. O desconhecimento da filosofia institucional, desta maneira, implicaria num trabalho desarticulado e desorganizado e propiciaria condições para um clima desfavorável de

trabalho, com maiores possibilidades de conflitos, desmotivações e desmobilizações dos recursos humanos (Mezomo, 1995; Sacramento, 1997).

Vizzolto et. al. (s.d., p. 10), estudando a dinamização de grupos, complementa esta afirmativa, destacando que (...) *quando um clima é favorável, as pessoas se sentem à vontade, desarmadas e motivadas a participar*.

Todos estes autores mencionados, ao avaliarem a importância do conhecimento da filosofia institucional, mostram que os problemas levantados pelos sujeitos participantes do estudo, relacionados à desmotivação, à insatisfação e à acomodação no trabalho como cuidadores, em parte, têm suas raízes no desconhecimento sobre os objetivos reais e a forma concreta de atuação da instituição expressas em sua filosofia.

4. Falta de um programa específico para a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem

Detalhado por: avaliação feita por profissionais de outra categoria; retornos mais direcionados à apresentação dos resultados negativos alcançados; programa não avalia realmente o cuidado de enfermagem; falta de participação da Enfermagem na definição dos critérios a serem avaliados e na análise dos resultados.

Na instituição campo deste estudo do cuidado, verifiquei que o que existe não é uma avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem mas, na verdade, uma avaliação de desempenho dos profissionais. Tanto o instrumento utilizado, como a metodologia de avaliação empregada, não tiveram e nem tem a participação direta do pessoal de enfermagem. A instituição em questão, desta maneira, não atende a Resolução 189 do Conselho Federal de Enfermagem (Brasil, 1996), que determina a avaliação periódica da qualidade da assistência de enfermagem prestada nas instituições de saúde, através de um instrumento próprio.

Esta posição legal encontra amparo em uma série de posições de diferentes autores, como por exemplo Mezomo (1995) e Yamamoto (1997). No entendimento destes autores, quando se avalia a qualidade de um determinado serviço é imprescindível que ela seja coordenada e implementada por quem realmente entende e se envolve com ela, e não por profissionais que, apesar de habilitados para trabalhar com recursos humanos, desconhecem as especificidades da profissão.

Em uma instituição de saúde existem várias categorias profissionais que envolvem-se com os recursos humanos de enfermagem e com a qualidade do trabalho que eles desempenham. No entanto, são os próprios profissionais que detêm o conhecimento concreto de sua realidade de cuidado e que melhor identificam os fatores intervenientes nas suas ações e os parâmetros que envolvem a sua qualificação, que podem defini-los.

Yamamoto (1997, p. 2) reitera esta afirmação, colocando que, são os enfermeiros que (...) *possuem legitimidade para desenvolvê-las com maior propriedade e devem ocupar este espaço.*

C) A qualidade do cuidado de enfermagem pela infra-estrutura material

Com relação à qualidade **pela infra-estrutura material**, verifiquei uma série de situações que merecem algum tipo de intervenção. Como os demais aspectos relacionados à dimensão estrutural, os recursos materiais são elementos coadjuvantes importantes do cuidado de enfermagem (Luñardi Filho, 1997).

E, conforme Madalosso (1999 a, p. 8) (...) *representariam o aparato objetal e tecnológico necessário às ações cuidativas.* Tais recursos trariam vantagens assistenciais e de trabalho, permitindo benefício e conforto ao cliente, facilitação, segurança e agilização para os enfermeiros na realização de seus cuidados, bem como, lucratividade para a instituição ou para o profissional, pela racionalização dos recursos necessários, pela melhor utilização dos tempos de trabalho e por resultados mais compensadores.

Na realidade em estudo, as privações desta infra-estrutura têm se repercutido em maior gasto de tempo de serviço, em excesso de atividades, na inviabilização da realização de certas ações e decisões, no aumento do risco profissional e na geração de atitudes e sentimentos que interferem, prejudicando a qualidade do cuidado de enfermagem, através de processos de cuidar pautados, em modos negativos de ser/estar com o cliente (Halldórsdóttir, 1991).

No que se refere à este aspecto, os participantes consideraram como situações comprometedoras do seu cuidado:

1. Falta ou escassez de materiais e/ou equipamentos necessários ao cuidado de enfermagem

Detalhado por: falta de roupas de cama; falta de alguns medicamentos; falta de oxímetro na CTI; falta de um sistema de gases encanados; falta de compressas cirúrgicas; e dependência de serviços externos para realização de procedimentos essenciais (laboratório de análises clínicas terceirizado, serviço de tomografia externo).

A Portaria nº 1884/1995 do Ministério da Saúde (Brasil, 1995) estabelece os parâmetros mínimos para equipamentos e materiais necessários ao funcionamento de unidades de saúde. Considerando esta normatização federal, haveria uma razoável defasagem institucional quanto à infra-estrutura material disponibilizada. Esta situação tem restringido as possibilidades de qualificação do cuidado de enfermagem, quando muitos dos cuidados necessários acabam sendo limitados ou até suprimidos, em função disto.

Conforme Madalosso (1999 a), o aparato material colaborativo do cuidado de enfermagem deveria estar disponibilizado de acordo com as especificidades das necessidades dos clientes e dos profissionais, em quantidade e condições satisfatórias de uso.

Sua escassez e as implicações práticas decorrentes, conforme as inúmeras constatações e referências dos sujeitos participantes deste estudo, encontraram apoio na pesquisa de Lunardi Filho (1997), sobre prazer e sofrimento no trabalho da Enfermagem. O autor (*op. cit.*, p. 89), apresenta esta situação como (...) *um dos maiores sofrimentos no trabalho (...) para a equipe de enfermagem, especialmente para as enfermeiras (...) pelo fato, de seu desempenho, ser frequentemente avaliado pelos recursos materiais disponibilizados para o seu cuidado, e a precariedade desta disponibilização repercutir-se em (...) julgamentos desabonadores (...)* (*op. cit.*, p. 89) à sua pessoa e ao seu fazer. Ainda, para este autor, a restrita disponibilidade ou a indisponibilidade de materiais, têm exigido da Enfermagem um exercício de ações

pautadas no imprevisto e na adaptação e estas situações podem configurar-se como comprometedoras ao seu trabalho.

2. Má conservação de materiais e equipamentos

Detalhado por: danos frequentes, falta de manutenção preventiva e falta de treinamento periódico para o uso destes recursos.

A conservação de materiais e equipamentos está relacionada diretamente à racionalização de custos, de tempo e de potencial para o trabalho (Chiavenatto, 1999 a; 1999 b). A não conservação implica em grande possibilidade de prejuízo para o cliente, em maior risco de falha material e humana e de dano ou, até, inutilização do material. As empresas comprometidas com a qualidade dos serviços que oferecem, mantêm controles de conservação de sua infra-estrutura material e sistemas de manutenção frequentes e rigorosos, mantidos por pessoal adequadamente capacitado.

No caso específico da instituição campo do estudo, este processo de conservação e manutenção é precário. O fato dela estar vivenciando, temporariamente, uma situação financeira restritiva, não deveria justificar limitações nesta área mas, justamente o contrário, exigir uma mais rigorosa intervenção para conservar o que existe e evitar despender custos elevados para reposições e/ou reparos.

3. Falta de padronização de materiais e/ou equipamentos

Esta situação está relacionada também a realidade financeira limitada da instituição, onde o produto escolhido para a compra é aquele que atende as especificidades e as necessidades e possui o melhor preço proporcional no mercado, não havendo fixação em marcas ou modelos.

A falta de uma padronização mínima nesta área, implica em maior necessidade de capacitação de pessoal para manuseio e em um serviço de manutenção bastante habilitado para a conservação e os reparos necessários. Portanto, a não padronização proporciona uma melhor barganha de mercado por preços, mas em contra partida, exige

uma melhor estrutura de utilização, que também envolve custos, o que demonstra a relativização do processo.

D) A qualidade do cuidado de enfermagem pelos recursos humanos

Com relação à qualidade pelos recursos humanos, Mezomo (1995, p. 280) propõe que *o hospital que não dispuser de um quadro de pessoal suficiente e técnica e humanamente qualificado, não pode pensar em humanização no seu fazer.*

Yamamoto (1997), também entendendo desta maneira, destaca que os caminhos da excelência e da eficiência do cuidado de enfermagem estão diretamente relacionados aos aspectos qualitativos e quantitativos de pessoal e que:

(...) para alcançar qualidade e produtividade – como resultado – o sistema de cuidado de enfermagem precisa ser constituído de pessoas participativas, motivadas às atividades que realizam e recompensadas adequadamente pelo seu trabalho.

Chiavenatto (1997, p. 309), discorrendo sobre qualidade de vida no trabalho e as formas de administração relacionadas ao desempenho dos recursos humanos, reforça as colocações anteriores e destaca que:

se a qualidade for pobre, conduzirá à alienação do empregado e à insatisfação, à má vontade, ao declínio da produtividade, à comportamentos contraproducentes (...). Por outro lado, se a qualidade for boa, conduzirá a um clima de confiança e respeito mútuo, no qual o indivíduo tende a aumentar a sua contribuição.

Assim, os sujeitos participantes deste estudo entenderam como diagnósticos comprometedores do cuidado, situações que não são distintas ao panorama geral da Enfermagem. As situações diagnosticadas foram:

1. Pessoal de enfermagem em número insuficiente para a demanda de trabalho

Detalhado por: relação de pessoal de enfermagem x número de pacientes x procedimentos necessários inadequada; rotatividade interna = necessidade de remanejamento de pessoal de um setor a outro para cobrir faltas e falhas; sobrecarga de trabalho; e redução das possibilidades de interação com o paciente.

Yamamoto (1997), estudando a adequação dos recursos humanos de enfermagem e sua relação com a qualidade do cuidado de enfermagem, propõe que o cálculo de pessoal leve em conta as características da clientela internada, a especificidade da unidade, bem como as políticas da instituição. Destaca, ainda, que a realidade atual de saúde não comporta mais dimensionamentos de pessoal padronizados e descontextualizados.

A Resolução 189 do Conselho Federal de Enfermagem (Brasil, 1996), estabelece que o dimensionamento de pessoal envolve tanto os aspectos quantitativos como os qualitativos, de modo que as ações de cuidado possam ser desenvolvidas em condições dignas e seguras para o trabalhador, e possam atender as exigências da clientela e as necessidades da instituição envolvida. A Organização Mundial de Saúde, conforme esta resolução, preconiza um índice médio geral de 1,3 pessoa de enfermagem por leito.

Assim, entendo que o ritmo contínuo de trabalho da Enfermagem, as peculiaridades de cada realidade, a diversidade e imprevisibilidade de contingências que se apresentam no cotidiano de cuidado e a intensidade de sentimentos e emoções que envolvem esta relação com os seres humanos, exigem um dimensionamento de pessoal que foge ao tradicional modelo que se generaliza. No entanto, as disparidades devem suscitar reações.

Levando em conta tais considerações, identifiquei que na instituição em estudo, além da capacitação deficiente da equipe de enfermagem, relatada pelos próprios participantes do estudo, um índice quantitativo de pessoal por leito também insatisfatório, atingindo o valor de 0,95, ou seja, menos de uma pessoa para o atendimento contínuo, por cada leito na instituição.

2. Falta de um programa de educação continuada para a capacitação e atualização dos recursos humanos de enfermagem na empresa

Detalhado por: *peçoal sem adequado preparo para o exercício de determinadas funções de enfermagem; remanejamento frequente de pessoal para serviço em unidades para o qual não estão adequadamente capacitados; servidores da manutenção despreparados para atender a variedade de equipamentos que dão suporte ao cuidado de enfermagem; pessoal do setor de compras não dominando as reais necessidades da Enfermagem para o seu melhor exercício do cuidado; e falta ou inadequado treinamento do pessoal diante da necessidade de melhor capacitação e melhoria na atualização de seus conhecimentos.*

Conforme Sacramento (1997; 1998), as instituições estão estruturadas, fundamentalmente, sobre os recursos humanos e estes, funcionam como vetores bidirecionais de influências²¹. Quanto mais capacitados e motivados estiverem, melhor será o resultado de seu trabalho e maior será seu comprometimento com a instituição e com o seu fazer.

Yamamoto (1997) traz esta perspectiva para a Enfermagem e critica tipos de abordagem de pessoal como o que a instituição campo deste estudo tem implementado, quando coloca que o cuidado de enfermagem qualificado resulta de um desempenho profissional pautado em um conjunto de conhecimentos e competências para cuidar. Chama a atenção de que ele será tanto melhor, quanto mais efetivo for o acesso que a instituição propiciar aos profissionais para se desenvolverem e se capacitarem para o cuidado de enfermagem. Para a autora (*op. cit.*, p. 47), os caminhos para a qualificação do cuidado (...) *estão vinculados aos aspectos quantitativos e qualitativos do Dimensionamento de Pessoal*, ou seja, ao número e qualificação de pessoal adequados às demandas e necessidades da realidade de cuidado e à ação cooperativa desses elementos no trabalho.

Esta qualificação de pessoal preconizada, desenvolve-se através de um programa de educação continuada, do fomento à pesquisa e à divulgação científica e do estímulo e viabilização de alternativas para a capacitação, pela melhor titulação profissional.

²¹ Esta concepção sobre a relação do ser humano podendo influenciar e ser influenciado pelo ambiente que o rodeia, está apresentada no marco conceitual deste estudo.

Mezomo (1995), Chiavenatto (1997) e Yamamoto (1997) destacam que, pessoas treinadas e capacitadas para as suas funções na instituição acreditam e buscam a qualidade no seu trabalho.

E Mezomo (1995, p. 241), ainda ressalta:

É tendo qualidade que as pessoas serão capazes de produzi-la. E para tê-la devem ser educadas (...). Pessoas com elevados níveis de capacitação são capazes de alargar continuamente os resultados da instituição e de assegurar-lhe competitividade.

Deste modo, entendo que, nas instituições onde se constata uma atrofia dos recursos humanos, por uma equivocada concepção sobre desenvolvimento e aprimoramento, como é o caso em estudo, verifica-se um quadro desalentador, com a desmobilização e o desvinculamento das pessoas para com a empresa.

5.3.2 A qualidade do cuidado de enfermagem pelo processo de cuidar

Quanto à qualidade **pelo processo de cuidar**, do conjunto de dimensões que envolvem a qualidade do cuidado de enfermagem, esta foi considerada, pelos participantes, como a de maiores potencialidades para a mudança. Nos moldes em que está sendo feito, considero o cuidado de enfermagem realizado como insatisfatório, por contemplar formas negativas de relação com o cliente, segundo o preconizado por Halldórsdóttir (1991).

Verifiquei uma percepção dicotomizada do cuidado de enfermagem, onde ideais de humanização são apregoados e a concretude do fazer, revela uma realidade antagônica pelo modelo biomédico. Esta dificuldade de aproximação com o cliente e a perpetuação deste modelo ultrapassado de assistência, parecem estar se agudizando pelo distanciamento da enfermagem dos conhecimentos e das reais práticas de cuidado.

Como diagnósticos nesta categoria foram identificados:

1. Preponderância do modo biopassivo de ser/estar para cuidar com o cliente

Detalhado por: *direcionamento prioritário para o cuidado indireto; ações diretas de cuidado priorizando as normas e as rotinas; desprivilegiamento dos aspectos humanos e sociais nas ações de cuidado; e valorização prioritária dos aspectos biomédicos e das habilidades técnicas.*

Conforme Paganini (1998), o atrelamento a um modelo assistencial de cuidado prescritivo e normativo compromete a criatividade da Enfermagem e cerceia o necessário processo decisório.

Mayeroff (1990), Halldórsdóttir (1991), Patrício (1995) e Waldow (1995; 1998) declaram que a assistência de enfermagem somente se configurará como um cuidado, quando for planejada e implementada com a marca e o componente humano. Ressaltam que o cliente precisa ser cuidado como uma pessoa que necessita da presença e da ajuda do outro e, não como um problema que precisa ser sanado ou uma simples peça do quebra-cabeças do trabalho.

Halldórsdóttir (1991), destaca que somente através das formas positivas de ser/estar para cuidar é que se consegue formar a base para que o cuidado de enfermagem profissional se estabeleça como realmente terapêutico e restaurador, e possa ser, efetivamente e mais plenamente, realizado. Para esta autora (*op. cit.*), esta possibilidade estaria somente nos modos bioativo e biogênico de ser/estar com o outro para cuidar.

Na realidade em estudo, constatei a predominância de um cuidado de enfermagem pautado na falta de envolvimento com o cliente, pela priorização dos aspectos indiretos deste cuidado e das normas e rotinas institucionais, caracterizando uma forma negativa de cuidado. Foram esporádicos, mas positivos, os momentos de maior aproximação com o cliente, expressos através do toque e da sua identificação nominal. Este modo de aproximação seria representado, segundo Halldórsdóttir (1991), por elementos do modo bioativo de ser/estar com o outro, ou de vida e sustentação. A identificação nominal representaria a personalização da atenção e o toque, a presença. No entanto, Montagu (1986, p. 28) ressalta que este toque, para ser significativo e

terapêutico, necessariamente, precisaria ser mais do que um ato mecânico, descuidado e esporádico, (...) *uma experiência profundamente sentida e "tocante"*²².

Deste modo, o que se estabelece nesta relação de cuidado descuidado, pela desmotivação e despreparo dos envolvidos, não é uma situação verdadeiramente terapêutica ou restauradora. A forma de cuidado implementada está relacionada ao modo biopassivo ou de vida e neutralização (Halldórsdóttir, 1991), ao se caracterizar pelo afastamento do enfermeiro do seu cliente, voltando-se mais aos cuidados indiretos, às normas e rotinas e às tarefas a serem desempenhadas. A relação enfermeiro-cliente é distante e despersonalizada.

2. Documentação insipiente e inadequada do cuidado de enfermagem

Detalhado por: desvalorização da documentação pela própria equipe de enfermagem, alimentada pela discriminação por parte da equipe multidisciplinar e pela administração; registros raramente feitos e quando o são, são incompletos, não sistematizados e alocados erroneamente fora do prontuário do cliente, no caderno de anotações, como se não fossem parte do processo assistencial como um todo.

Entendo que a realidade, hoje, tem exigido, cada vez mais, das pessoas e das instituições, elementos que permitam respaldar e documentar suas ações e decisões. Na Enfermagem esta realidade não é diferente. Desenvolver um corpo de conhecimentos próprios, através de registros e de pesquisa, proteger e valorizar seus profissionais e respaldar e avaliar suas ações de cuidado, são necessidades para agora, se não para ontem.

O caminho está na documentação do cuidado de enfermagem. Documentação esta, que traz reflexos às várias esferas envolvidas (Campedelli et. al., 1989). Para o cliente, representa uma alternativa de segurança, continuidade e personalização dos cuidados de enfermagem. Para os enfermeiros, apresenta-se como um excelente meio de comunicação (Nogueira, 1996; Silva, 1996; Alves et al., 1999), que propicia a comprovação e coordenação de suas ações e decisões, segurança pela

²² Aspas do autor.

legitimação e proteção de seu exercício profissional, estimação dos valores de suas ações (Yongert, 1989) e avaliação da qualidade do que faz. Para a Enfermagem em geral, apresenta-se como um importante elemento instrucional e um rico acervo de informações para a pesquisa. Para a instituição, justifica-se como um excelente veículo de controle e avaliação, tanto do desempenho dos profissionais, como da resolutividade de suas ações e dos resultados alcançados.

Com esta visão, não consigo conceber a existência de resquícios de registros em *dossies* improvisados, através de cadernos comuns. Conforme Lopes (1995), estes cadernos de anotações, durante muito tempo, representaram uma forma importante de documentação das ações e decisões da Enfermagem. No entanto, hoje, diante de uma nova realidade de direitos e conquistas, esta forma insipiente tem se mostrado frágil e depreciada. Os cadernos de anotações tem ajudado a sustentar o anonimato, a invisibilidade e a desvalorização das ações e decisões de enfermagem, ao se constituírem em um conjunto de registros superficiais e sumários, muito mais voltados aos aspectos gerenciais e técnicos, e ao se configurarem em documentos renegados, distanciados dos demais e raramente consultados. Conforme a autora (*op. cit.*, p. 183), estas anotações representam um conjunto de informações restritas e discriminadas, verdadeiros (...) registros "clandestinos" ou "domésticos" (...) ²³ de um fazer que não é valorizado.

No entanto, esta documentação deve exigir certos rigores, justamente pela importância que tem. A sistematização destes registros do cuidado de enfermagem no prontuário do cliente, encaminha este respaldo. A sistematização das ações e decisões de enfermagem e o entendimento do prontuário como do paciente e não de um profissional em particular, acessível à todos os profissionais que participam de sua assistência, é uma necessidade premente na instituição em estudo.

Entretanto, como ressalva Lopes (1995), é preciso haver moderação nesta proposta, a fim de não transformar a sistematização e a documentação do cuidado em um processo de burocratização, que ao invés de qualificar o cuidado, se transformará em mais um dos meios para o distanciamento dos enfermeiros de seus clientes.

²³ Aspas da autora.

5.3.3 A qualidade do cuidado de enfermagem pelos resultados

E, considerando a qualidade pelos resultados do cuidado de enfermagem, na perspectiva dos sujeitos participantes, encontra-se uma realidade que deixa a desejar, tanto em relação às perspectivas e necessidades dos clientes, como às expectativas e satisfações dos profissionais e às exigências da instituição. O diagnóstico desta realidade, nesta perspectiva revela:

1. Insatisfação das expectativas da tríade cliente-profissional-instituição quanto aos cuidados de enfermagem

Detalhado por: desumanização do processo de cuidar; reduzida presença do enfermeiro junto ao cliente; priorização dos cuidados indiretos e técnico-curativistas; enfermeiros insatisfeitos com o que fazem atualmente; distanciamento do profissional do paciente; privilegiamento de atividades que poderiam ser delegadas a outros profissionais; falta de participação nas decisões da instituição, principalmente nas que dizem respeito à Enfermagem; controle administrativo gerando um clima institucional de insegurança e temor; sobrecarga de trabalho; falta de incentivos e possibilidades para o crescimento profissional; atraso salarial; privilegiamento dos controles e dos aspectos quantitativos de resultados, assistência de saúde desumanizada / mercantilizada, privilegiamento do profissional médico.

Na realidade em estudo, por todos estes elementos detalhados, entendo ser perceptível e até compreensível a insatisfação dos envolvidos quanto aos resultados do cuidado de enfermagem. Esta minha posição encontra consonância em uma série de colocações de diferentes autores que estudam a temática.

Donabedian (1980), Mezomo (1995), Patrício (1995), Nogueira (1996), Cianciarullo (1997), Sacramento (1998), Jouclas et al. (1998), Waldow (1995; 1998) e Silva (1999), entre inúmeros outros autores que estudam a qualidade assistencial de saúde e o cuidado de enfermagem, destacam o cliente como o foco central deste processo. Entretanto, alertam para a importância da satisfação dos demais elementos envolvidos nesta relação, para que a qualidade possa ser efetivamente contemplada.

Jouclas et. al. (1998, p. 44), nesta perspectiva, coloca a qualidade da assistência como decorrente do modelo contextual em que está inserida e que (...) *não há qualidade se não houver satisfação das pessoas (...)* envolvidas.

Assim, com esta visão mais ampla, além do cliente, também a instituição e os profissionais cuidadores influenciam e são influenciados por este contexto (Mezomo, 1995; Patrício, 1995; Waldow, 1995; 1998). Nesta concepção, o cuidado é entendido como um processo interativo de ajuda ao outro e, esta interação, necessariamente, exige do profissional e da instituição provedora, envolvimento e comprometimento.

Para a satisfação da tríade envolvida na qualificação do cuidado, Alves et al. (1999), salienta a necessidade da estruturação de modelos administrativos mais flexíveis, caracterizados por: prestígio do profissional na empresa, através da valorização de sua criatividade e capacidade empreendedora; capacitação e aperfeiçoamento contínuo e permanente dos recursos humanos; achatamento dos níveis hierárquicos, com compartilhamento de decisões e maior autonomia dos profissionais e dos serviços; comunicação permanente para dar visibilidade à empresa perante o seu pessoal; e dinamismo, diversificação e capacidade para a mudança.

Particularmente, considerando a clientela, o cuidado de enfermagem necessita voltar-se não somente para produzir pessoas fisicamente sadias ou para tratar de doenças, mas para atender o ser humano cliente, no intuito de lhe propiciar a dignidade, através de melhores condições de saúde e de qualidade de vida (Patrício, 1999).

Hayes (1996), estudando as dimensões da qualidade, propõe uma série de fatores para a satisfação da clientela, destacando dentre eles, a disponibilidade e presteza dos profissionais para o atendimento das necessidades do cliente.

Silva (1999), ao direcionar mais o foco de atenção para a saúde e para a Enfermagem, amplia esta compreensão, salientando como fatores de satisfação para a clientela: a disponibilidade do cuidador, através da vigilância e da presença frequente; a competência profissional, através do bom desempenho do cuidado de enfermagem pautado em conhecimentos e habilidades sólidas; a possibilidade de cura ou alívio do sofrimento; e, principalmente, o respeito ao cliente como ser humano cidadão, através do direito igualitário à participação, à liberdade de escolha e de decisão, à informação e à segurança.

Com relação à satisfação do profissional enfermeiro com o seu fazer, como contributivo para a qualidade assistencial, Cura e Rodrigues (1999, p. 21) mencionam que:

Não é difícil compreender que, em virtude das exigências próprias do tipo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro (...), ele possivelmente terá maiores condições e técnicas para melhorar a qualidade dessa assistência, se estiver satisfeito com o seu trabalho.

Conforme Finger (1993 a), Mezomo (1995), Cianciarullo (1997), Paganini (1998) e Poletto (1999), uma instituição na qual sua administração não privilegie o desenvolvimento dos potenciais individuais de seus recursos humanos, que não contemple a co-participação e a integração e que estabeleça um clima institucional pautado no poder e no controle pelo temor, não viabiliza condições para um trabalho com qualidade.

Cianciarullo (1997), reforçando a importância deste aspecto, coloca que as crenças e os valores institucionais influenciam os padrões assistenciais e, por conseguinte, a qualidade deste processo.

Os modelos coercitivos, dominadores e displicentes com o humano do trabalhador, tendem a repercutirem-se em formas negativas de cuidados de enfermagem para com o cliente, como Halldórsdóttir (1991) representa através dos modos biopassivo, bioestático e biocida de ser/estar com o outro para cuidar.

Paganini (1998, p. 67), coloca que (...) *o cuidar implica em motivação, comprometimento, esforço e desejo de quem cuida, bem como o respeito aos valores e à individualidade de cada ser. E, ainda ressalta que, a motivação é retratada como uma ação transformadora e estimulante na prestação do cuidado (...)* (op. cit., p.68) e, por isso, necessita ser fomentada e estimulada entre os cuidadores de enfermagem através de um processo decisório democrático e participativo, dos trabalhos grupais integrativos e do treinamento.

Nesta perspectiva, Saupe (1996, p. 14) discutindo sobre incompetência e qualidade total, enfatiza que a qualidade (...) *passa pela disciplina metódica, que desenvolve a capacidade de concentração e exatidão, mas também pela participação, pela desalienação, pela conscientização crítica.*

Lunardi Filho (1997), estudando o sofrimento e o prazer no trabalho da Enfermagem, coloca que ele será tanto mais exitoso, quanto mais prazeroso for para o profissional que o realiza, e que, esta satisfação pelo fazer bem, passa pelas questões de salários, de infra-estrutura material e humana, de relacionamento interpessoal com a equipe de trabalho - principalmente com a médica, pelas questões de poder envolvidas -, e pelo modelo administrativo da instituição.

E Waldow (1998, p. 175), reconhecendo a importância da valorização do cuidado e da sua inserção no trabalho de equipe para a satisfação dos enfermeiros, destaca que *um grupo forte e unido, dentro de uma perspectiva comum, obtém maior satisfação refletindo isso nas suas ações e comportamentos.*

E, considerando a satisfação institucional, Mezomo (1995), Sacramento (1998) e Alves et al. (1999) destacam que a qualidade com que a assistência é prestada, constitui-se como fundamental para qualquer instituição empresarial que se preocupe com sua sobrevivência. A competitividade e a ocupação de novos espaços no mercado hospitalar têm exigido, destas instituições empresariais, uma sensibilidade mais aguçada às alterações e mudanças da macro e da micro realidade que as envolve e atitudes mais positivas para o envolvimento global de seus recursos, em busca de uma sintonia que lhes permita alcançar o êxito - social, financeiro, etc.

5.4 O planejamento coletivo: propondo alternativas para a qualificação do cuidado de enfermagem

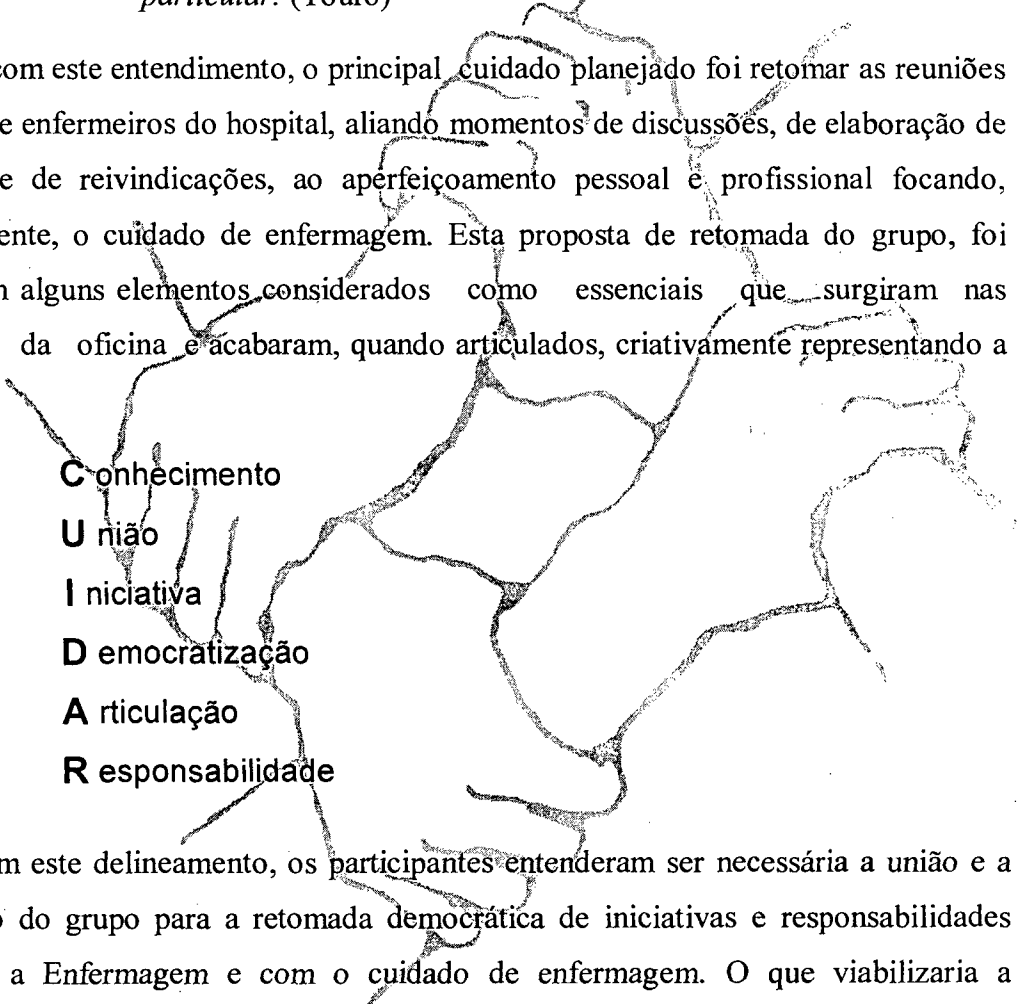
Este momento do estudo contemplou o planejamento de possibilidades para a transformação positiva da realidade do cuidado de enfermagem. Foi elaborado a partir de todo o processo crítico-reflexivo despertado e desenvolvido nas etapas anteriores previstas no estudo e, mais concretamente, na oficina "Construindo as possibilidades de transformação".

Conforme as situações diagnosticadas e os referenciais teórico e metodológico, amparados nos aspectos éticos previstos para este estudo, foram discutidas e identificadas as possibilidades para qualificar o cuidado de enfermagem que está sendo

realizado e percebido pelos enfermeiros participantes, na sua instituição de trabalho. Para eles, o problema que cerca todos os demais e que limita consideravelmente a qualificação do cuidado de enfermagem é a **desmobilização e desmotivação do grupo de enfermeiros com a desvalorização do seu saber e do seu fazer** na instituição de trabalho. A partir desta visão, os participantes entenderam que o principal cuidado a ser enfocado seria a **re-articulação dos enfermeiros como um grupo e força**, como descreve o seguinte depoimento:

A gente tem que se reunir de novo (...) Agora, cada um faz o servicinho e mais nada. São poucos os colegas que se encontram (...) e quando a gente se reúne é uma coisa mais particular. (Touro)

E, com este entendimento, o principal cuidado planejado foi retomar as reuniões do grupo de enfermeiros do hospital, aliando momentos de discussões, de elaboração de propostas e de reivindicações, ao aperfeiçoamento pessoal e profissional focando, principalmente, o cuidado de enfermagem. Esta proposta de retomada do grupo, foi pautada em alguns elementos considerados como essenciais que surgiram nas discussões da oficina e acabaram, quando articulados, criativamente representando a epígrafe:



C onhecimento
U nião
I niciativa
D emocratização
A rticulação
R esponsabilidade

Com este delineamento, os participantes entenderam ser necessária a união e a articulação do grupo para a retomada democrática de iniciativas e responsabilidades para com a *Enfermagem* e com o cuidado de enfermagem. O que viabilizaria a sustentação deste grupo seria o conhecimento, desenvolvido através de um programa que realmente contemplasse a educação continuada e o aperfeiçoamento dos enfermeiros e da equipe de enfermagem como um todo. Com esta articulação, o grupo entendeu poder tornar-se melhor respaldado para contribuir e reivindicar novas

possibilidades para a mudança de sua condição como cuidadores, cidadãos e trabalhadores e, a partir daí, então, buscar concretizar a merecida valorização do profissional enfermeiro e do cuidado de enfermagem, primeiro, diante da equipe multiprofissional da sua instituição hospitalar e, após, diante da sociedade em geral.

As ações preconizadas para este problema prioritário foram sistematicamente planejadas, através das seguintes propostas:

1^o) Re-articulação do grupo de enfermeiros.

2^o) Estruturação dos momentos de encontro. Planejar encontros mensais e, à medida que o grupo for se consolidando, passar para encontros quinzenais. Planejar, inicialmente, os encontros para horários fora da jornada de trabalho, afim de não criar conflitos de imediato com as chefias institucionais. Posteriormente, como uma atividade produtiva dos profissionais, procurar envolver os horários da jornada de trabalho.

3^o) Previsão na pauta dos encontros, de momentos de troca de informações sobre as situações que envolvem o cotidiano profissional, aliadas à momentos de aperfeiçoamento de conhecimentos básicos e aplicados pertinentes à atuação da Enfermagem, envolvendo atitudes mais positivas para o cuidado ao cliente e para o trabalho em equipe e o aprimoramento de habilidades mínimas pertinentes ao processo de cuidar qualificado.

4^o) Eleição de delegados para tornar o grupo representado nas diversas comissões e decisões da instituição.

5^o) Promoção de oportunidades para intercâmbios inter-institucionais, de modo a trazer para o grupo e para a instituição, novas experiências de trabalho na Enfermagem, para serem discutidas e verificadas as possibilidades de sua aplicação.

6^o) Documentação deste crescimento do grupo e da qualificação do cuidado de enfermagem na instituição.

7^o) Divulgação destas ações positivas do grupo na instituição e a comunidade em geral.

A partir deste planejamento principal, os participantes propuseram alternativas de ações e decisões coletivas, relacionadas as dimensões que envolvem a qualidade do cuidado de enfermagem:

Quanto à **dimensão estrutural**, foram propostas alternativas considerando o ambiente físico, o clima institucional para o trabalho, a infra-estrutura material e os recursos humanos.

No que se refere ao **ambiente físico** a grupo propôs:

- Criar comissões, representadas pelos diferentes profissionais que atuam no hospital, para contribuir com propostas para o redimensionamento e redistribuição das diversas unidades de serviço, de modo a torná-las mais organizadas e melhor localizadas e dimensionadas para a respectiva especificidade da assistência prestada e, esteticamente melhor apresentadas, viabilizando uma maior procura da instituição pela clientela e o conseqüente retorno financeiro.

- Buscar, na estrutura física do hospital, um local mais condizente para a instalação de um vestiário para os enfermeiros.

Levando em conta o **clima institucional para o trabalho** e sua relação com a qualidade do cuidado de enfermagem, o grupo entendeu ser pertinente:

- Num primeiro momento, tomar conhecimento da filosofia institucional, discuti-la no grupo de enfermeiros e viabilizar sua possível implementação. Num momento posterior, participar ativamente destas propostas filosóficas.

- Normatizar a atividade assistencial na instituição, definindo claramente as competências de cada categoria profissional e o nivelamento hierárquico entre as diferentes categorias e profissões.

No que concerne à **infra-estrutura material** necessária ao cuidado de enfermagem, os participantes planejaram :

- Institucionalizar a participação de um enfermeiro junto ao setor de compras.

- Buscar, na medida do viável, a padronização de materiais e equipamentos.

- Estimular junto ao setor de compras, a definição de um período de testagem de materiais e equipamentos, previamente à sua aquisição.

- Capacitar todos os possíveis envolvidos no uso ou manuseio de novos materiais e equipamentos, de preferência pela respectiva empresa fabricante ou seu representante de assistência técnica.

- Buscar a terceirização de serviços, desde que, a prestadora envolvida, atenda realmente as necessidades da instituição e se configure como vantajosa técnica e financeiramente.

Com relação aos **recursos humanos** para a qualificação do cuidado de enfermagem, os participantes entendem ser pertinente:

- Humanizar as relações na equipe de enfermagem, através de programas de integração, de discussões e decisões democraticamente deliberadas e do respeito à pessoa do trabalhador.

- Tornar eletivo o cargo de chefe de enfermagem, prestigiando as potencialidades dos enfermeiros considerados como os mais preparados para assumir esta posição e possibilitando meios de ascensão na carreira.

- Divulgar os profissionais que se destacam nas suas ações de cuidado.

- Criar um programa formalizado de admissão de pessoal de enfermagem que busque além da qualificação, o potencial para o desenvolvimento profissional e a afinidade com a proposta de cuidado de enfermagem implementada.

- Incrementar o número de enfermeiros na instituição, de modo que seja conseguida a cobertura de todas as unidades por, pelo menos, um profissional específico.

- Criar o cargo de supervisor de enfermagem, de modo a não utilizar mais, como rotina, os enfermeiros das unidades de serviço.

- Redimensionar os funcionários da equipe de enfermagem, de acordo com sua capacitação e as necessidades específicas de cada serviço.

- Fazer rotatividade interna de pessoal, considerando a especificidade entre os serviços, as reais necessidades e a disponibilidade para tal.

- Sistematizar um programa de educação continuada para a Enfermagem, planejado e dirigido pela Enfermagem, a partir das necessidades percebidas e sentidas por seu grupo profissional.

- Estimular o aperfeiçoamento dos profissionais da equipe de enfermagem, propiciando alternativas para a participação em eventos e realização de estágios ou cursos.

- Institucionalizar a avaliação profissional pelos próprios enfermeiros, através do Grupo de Enfermeiros e da Chefia de Enfermagem.

Para a qualificação do **processo de cuidar** foram apresentadas como propostas:

- Divulgar, estimular e institucionalizar a humanização do processo assistencial, através da implementação de formas positivas de cuidar em enfermagem e da aproximação do profissional do cliente.

- Incrementar o cuidado de enfermagem através do programa de educação continuada.

- No dia-a-dia de trabalho, promover a racionalização das ações de cuidado direto e indireto.

- Estimular a adequada delegação de atividades com uma supervisão adequada, restringindo, na medida do possível, a delegação de cuidados diretos.

- Buscar a institucionalização do prontuário como "do paciente", acessível a todos os profissionais que participam do processo assistencial.

- Planejar alternativas para a sistematização dos registros do cuidado de enfermagem que possibilitem sua documentação adequada, sem afastar ainda mais os enfermeiros do contato direto com a clientela.

- Implementar o preparo do cliente e de seus familiares para a alta hospitalar através de um programa educativo individualizado.

E, com relação à **dimensão de resultados** foram propostas alternativas para a qualificação do cuidado envolvendo tanto a clientela, como a instituição e os profissionais que o implementam.

No que diz respeito à **clientela** foram propostas:

- A criação de um sistema de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem, pela própria enfermagem. Ela avaliaria os pareceres do cliente e de seus familiares sobre o atendimento recebido na internação hospitalar.

- A discussão e divulgação dos resultados da avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem entre a equipe de enfermagem e a administração.

- Elaboração de relatórios periódicos apresentando a realidade do cuidado de enfermagem.

- O planejamento regular e implementação de alternativas para a correção dos aspectos considerados deficitários.

No que diz respeito à **instituição** foram propostos:

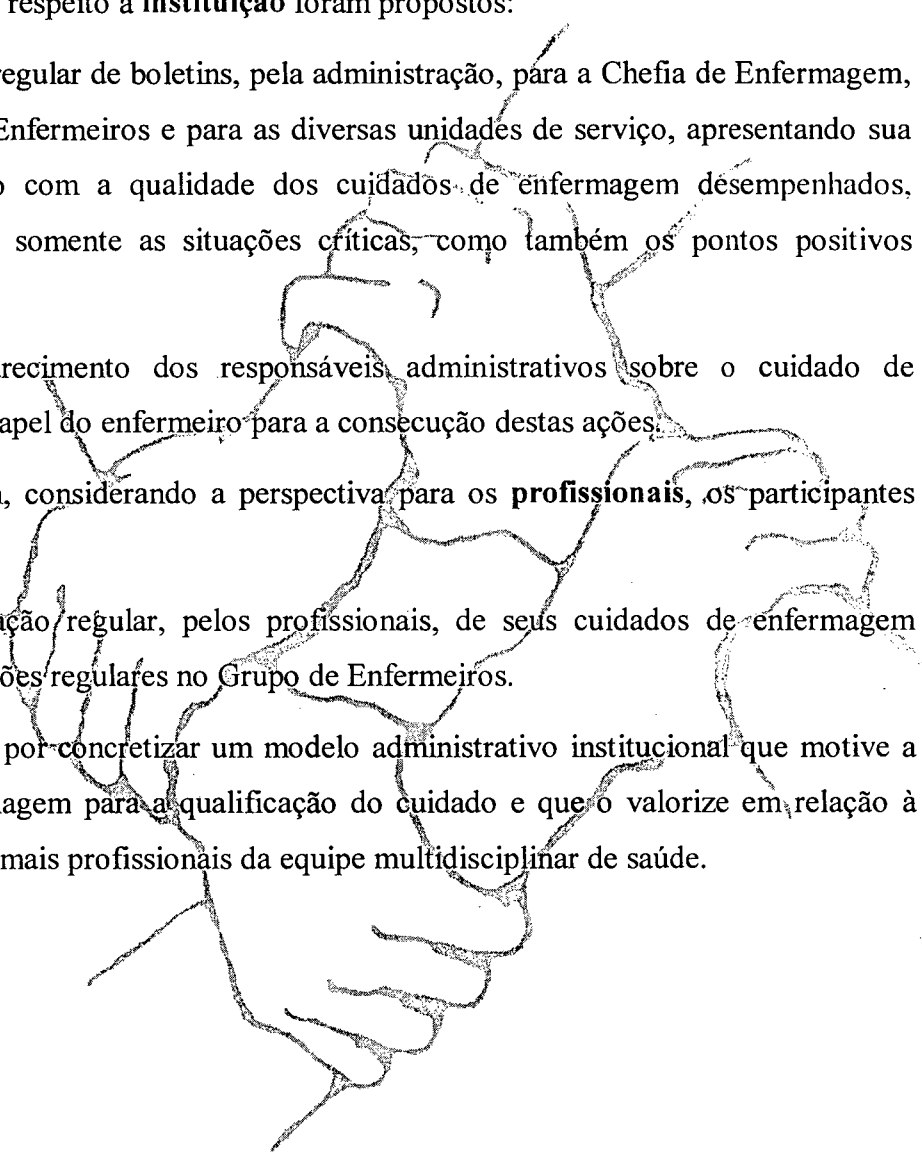
- O envio regular de boletins, pela administração, para a Chefia de Enfermagem, para o Grupo de Enfermeiros e para as diversas unidades de serviço, apresentando sua satisfação ou não com a qualidade dos cuidados de enfermagem desempenhados, identificando não somente as situações críticas, como também os pontos positivos alcançados.

- O esclarecimento dos responsáveis administrativos sobre o cuidado de enfermagem e o papel do enfermeiro para a consecução destas ações.

E, por fim, considerando a perspectiva para os **profissionais**, os participantes propuseram:

- A avaliação regular, pelos profissionais, de seus cuidados de enfermagem através de discussões regulares no Grupo de Enfermeiros.

- A busca por concretizar um modelo administrativo institucional que motive a equipe de enfermagem para a qualificação do cuidado e que o valorize em relação à assistência dos demais profissionais da equipe multidisciplinar de saúde.



CAPÍTULO VI

O RESGATE DO PODER:

uma possibilidade para a transformação da realidade da qualidade do cuidado de enfermagem

ESTE CAPÍTULO CONTEMPLA O TERCEIRO OBJETIVO ESPECÍFICO DO ESTUDO, EXPONDO A ANÁLISE DA REALIDADE REVELADA E A AVALIAÇÃO DO PROCESSO DESENVOLVIDO. QUANTO AO PRIMEIRO ASPECTO, TRAZ À DISCUSSÃO A TEMÁTICA QUE PERMEIA, DIRETA OU INDIRETAMENTE, AS SITUAÇÕES DA REALIDADE, IDENTIFICADAS COMO INTERVENIENTES NA QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, E QUE LIMITAM AS SUAS POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO POSITIVA: O PODER NA ENFERMAGEM. AINDA, NESTE MOMENTO, É AVALIADO, NOS SEUS DIFERENTES PRISMAS, O PROCESSO DESENVOLVIDO PARA A CONCRETIZAÇÃO DO ESTUDO.

Os objetivos propostos para o estudo estão contemplando o seu alcance com este momento. As considerações aqui trazidas, emergiram do processo reflexivo sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, desenvolvido pelos próprios cuidadores, no seu contexto de cuidado, com a perspectiva de retornar a eles esta produção, como estímulo para sua mobilização.

6.1 O resgate do poder com uma condição para qualificar o cuidado de enfermagem

Ao analisar globalmente o conjunto dos fatores intervenientes na qualidade do cuidado de enfermagem identificados no estudo, um tema significativo emergiu, permeando esta teia multidimensional: **a percepção, por estes enfermeiros, da falta de poder para intervirem nas situações diagnosticadas como insatisfatórias para a qualidade do cuidado de enfermagem e transformarem esta realidade.**

Este é um fenômeno que, historicamente, vem acompanhando a atuação da Enfermagem. A trajetória de suas práticas tem sido marcadamente influenciada por ideologias político-profissionais, pelas questões culturais de gênero e por concepções religiosas (Collière, 1986, 1989; Almeida, 1986; Lopes et al., 1996). Estas marcas tem deixado cicatrizes e, mesmo com todas as conquistas já galgadas, a Enfermagem não tem conseguido suplantá-las e, muitas *nuanças* delas, se perpetuam até os dias de hoje (Waldow, 1998).

Que poder é este que perpetua situações desfavoráveis e amortiza os enfermeiros?

Conforme Foucault (1990) o poder representa uma faculdade deliberativa e disciplinadora, que tem por objetivo e função limitar o espaço de atuação do outro, ao diminuir sua capacidade de mobilização e docilizá-lo. Este poder, como dominação, representa uma força, ao mesmo tempo, inter-relacional e unidirecional. Inter-relacional, por se polarizar assimetricamente entre os envolvidos, privilegiando o dominador sobre o dominado. Unidirecional, pela desigualdade e disparidade da dominação, ao limitar as possibilidades de discussão, resistência e intervenção, somente do sujeito dominado.

Nesta concepção de poder, o ser humano é reduzido a um sujeito-objeto da manipulação pela dominação, sucumbindo ao mais forte, ao dominante (Meyer, 1996).

Na Enfermagem, este processo de dominação tem se manifestado a nível relacional, comprometendo as relações entre os profissionais, seja dentro ou fora da

profissão; a nível motivacional, cerceando sua capacidade para opinar, decidir e agir; e a nível simbólico, comprometendo o seu reconhecimento e valorização social (*op. cit.*).

No caso dos sujeitos em estudo, esta realidade refletiu-se nestes três níveis. Ela revelou uma série de problemas importantes, todos eles, passíveis de interferência profissional e com possibilidades de serem sanados ou remediados. No entanto, os próprios participantes entenderam-se, no momento, desmotivados, desmobilizados e incapacitados para intervir, transformando o seu cuidado em um mero trabalho, um emprego provedor de sustento.

Esta inércia, segundo eles, decorria de uma desagradável vivência quotidiana de trabalho, pautada na égide da dominação e da dependência, principalmente pelos quadros administrativos e pela classe médica. Um clima institucional desfavorável, baseado na desconfiança, na desconsideração, no controle e na hegemonia centralizadora de poder, gerava constrangimento, submissão, subalternidade, desvalorização e depreciação destes profissionais da Enfermagem e do seu fazer.

O poder instituído mostrou-se injusto, contaminado pelo menosprezo das potencialidades individuais e coletivas, por posturas persecutórias e por uma competitividade engendrada na ambição e supremacia de alguns e na invisibilidade de outros. Estes sentimentos apareceram em inúmeras constatações e falas, como por exemplo:

(...) Eu estou triste. Venho, faço o meu serviço da melhor maneira possível e vou-me embora (Touro).

(...) as decisões vem de cima para baixo (...) eles decidem e nós temos que cumprir, gostando ou não gostando. (Peixes)

O grupo de enfermeiros era unido, a gente se reunia e discutia tudo em conjunto. Era ótimo. A gente crescia junto. (...) Hoje existe um clima de desconfiança, de apatia no pessoal. Parece que aceitam tudo. É a necessidade (Touro).

O nosso trabalho é uma loucura. (...) a gente aceita porque precisa do emprego e por que gosta do que faz (...) mas até quando vai dar para aguentar eu não sei. (Aquário)

Decodificando estes depoimentos e todos os demais registros do diário de campo do estudo, buscando um ponto comum entre eles que justificasse esta posição, identifiquei como relevantes dois pontos cruciais: a percepção destes enfermeiros da

falta de poder para reagirem às adversidades que a realidade lhes impunha e, como consequência, a necessária rearticulação grupal, como alternativa de empoderamento²⁴.

Considerando os conhecimentos revelados pela crítica e pela construção coletiva de propostas para a qualificação do cuidado de enfermagem apresentadas por eles, chamou-me a atenção que este poder, na verdade existia, mas estava sublimado por uma preocupação distinta à mobilização e, suas energias, direcionadas à desconfiança, à baixa estima de si e do outro e à desmobilização enquanto grupo. Portanto, a reação não envolvia uma questão de empoderamento, mas sim, de mobilização de um poder existente mas, sublimado pelas contingências.

Por este envolvimento, quando se pensa em qualidade e cuidado de enfermagem, os parâmetros de poder, como os definidos por Foucault (1990) e apresentados na realidade em estudo, não são capazes de atender às necessidades e aspirações destes enfermeiros.

Mezomo (1995), Lopes et al. (1996), Lunardi Filho (1997), Paganini (1998), Waldow (1998), Silva (1999) e Poletto (1999), dentre inúmeros outros autores que estudam as relações de poder na Enfermagem e seus reflexos no trabalho e na satisfação pessoal e profissional dos enfermeiros, são unânimes em considerar que tais formas de relações de poder não conduzem a um processo qualificado e produtivo de cuidado de enfermagem, por castrarem satisfações e propósitos e mostrarem-se distantes aos anseios dos novos paradigmas.

Considerando o cuidado como essência da enfermagem e as suas prerrogativas humanísticas profundas, o poder percebido e almejado, apresenta-se com uma nova face, rejuvenescida e sensibilizada pelos anseios dos novos paradigmas. Ele está pautado na igualdade como respeito à equidiversidade nas relações interpessoais, e não na dominação e na supremacia; na democracia e no compartilhamento, e não na imposição e no controle.

²⁴ Conforme Gibson *apud* Waldow (1998), o ato de *empoderar*, de produzir *empoderamento*, é um processo que envolve transações, que visam promover, nutrir e reforçar, positivamente, comportamentos e atitudes de estima, superação e eficiência, tanto à nível individual como coletivo.

Este poder idealizado encontra sua sustentação no conhecimento, na habilidade e nas atitudes, consolidadas na responsabilidade ética e na autonomia (Giblin, 1989; Germano, 1993; Jonas, 1995; Zeldin, 1996; Waldow, 1998; Jonhs, 1999).

Ele é um processo de desenvolvimento individual e coletivo, por fomentar, através do aperfeiçoamento pessoal e das alianças, a mudança positiva e construtiva para o avanço.

Ele é empreendedor, por incentivar e desafiar a imaginação, a criatividade e o engajamento, através da nutrição das potencialidades pessoais e grupais.

Ele é igualitário e democrático, por ser compreensivo e dar oportunidade a todos, respeitando e valorizando, no coletivo, as diversidades particulares como elementos de complementação, agregamento, estímulo e desenvolvimento.

Ele é ético, pois apela constantemente à valorização das pessoas como seres humanos, à consciência dos valores, ao exame, à compreensão e à superação dos fracassos, através de uma postura crítica, construtiva, libertária e, por isso emancipatória.

E, por todo este conjunto, este poder é digno, pois busca a valorização, a realização e o prestígio, através do reconhecimento, respeito e aceitação das potencialidades e possibilidades de cada um e de todos.

Desta forma, o poder idealizado e almejado por estes enfermeiros, sublimado pela realidade revelada pelo estudo, precisa encontrar caminhos de concretização. O rumo para esta trajetória está na desalienação destas pessoas, e na conseqüente retomada do controle de seu trabalho. As alternativas para esta caminhada foram definidas por eles próprios. O que lhes falta, agora, é implementá-las através de uma demonstração de competência, de articulação grupal e de comunhão de esforços como poder.

Por toda esta inserção nas diferentes dimensões que envolvem a qualidade do cuidado de enfermagem e pela importância destas questões idealizadas neste processo de qualificação, entendo ser pertinente considerar o poder como elemento significativo do construto cuidado de enfermagem, bem como, a sua consolidação e o seu exercício, como um dos desafios primordiais a serem sólida e estrategicamente enfrentados pela Enfermagem.

6.2 Avaliando o processo reflexivo

No processo desenvolvido no estudo, procurei contemplar a necessária vinculação da produção de conhecimento à concretude cotidiana do fazer da Enfermagem, inspirada nas colocações de Elsen e Nitschke (1994), quando discutem esta importante concepção de comunhão.

Com estas prerrogativas, este estudo se pautou e se voltou a uma realidade. O processo de reflexão sobre a qualidade do cuidado de enfermagem implementado, baseado em Fay *apud* Johns (1999), se desenrolou propiciando o atingimento pleno do primeiro nível proposto, o de iluminamento, e parcial do segundo nível, o de empoderamento.

O iluminamento foi atingido pelos participantes, com a compreensão da sua realidade de cuidado de enfermagem e o reconhecimento dos motivos pelos quais esta qualidade do cuidado apresenta-se como insatisfatória.

Do empoderamento, o grupo de participantes contemplou o planejamento de alternativas dirigidas ao processo de transformação da realidade para a qualificação do cuidado de enfermagem.

No entanto, devido a um poder sublimado de intervenção, não galgou forças para encorajar-se rumo à ação efetiva, o que encaminharia o seu processo emancipatório. Este nível de maior complexidade para ser atingido, prescinde de um tempo de mobilização e articulação das pessoas, paralelo a uma contínua re-alimentação de estímulos, o que não foi possível efetivar no curto período de tempo viabilizado pelo estudo.

Assim, mesmo que não contemplando plenamente o processo reflexivo, a avaliação desta trajetória de estudo permitiu o entendimento de que ele foi fértil pela multiplicidade e abrangência dos resultados e conquistas propiciadas. Ele mobilizou interesses latentes e energias sublimadas, encaminhou possibilidades para a emancipação dos sujeitos participantes, fomentou alternativas para a qualificação do cuidado de enfermagem e gerou conhecimentos.

O encontro com Donabedian (1980; 1984) e suas dimensões para a qualidade da assistência em saúde e com Halldórsdóttir (1991) e seus modos de ser/estar para cuidar do outro viabilizou, harmoniosamente, o sustentáculo teórico para este encontro com o cotidiano de uma unidade da macro-realidade que cerca a Enfermagem e o seu cuidado, encaminhando o desenvolvimento deste estudo. A elaboração deste referencial e sua aplicação reforçaram alguns dos meus pressupostos e desmistificaram outros.

Baseada no referencial, verifiquei que a subjetividade está presente na definição dos padrões de qualidade do cuidado de enfermagem mas, no entanto, são os critérios objetivamente definidos que lhes dão mais clareza e orientação. E que, mesmo com esta objetividade, pela série de fatores relacionados a ela e pela necessária individualização e particularização do cuidado, ainda, a qualidade do cuidado de enfermagem configura-se como complexa.

Esta objetividade de parâmetros cercada de aspectos subjetivos e a compreensão da necessária interatividade na relação de cuidado, tem excluído o profissional enfermeiro como o único detentor dos poderes para esta definição. Ele não tem mais condições de determinar estes padrões isolada e onipotentemente, frente, justamente, a complexidade e abrangência que cercam o cuidado de enfermagem.

Os fatores identificados como interferindo neste cuidado, corroboraram o referencial do estudo, inter-relacionando os aspectos estruturais, o próprio processo de cuidar e os resultados que são buscados e alcançados com ele.

No que diz respeito a estrutura, os problemas relacionados ao ambiente físico e aos recursos materiais, apesar de também serem considerados importantes, me pareceram, nesta realidade em estudo, ter uma significação menos expressiva para a qualidade do cuidado de enfermagem, do que os fatores relacionados aos recursos humanos e ao clima institucional para o trabalho. A capacidade criativa da enfermagem mostrou-se capaz de contornar estes aspectos materiais, desde que seus recursos humanos estejam capacitados e motivados para tal, como já discutido na análise dos diagnósticos identificados na realidade em estudo e nas discussões sobre o resgate do poder destes profissionais.

Ainda, considerando esta dimensão, pensando nos recursos humanos, percebi que a qualidade do cuidado estava relacionada intimamente com o respeito e a

consideração que era atribuída ao enfermeiro como pessoa, ser humano e profissional, principalmente no que se referia à valorização de suas ações e decisões, tanto por si próprio, como pelos demais profissionais da equipe multidisciplinar de saúde e pela instituição empregadora.

Quanto ao processo de cuidar, elemento de maior valorização do conjunto referencial, constatei que, apesar de nas considerações dos participantes haver uma preocupação evidente e manifesta com o cliente e com a humanização do cuidado de enfermagem, na prática quotidiana, com relativa frequência, isto não foi presenciado. O que encontrei foi uma política de valorização primordial da atenção indireta, principalmente relacionada aos controles e às ações burocráticas. Observei os profissionais distantes da atenção direta. Nas ocasiões em que ela se concretizava, estes enfermeiros focalizavam-se nos aspectos técnicos, e, com relativa frequência, impunham-se ao cliente, concretizando um modo negativo de ser/estar com o outro para cuidar. As formas positivas de cuidado, apesar de serem mais raras, estavam presentes através de manifestações de atenção particularizada, com a nominação do cliente e com o toque afetivo e não puramente técnico.

Conforme pressuposto, este cuidado mostrou-se exigindo além da consideração ao cliente, o respeito e a valorização do profissional e do seu fazer. Para realizá-lo de forma qualificada, este enfermeiro necessitaria revitalizar seu poder, através de sua rearticulação grupal, da maior e melhor aquisição de conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem, do aprimoramento de habilidades para implementá-lo e de atitudes mais positivas na interação e intervenção, o que no estudo mostrou-se como carencial.

Identifiquei que a qualificação do cuidado de enfermagem configurou-se, para os sujeitos participantes do estudo, como um elemento expressivo de reconhecimento e valorização da profissão e dos profissionais. E que, ao mesmo tempo, esta valorização, de forma cíclica, acabaria também criando melhores condições para a qualificação do cuidado, novamente influenciando a valorização, e assim por diante.

Nesta perspectiva de mútua contribuição, o grupo entendeu que o incremento dos mecanismos de valorização poderia se efetivar através de uma série de benefícios e avanços, como por exemplo, do trabalho em equipe, da documentação e sistematização do cuidado, do estímulo e facilitação do aperfeiçoamento profissional, das

possibilidades de promoção em cargos, da participação nas grandes decisões referentes à Enfermagem e à instituição como um todo e da maior valoração financeira do que o enfermeiro faz, já discutido na literatura por Yongert (1985).

Diante desta realidade, ficou claro para mim, que o cuidado realizado não era o idealizado, tanto considerando os conhecimentos científicos que lhe dão esta sustentação, quanto as expectativas dos enfermeiros, em virtude de todo um contexto maior que o influencia. Este contexto insatisfatório não interferiu somente na maneira como estes profissionais implementavam seus cuidados, mas em todo o conjunto de dimensões que o envolviam.

O que apreendi desta realidade e deste conjunto de dimensões envolvidas, é que há uma relação sistêmica entre os elementos concebidos como determinantes, formando uma verdadeira teia, onde cada aspecto, de cada dimensão, tem seu valor e importância, e influencia e é influenciada pelas demais.

Ainda, foi ponto significativo para que o processo do estudo se desenvolvesse e validasse o meu pressuposto sobre a importância do conhecimento e do envolvimento do enfermeiro como fatores determinantes para a concretização da qualificação do cuidado de enfermagem, o fato dele ter conseguido despertar positivamente a prontidão, a necessidade e o interesse dos enfermeiros participantes em qualificar o seu cuidado e aperfeiçoarem-se como pessoas e profissionais para, desta maneira, melhor colaborarem com a sua instituição de trabalho e com o desenvolvimento da Enfermagem.

Neste processo avaliativo, considerando os aspectos metodológicos, percebi que o estudo sofreu uma influência direta pela opção de emprego de uma série grande de instrumentos de pesquisa. Este fator, na verdade, foi dialeticamente construtivo. Ora contribuiu, ao possibilitar uma série de informações valiosas, permitindo uma mais clara e completa identificação das situações pertinentes. Ora foi dificultoso, justamente por este grande conjunto de revelações exigir uma capacidade mais apurada e maior agilidade e organização para os registros, seleção e análise dos temas, o que, para mim, ainda se mostrava como uma condição muito limitada e sutil, impondo um redobrado esforço intelectual e físico e um maior aprofundamento nos conhecimentos básicos, para permitir esta consecução.

Outro fator que não chegou propriamente a dificultar o estudo, mas que poderia ter trazido uma nova perspectiva para a reflexão, foi a não participação de enfermeiros homens como sujeitos do estudo. Apesar do sexo masculino representar em torno de vinte e cinco por cento (25%) dos enfermeiros da instituição, infelizmente entre os que colaboraram, apenas dois (02) se dispuseram a concorrer como participantes, mas não foram contemplados no sorteio aleatório dos sujeitos da pesquisa.

Acredito que teria sido produtivo identificar se existem diferenças significativas nas relações de poder constatadas e nas percepções sobre a qualidade do cuidado de enfermagem para estes colegas que, por uma questão de gênero e de cultura, são, ao mesmo tempo, privilegiados por uma lado e interpretados como menos sensíveis, mais objetivos e diretivos por outro. Com esta possibilidade diversificada de visão, percebo que poderia ter identificado possíveis relações de poder e gênero, o que não foi alcançado. Talvez, fosse procedente prever na metodologia este critério de inclusão e análise, ficando esta possibilidade como sugestão para um futuro estudo complementar.

Destaco, ainda, nesta avaliação o tratamento dispensado aos dilemas éticos por mim vivenciados. Esta, com certeza, foi a mais importante dificuldade enfrentada no decorrer dos trabalhos, por se relacionar com aspectos muito sérios de envolvimento de informações, que diziam respeito à diferentes pessoas, à instituições de reconhecimento público e por apresentar uma realidade crítica da qualidade do cuidado de enfermagem, com possibilidades de repercussões negativas para os envolvidos.

As situações que acabaram sendo apresentadas no estudo, apesar de não serem diferentes de outras realidades que constroem o cotidiano da Enfermagem, se mostraram “delicadas”.

O que fazer então? O quanto mostrar uma realidade para qualificá-la seria uma postura anti-ética? Os caminhos para responder a estes questionamentos e trabalhar estes dilemas foram encontrados na literatura.

Gelain (1995; 1998), Patrício (1996) e Dreyer (1997) destacam a importância do compromisso e da responsabilidade do enfermeiro com o profissional, com o humano, com o social, com o moral e com o científico da Enfermagem. Ainda Silva (1999), discutindo as concepções de Deming sobre Qualidade, complementa esta postura, salientando que a filosofia da qualidade representa uma revisão concreta da realidade e

um desafio para levar mudança ao que está sedimentado, inadequado ou ultrapassado e, por isso, deve pautar-se no concreto e verdadeiro da realidade.

Assim, como enfermeira/cuidadora, pesquisadora e cidadã que pensa em qualificar um bem fundamental para a Enfermagem e para o ser humano, entendi que não poderia e nem deveria pautar esta caminhada de transformação do cuidado de enfermagem mantendo submersas, veladas e mascaradas verdades e realidades cruciais e impulsionadoras desta mudança. Toda a conduta de apuramento ético em relação aos dados da realidade e a maneira como ela foi trabalhada, atingiu os pontos necessários e não afetou a importância do estudo, pois os aspectos mais significativos, desta forma, conseguiram ser mantidos. No cômputo geral, a intenção de preservação através de um cuidado rigoroso com o estudo e com os envolvidos, parece ter sido alcançada.

Além dos aspectos descritos em relação à preservação da verdade, ao sigilo e ao anonimato dos envolvidos, percebi como um dilema ético também importante, o conflito de opiniões e interesses que permeava as relações entre alguns profissionais enfermeiros e as instâncias administrativas superiores da instituição. Percebi nitidamente, pela disponibilização e pelo interesse, a existência dos empenhados na mudança, pela democracia das opiniões e pelo coletivismo das contribuições. Em contrapartida, percebi também, os interessados na manutenção de um modelo de trabalho pautado no controle e no cerceamento da autonomia, na decisão unilateral e na desmotivação e desvalorização. A procura por conhecimentos mais aprofundados e atualizados e a possibilidade de mudanças significativas na atuação dos enfermeiros com a implementação de formas de cuidado mais positivas e qualificadas e, por isto, mais próximas da clientela e distantes do burocrático, pareceram gerar, para alguns, incertezas e ameaças e, para outros, uma nova perspectiva de crescimento.

Esta visão equivocada e ultrapassada frente às exigências da realidade em si e aos novos paradigmas, mostrou-se produzindo um panorama de recursos humanos formado por profissionais acomodados, desmotivados e ressentidos, voltados a cumprir as tarefas previstas, as normas e rotinas de serviço e a ausentarem-se das atividades que não se configuram como “suas” ou não parecem ser de “seu interesse”. Estas perspectivas acabaram se expectrando com profissionais que não retribuem à instituição

como uma força produtiva de cuidado qualificado e impulsionadora de crescimento e desenvolvimento.

O que se constata frente a esta avaliação, é uma concepção discriminatória e ultrapassada do que seja a Enfermagem, o enfermeiro, o cuidado de enfermagem, o ser humano e a qualidade. É de minha compreensão, que qualificar o cuidado de enfermagem não significa aprisionar sonhos ou atribuir poder à alguns, mas democratizá-lo de acordo com suas especificidades, de modo a que todos os envolvidos possam refletir sobre a realidade e seus saberes e contribuir, dentro de seus limites e possibilidades, para a transformação e a qualificação do cuidado.

Desta forma, a proposição de alternativas de mudança para a qualificação do cuidado de enfermagem, como possibilidades de intervenção positiva, não condizem com a manutenção deste perfil institucional. Torna-se evidente a necessária revisão do padrão das relações nos diferentes níveis afetos à Enfermagem, para romper com estas relações superficiais que fragilizam os profissionais, sublimam seus poderes e comprometem a qualidade do cuidado de enfermagem.

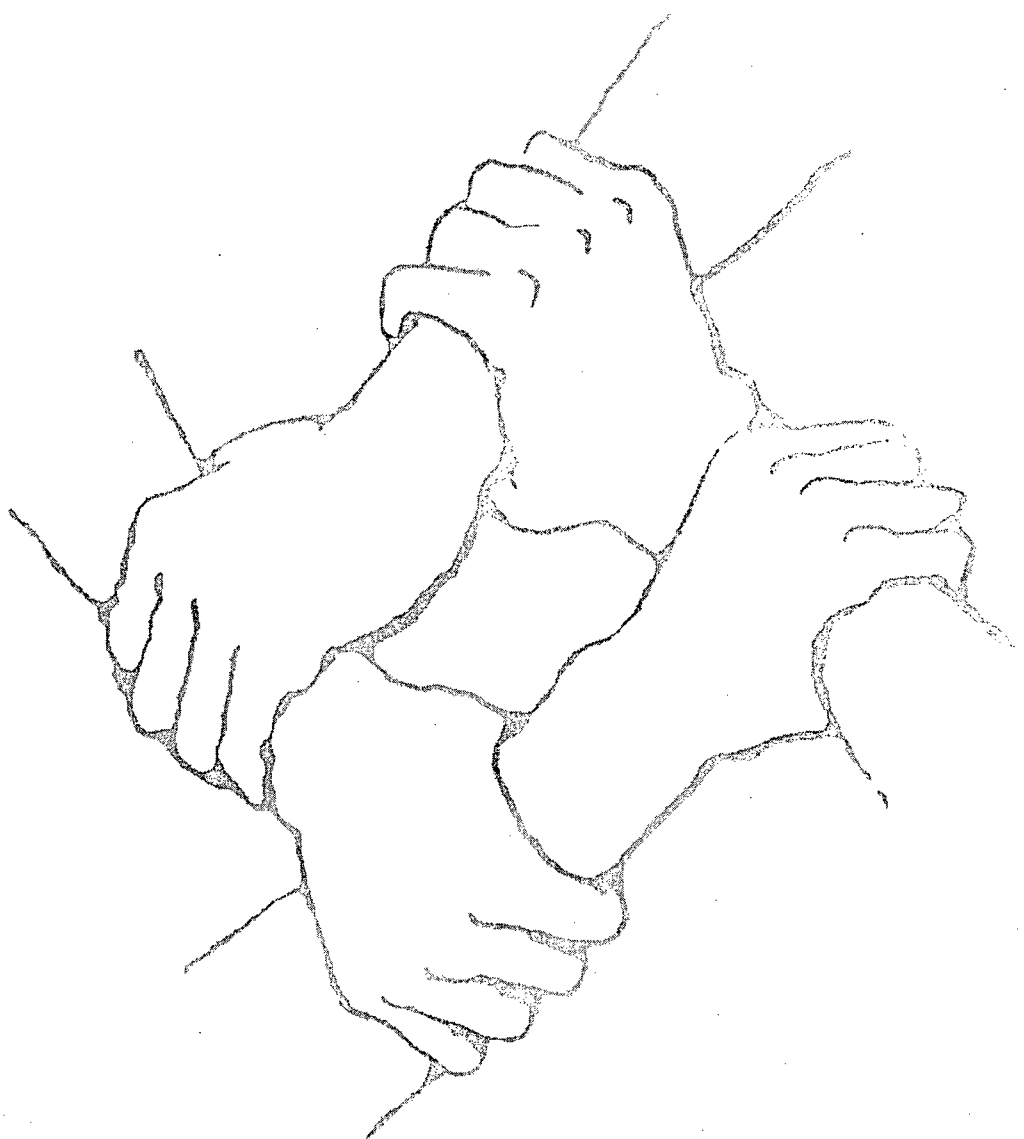
Por todo este conjunto contributivo, este processo implementado no estudo revelou-se como **cuidadoso**, ao trabalhar a promoção da qualificação do cuidado de enfermagem com os próprios cuidadores, respeitando seus limites e possibilidades e preservando sua autonomia e valor, como seres humanos-profissionais-cidadãos.

Foi **terapêutico**, ao abrir espaço para estes sujeitos cuidarem-se coletivamente, permitindo aflorar potencialidades pensadas como inexistentes, libertar sentimentos e expectativas, valorizar a harmonia dialética do individual e do coletivo e propiciar condições para que se percebessem como elementos ativos da realidade e comungassem possibilidades de poder.

Foi **ético**, ao respeitar o sigilo e o anonimato que cercavam as revelações dos sujeitos participantes, sem negar a verdade ou desmerecer os riscos com possíveis repercussões negativas, por interpretações equivocadas das contribuições.

E, foi **educativo**, ao contemplar, de forma comprometida e compartilhada, a crítica liberal e construtiva da realidade para, a partir dela, através dos próprios sujeitos, levantar as possibilidades para a sua transformação. Neste ponto, encaminhou as bases de um processo emancipatório ao permitir, a estes sujeitos, identificarem, na sua

realidade, o enfraquecimento dos enfermeiros, enquanto indivíduos e grupo, pela sublimação de seu poder de intervenção, como o fator significativo para a inadequada qualificação do cuidado de enfermagem na instituição. Também, por preverem, primeiro, a mudança em si próprios para, então, adequadamente sustentados e re-empoderados, poderem evoluir para perspectivas mais amplas e interferir em esferas maiores.



CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

ESTE ÚLTIMO CAPÍTULO, AO CONTEMPLAR AS REFLEXÕES FINAIS SOBRE O ESTUDO, DESTACA SEUS SIGNIFICADOS PARA OS ENVOLVIDOS NESTE PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.

Florence Nightingale (1989), na sua grande sabedoria, já lembrava o caráter de dinamicidade e progressividade que deveria permear a Enfermagem e previa que a sua estagnação, fatalmente significaria a sua retrocedência. Assim, com esta visão, diante da realidade atual e dos novos paradigmas emergentes, a Enfermagem voltou-se a questionar suas concepções e práticas de cuidado e a identificar a necessidade e a importância de equacionar novos caminhos para o seu avanço e romper com a possibilidade de sua deterioração.

Este desenvolvimento de conhecimentos e práticas tem se concretizado a partir da complexidade, da diversidade e, até, da adversidade do seu cotidiano, como estímulos desafiadores e motivadores à criatividade, à imaginação e à produção, em prol de algo que se almeja maior e melhor.

A lapidação cuidadosa, criteriosa e criativa e a sustentação do seu saber e do seu fazer, tem viabilizado esta meta, ao alavancar alternativas para o melhor enfrentamento dos desafios que a realidade coloca à Enfermagem e ao seu cuidado, através do empoderamento de seus enfermeiros cuidadores. Deste modo, a concretização deste estudo, que se propôs a pesquisar o cuidado de enfermagem com vistas a sua

qualificação a partir da perspectiva dos próprios cuidadores, representa um destes novos caminhos trilhados para a mudança.

A procura por alternativas para melhor qualificar o cuidado de enfermagem foi estimulada pela experiência profissional vivenciada e foi conquistada através de um processo reflexivo, pautado na aproximação com o humano, com os sujeitos cuidadores e com a realidade do cuidado de enfermagem. Ele procurou trazer o cuidado idealizado para mais perto da concreta realidade da Enfermagem, através de uma proposta de conhecimentos que propiciaram uma nova perspectiva para a organização do trabalho da Enfermagem, com a sustentação mais acurada da qualidade do cuidado de enfermagem. A caminhada coletiva e construtiva desenvolvida mostrou-se profícua.

Acredito que o desenrolar do estudo, com este intento, repercutiu-se em múltiplos significados, tanto para o aprimoramento da produção de conhecimentos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, quanto para todos que, de alguma maneira, estiveram e estão envolvidos com este processo, como eu própria, os sujeitos participantes, a instituição campo, a Enfermagem e, até a sociedade em geral.

Para mim, quando o estudo foi implementado, já estava claro que ele não buscava apenas concretizar uma mera releitura ou uma interpretação intelectualizada do cuidado de enfermagem, ingênua e divorciada da concretude da realidade. O que pretendia, na verdade, era encaminhar o processo emancipatório destes cuidadores para que, como agentes ativos da realidade, encontrassem por si próprios e nas particularidades de seu contexto, possibilidades para a transformação positiva do cuidado de enfermagem, com vistas a sua qualificação.

As minhas limitações pessoais, aliadas a um imaturo "afobamento", só fizeram tornar o início desta construção difícil e desgastante. Um turbilhão de idéias emergiram, fruto de uma caminhada dialética de confusões e esclarecimentos, de prazeres e desprazeres, de conflitos e harmonias, de processos de ir-e-vir, de construção e desconstrução. A orientação e o aprofundamento da pesquisa bibliográfica iluminaram os caminhos e permitiram concretizar um rumo mais tranquilo e promissor para o estudo, através da consolidação consistente de uma alternativa envolvente, dinâmica, pluridimensional e contextualizada para a qualificação do cuidado de enfermagem.

Desta forma, esta experiência culminou como uma conquista e superação. Representou uma etapa de grande crescimento pessoal e profissional, abrindo-me novas perspectivas de mundo. Constituiu-se como um estímulo vigoroso para a revelação de uma nova postura, enquanto docente e enfermeiro, e como um subsídio importante para viabilizar novas incursões na pesquisa, principalmente na linha do cuidado de enfermagem.

Para os participantes, os momentos de encontro e de trabalho não fugiram a este perfil de conquista. Como já preliminarmente revelado na documentação deste estudo, a oportunidade de engajarem-se como sujeitos participantes da pesquisa representou um momento de superação de limites, de rótulos e de medos para todos do grupo. Os relacionamentos desenvolvidos, o empenho revelado, os sentimentos transbordados, a capacidade de partilhamento e mutualidade de ajuda e as possibilidades de transformação liberadas, promoveram o crescimento de todos e semearam contribuições valiosas, para eles, para a instituição campo, para o estudo e, numa abrangência maior, para a Enfermagem e seus enfermeiros.

Este crescimento do grupo extrapolou suas fronteiras e se propagou para muitos dos demais profissionais da instituição, ao despertar a curiosidade, a inveja-sadia e a vontade de também mudar para crescer.

Com esta repercussão, espero ter conseguido fomentar nas pessoas desta instituição, o embrião de uma nova perspectiva de trabalho pela qualificação, pautado na democracia das idéias, das decisões, das ações e do poder, onde o compartilhamento, a cooparticipação e a transprofissionalidade transformem-se em realidade e sirvam de modelo a outros.

Tenho ciência de que o desvelamento realizado da qualidade do cuidado de enfermagem, acabou por desnudar a própria qualidade da instituição ²⁵. E, por isto, estou ciente de que o impacto inicial das revelações possa gerar incompreensões, constrangimentos e contrariedades mas, ao mesmo tempo, tenho fé no convencimento e

²⁵ O Marco Conceitual do estudo, já previa que o contexto ambiental é capaz de influenciar e ser influenciado, constantemente, pelo todo e por suas partes.

na superação dos obstáculos, pois se a verdade revelada foi dura, também foi permeada de várias possibilidades de reconstrução, que mostraram-se alicerçadas em inúmeros depoimentos de estudiosos e inúmeras experiências positivas de outras realidades.

Esta reflexão tão pródiga sobre a qualidade do cuidado de enfermagem também trouxe como contribuição, a possibilidade de produzir conhecimento básico e aplicado. Coroou-se com a construção e operacionalização do referencial, através de um processo reflexivo, democrático, participativo e coletivo.

Como contribuição ao aperfeiçoamento da atual *performance* do cuidado através de sua qualificação, o estudo também propiciou alternativas para melhor resguardar a profissão e seus profissionais frente, principalmente, a iatrogenia do cuidado de enfermagem²⁶, ao revelar alguns critérios e caminhos para uma assistência mais atenta e acurada e, por isso, mais segura.

Ainda, do ponto de vista da Enfermagem, espero que todo este conjunto de conhecimentos e experiências venham a contribuir como possibilidades para uma maior autonomia e reconhecimento da profissão e de seus profissionais e encaminhe o processo de incremento e consolidação de sua valorização, pelo reconhecimento social.

Do ponto de vista da saúde e da clientela, tenho convicção de que esta proposta para a qualificação do cuidado possa, de alguma forma, vir a colaborar como uma das possibilidades concretas para reverter a crise e o caos que atingem a saúde em nosso meio e afetam o que é mais humano na humanidade, que é o direito à vida e ao viver com qualidade de vida.

E, por fim, como o estudo tratou apenas de uma unidade da macro-realidade do cuidado de enfermagem, almejo que a sua divulgação e a disseminação dos conhecimentos aqui produzidos, possam sensibilizar e incitar mais profissionais a desenvolverem linhas de pesquisa nesta área e a implementarem esta proposta em outras realidades, ampliando-a e aperfeiçoando-a.

²⁶ A iatrogenia do cuidado de enfermagem estaria relacionada à privação destes cuidados por uma postura omissiva, à sua imposição ou à prestação insatisfatória deles, de forma a que viessem determinar algum transtorno, dano ou prejuízo ao cliente (Madalosso, 1999 c).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. *A formação do enfermeiro frente a Reforma Sanitária. Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 2, n. 4, p. 505-510, out./dez. 1986.
- _____. *A enfermagem e as políticas de saúde. Revista de Enfermagem – Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro: ano 1, número de lançamento, p. 53-62, jul. 1997.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.I. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALTHOFF, C.R.; ELSEN, I.; LAURINDO, A.F.C. *Família: o foco de cuidado na Enfermagem. Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 7, n. 2, p. 320-327, maio/ago. 1998.
- ALVES, M. ; CARVALHO, H. ; AMARAL, M.A. *Fundação de assistência integral à saúde/Hospital Sofia Feldman: uma experiência de administração flexível. Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto: v. 7, n. 4, p. 5-11, out. 1999.
- ARRUDA, E.N.; SILVA, A. L. *Cuidando - confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 3, n. 1, p. 116-127, jan./jun. 1994.
- ASTI VERA, A. *Metodologia da pesquisa científica*. São Paulo: Globo, 1989.
- BAUER, M.R.; PINHEIRO, P.I.G. *Retrato de mulher: revelações entre o cuidar e ser cuidada. Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 7, n. 2, p. 365-383, maio/ago. 1998.
- BERWICK, D.M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. *Curing Health Care: new strategies for quality improvement*. San Francisco/USA: J. B. Publishers, 1991.
- BLANEY, C.L. *Métodos para mejorar la calidad de la atención. Revista Network*. Durham / USA: v. 8, n. 4, p. 7-9, out. 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1884/95: normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Brasília: 1995.

- _____. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução nº 189: parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde*. Rio de Janeiro: março de 1996.
- _____. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: GELAIN, I. *Deontologia e Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1998.
- _____. Ministério da Justiça. *Lei nº 8.078/90: Código do Consumidor*. Brasília: setembro de 1990.
- CAMPEDELLI, M.C. et al. *Processo de enfermagem na prática*. São Paulo: Ática, 1989.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARVALHO, V. *A enfermagem de saúde pública como prática social*. *Revista de Enfermagem-Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro: ano 1, número de lançamento, p. 25-41, jul. 1997.
- CARVALHO, V.; CASTRO, I.B. *Marco conceitual para o ensino e a pesquisa fundamental: um ponto de vista*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: v. 38, n. 1, p. 76-85, 1985.
- CHIAVENATO, I. *Administração de recursos humanos*. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1997.
- _____. *Iniciação à administração geral*. São Paulo: Ed. Campus, 1999 (a).
- _____. *Administração nos novos tempos*. São Paulo: Markran Books, 1999 (b).
- CIANCIARULLO, T.I. *Teoria e prática em auditoria de cuidados*. São Paulo: Ícone, 1997.
- COLLIÈRE, M.F. *Cuidado invisível e mulheres invisíveis como provedoras de cuidados de saúde*. *International Journal of Nursing Studies*. Lisboa / Portugal: v. 23, n. 2, p. 95-112, 1986.
- _____. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa / Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- CURA, M.L.A.D.; RODRIGUES, A.R.F. *Satisfação profissional do enfermeiro*. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto: v.7, n. 4, p. 21-28, out. 1999.
- DAHER, D.V. *O cuidar na identidade da enfermeira*. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 7, n.2, p. 355-365, maio/ago. 1998.
- DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1989.

DONABEDIAN, A. *Definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan / USA: Health Administration, v. 1., 1980.

_____. *La calidad de la atención médica*. Ciudad del México / México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DREYER, E. *Definição operacional da qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: v. 50, n.2, p.229-246, abr./jun. 1997.

ELSEN, I.; NITSCHKE, R. *Pós-graduação, pesquisa e ética: um tema acima de qualquer questionamento?* *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 3, n.1, p. 07-19, jan./jun. 1994.

ENCICLOPÉDIA. *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

FAWCETT, J. *Analysis and Evolution of Conceptual Models of Nursing*. Philadelphia / USA: Davisco, 1984.

FERREIRA, A.B.H. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FINGER, W.R. *Qué es calidad de la atención?* *Revista Network*. Durham/USA: v. 8, n. 4, p. 4-27, out 1993 (a).

_____. *Libertad de elección, acceso, información: alguns de los derechos de los clientes*. *Revista Network*. Durham/USA: v.8, n.4, p.28-31, out. 1993 (b).

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Grall, 1990.

GELAIN, I. *A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas*. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 4, n. 2, p. 9-17, jul./dez. 1995.

_____. *Deontologia e Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1998.

GEORGE, J.B. et al. *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

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

GHIORZI, A.R. *Possibilidades e limitações para a prática transformadora na enfermagem familiar*. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 1, n. 1, p. 137-157, jan./jun. 1992.

GIBLIN, L. *Como ter segurança e poder nas relações com as pessoas*. São Paulo: Maltese, 1989.

GUALDA, D.M.R. et al. *Abordagens qualitativas: sua contribuição para a Enfermagem*. *Revista da Escola de Enfermagem/USP*. São Paulo: v. 29, n. 3, p. 297-309, dez. 1995.

- HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis:Vozes, 1987.
- HALLDÓRSDÓTTIR, S. *Five basic modes of being with another*. In: GAUT, D.A.; LEININGER, M. *Caring: the compassionate healer*. New York/USA: National League for Nursing, 1991.
- HAYES, B.E. *Medindo a satisfação do cliente*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.
- JOHNS, C. *Caring connections: knowing self whiting caring relationships trough refection*. **International Journal for Human Caring**. Pensylvânia/USA: v. 3, n. 2, p. 32-38, 1999.
- JONAS, H. *El princípio de responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Barcelona / Espanha: Editorial Herder, 1995.
- JOUCLAS, V.M.G.; TENCATTI, G.T.; OLIVEIRA, V.M. *Qualidade do cuidado de enfermagem transoperatório e de recuperação anestésica de acordo com a satisfação do cliente*. **Revista Cogitare Enfermagem**. Curitiba: v. 3, n. 1, p. 43-49, jan./jun. 1998.
- LACUEVA, A.M. *Cambios en la imagen corporal del ostomizado*. In: ORTIZ, H. et al. *Indicaciones e cuidados de los estomas*. Barcelona / Espanha: Jims, 1989.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. *Recuperando a fala social*. **Série-monográfica**. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública, 1998.
- LEININGER, M. *Transcultural Nursing*. New York/USA: Masson Publishing, 1979.
- _____. *Enfermagem Transcultural: um conhecimento essencial e um campo prático para hoje*. **The Canadian Nurse**. Canadá: p. 41-45, dec. 1984 (a).
- _____. *Care: the essence of nursing and health*. New Jersey/USA: Charles B. Slack Inc., 1984 (b).
- _____. *Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade*. I^o Simpósio Brasileiro de Teorias em Enfermagem/SIBRATEN. **Anais**. Florianópolis: Ed. UFSC, p. 255-276, maio 1985.
- LEOPARDI, M.T. *Desenvolvimento da ciência e saúde*. Material didático - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/ Pólo Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria : 1997 (mimeo).
- _____. *Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática*. Pelotas: Ed. UFPel, 1998.
- LEOPARDI, M.T.; WENDHAUSEN, A.L.; REIBNITZ, K.S. *A prática da enfermagem para a construção da cidadania*. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis: v. 1, n. 1, p. 33-52, jan./jun. 1992.

- LIMA, J.V.; JORGE, M.S.B. *O significado do fenômeno saúde-doença para os alunos de pós-graduação. Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador: v. 8, n. 1/2, p. 124-138, abr./out. 1995.
- LINDOLFO, M.C.; SOUZA, I.E.; SILVA, T.P. *A intersubjetividade da abordagem de enfermagem*. 1º Encontro Brasileiro de Cuidado e Conforto em Enfermagem/ENBRACE. Programa oficial. Itapema / SC: 1996.
- LOPES, M.J.M. *Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho da enfermagem*. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J.; MEYER, D. E. *Maneiras de cuidar /maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V.R. *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- LUCERO, N.N.A. *O corpo redescoberto*. In: ROMERO, E. et al. *Corpo, mulher e sociedade*. Campinas: Papyrus, 1995.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1996.
- LUNARDI FILHO, W.D. *Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: v. 50, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 1997.
- MADALOSSO, A.R.M. *O cuidado de enfermagem idealizado: uma meta, não uma utopia*. Trabalho de disciplina - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo-RS: 1999 (a).
- _____. *Modos de ser/estar com o outro para cuidar*. Trabalho de disciplina - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo-RS: 1999 (b).
- _____. *Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional*. Trabalho de disciplina - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo-RS: 1999 (c). (no prelo da Revista Latino-americana de Enfermagem - USP, Ribeirão Preto)
- _____. *A qualidade do cuidado de enfermagem: refletindo sobre uma proposta transformadora*. Trabalho de disciplina - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo-RS: 1999 (d).
- MADALOSSO, A.R.M.; TAGLIARI, M.H.; CARVALHO, R.A. *Dialogando com Madeleine Leininger e com sua teoria da diversidade e universalidade do cuidado transcultural*. Trabalho de disciplina - Curso de Mestrado em Assistência de

- Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo: 1999.
- MARCON, S.S. et al. *Percepção de enfermeiros sobre o cuidado/cuidador familiar*. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 7, n.2, p. 289-307, maio/ago. 1998.
- MAYEROFF, M. *On caring*. New York / USA: Harper Collins Publishers, 1990.
- MEDEIROS, L.C.; TAVARES, K.M. *O papel do enfermeiro hoje*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: v. 50, n. 2, p. 275-290, abr./jun. 1997.
- MELEIS, A.I. *Estratégias para o desenvolvimento de teorias em Enfermagem*. 1^o Simpósio Brasileiro de Teorias em Enfermagem/SIBRATEN. *Anais*. Florianópolis: Ed. UFSC, p. 133-164, maio 1985.
- MELERO, A.V. *Dimension psicológica en el paciente ostomizado: generalidades*. In: ORTIZ, H. et al. *Indicaciones e cuidados de los estomas*. Barcelona: Jims, 1992.
- MEYER, D.E. *Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica*. In: LOPES, M. J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- MEZOMO, J.C. *Gestão da qualidade de saúde: princípios básicos*. São Paulo: J.C. Mezomo, 1995.
- MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.
- MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MONTAGU, A. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus Ed., 1986.
- MOURA, D. *Saúde não se dá, conquista-se*. São Paulo: Jucitec, 1989.
- NEVES, E.P.; GONÇALVES, L.H.T. *As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem*. III ^o Seminário Nacional de Pesquisa de Enfermagem, Florianópolis, 1984. *Anais*. Florianópolis: UFSC, p. 210-229, abril 1984.
- NIGHTINGALE, F. *Notas sobre Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.
- NOGUEIRA, L.C. *Gerenciando pela qualidade total na saúde*. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni/Escola de Engenharia - UFMG, 1996.
- NUNES, A.M.P. *Concepções sobre o processo saúde-doença na enfermagem ciência e arte*. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 5, n. 1, p. 34-45, jan./jun. 1996.

- PAGANINI, M.C. *Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas*. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Universidade Federal do Paraná. Florianópolis: UFSC, 1998.
- PATRÍCIO, Z.M. *A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1990.
- _____. *Promovendo a cidadania através do conceito cuidado*. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 1, n. 1, p. 89-106, jan./jun. 1992.
- _____. *Estrutura referencial: a base de um processo de construção*. Florianópolis: TRANSCRIAR / UFSC, 1993. (mimeo).
- _____. *O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida?* *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 3, n. 1, p. 58 - 74, jan./jun. 1994.
- _____. *A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão de bioética numa abordagem holístico-ecológica*. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1995.
- _____. *Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico*. Pelotas / Florianópolis: Ed. UFPel/PPEn - UFSC, 1996.
- PATRÍCIO, Z.M.; BOEHS, A.E. *O significado do cuidar/cuidado*. Trabalho de disciplina – Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1988.
- PATRÍCIO, Z.M.; CASAGRANDE, J.L.; ARAÚJO, M.F. *Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas*. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.
- PENNA, C.M.M. *Uma questão conceitual*. In: BUD, L.I.R. et al. *Marcos para a prática de enfermagem com família*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Loyola, 1996.
- PETUCO, V.M. *A bolsa ou a morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1998.
- PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.
- POLETTI, D.S. *Liderança integrativa na enfermagem*. Passo Fundo: EDUPF, 1999.

- REZENDE, A. L. M. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986.
- SACRAMENTO, F. *Reinventando para não naufragar*. *Revista o mundo da saúde*. São Paulo: ano 21, v. 21, n. 2, p. 103-112, mar./abr. 1997.
- _____. *O que vem depois da qualidade? Uma organização sem cercas, onde o importante é o cliente*. *Revista o mundo da saúde*. São Paulo: ano 22, v. 22, n. 3, p. 138-142, maio/jun. 1998.
- SAUPE, R. *Ensinando e aprendendo enfermagem: a transformação possível*. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1992 (a).
- _____. *Formação do enfermeiro cidadão crítico - entendimento dos docentes de enfermagem*. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 1, n. 1, p. 01-15, jan./jun. 1992 (b).
- _____. *Incompetência e qualidade total*. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v. 5, n. 2, p. 10-19, jul./dez. 1996.
- SAUPE, R.; ALVES, E.D. *Contribuição para a construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem*. Material didático - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Universidade de Passo Fundo. Florianópolis: 1998. (mimeo)
- SIBRATEN. *1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem*. Departamento de Enfermagem/UFSC. Anais. Florianópolis: UFSC, 1985.
- SILVA, A. G. I. *Satisfação do usuário e a qualidade da assistência de enfermagem: ser cidadão mesmo doente*. Belém: Imprensa Oficina do Estado, 1999.
- SILVA, A.L. *O processo de cuidar em enfermagem*. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- SILVA, M.J. *Comunicação tem remédio: comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Ed. Gente, 1996.
- SOUZA, M.F. *Referencial Teórico*. Seminário Anual da SBPC. São Paulo: 1984.
- TRENTINI, M. *Relação entre teoria, pesquisa e prática*. *Revista da Escola de Enfermagem-USP*. São Paulo: v. 21, n. 2, p. 135-144, ago. 1987.
- TOMEY, A.U. *Nursing theorists and their works*. Saint Louis / USA: Mosby, 1994.
- VILLALOBOS, N.A.V. *Análise dos usos e atributos do conceito qualidade em enfermagem*. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1998.

VIZZOLTO, S.M.; SEGANFREDO, C.A.; CASAGRANDE, A.A. *Dinamizando os grupos*. Florianópolis: Lunardelli, s.d.

WAIMAN, M.A.P. *Enfermagem: cuidar ou assistir? Uma reflexão sobre estes temas*. 1º Encontro Brasileiro de Cuidado e Conforto em Enfermagem/ENBRACE. Programa Oficial. Itapema / SC: 1996.

WALDOW, V.R. *Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem*. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V.R. et al. *Elementos do cuidar e do cuidado na perspectiva de pacientes hospitalizados*. 1º Encontro Brasileiro de Cuidado e Conforto em Enfermagem/ENBRACE. Programa Oficial. Itapema / SC: 1996.

WATSON, J. *Nursing: the philosophy and Science of caring*. Boston: L. Brown, 1979.

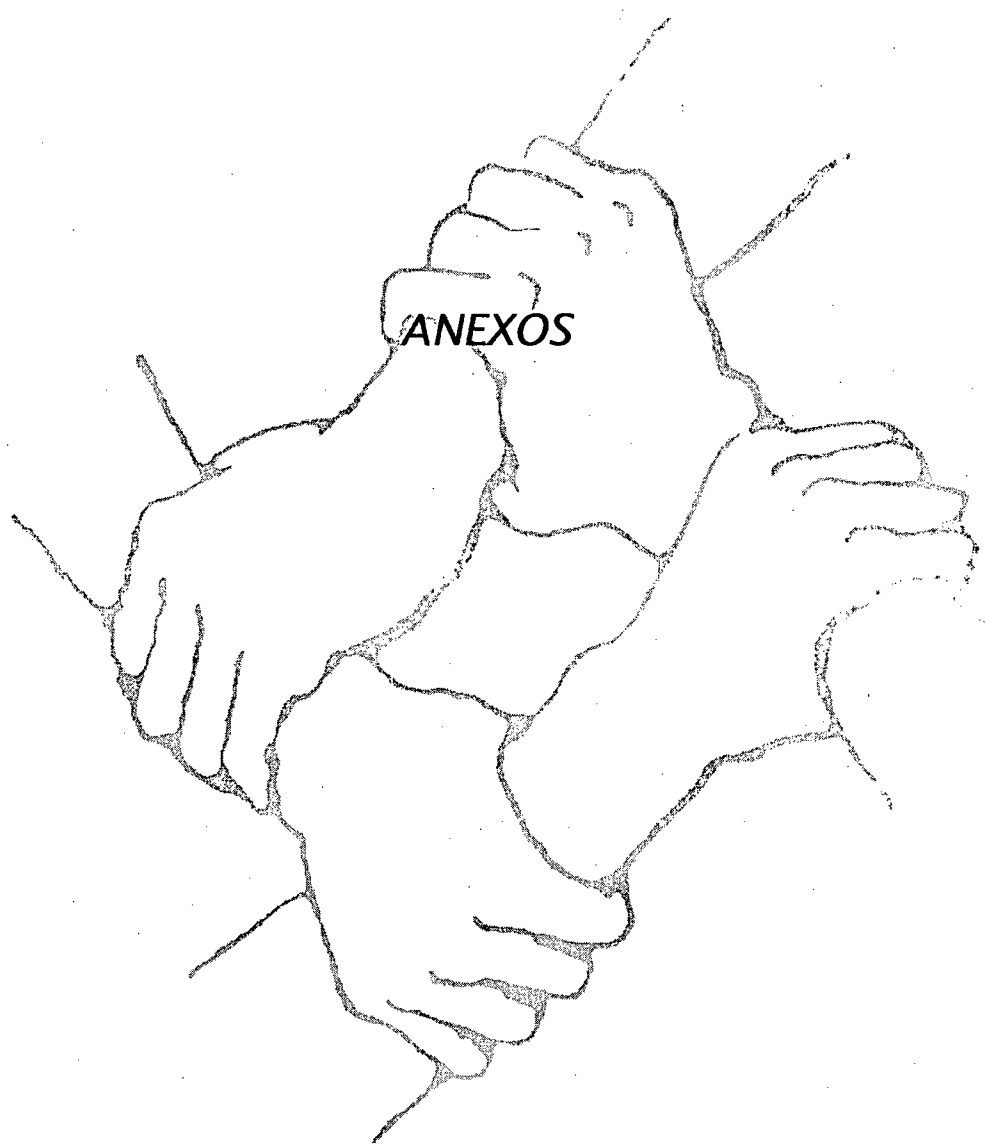
_____. *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. New York/USA: National League for Nursing, 1988.

YAMAMOTO, R.M. *A adequação dos profissionais de enfermagem para o cuidado de qualidade numa organização hospitalar*. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Universidade Federal do Paraná-REPENSUL. Florianópolis: UFSC, 1997.

YONGERT, I. *Enfermagem na Bélgica*. 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais. Florianópolis: Ed. UFSC, p. 133-144, set. 1989.

ZAGONEL, I.P.S.; NEVES-ARRUDA, E; YEDE, S.B. *Elementos do cuidar/cuidado: a perspectiva de estudantes de graduação em enfermagem na Universidade Federal do Paraná*. Revista Cogitare Enfermagem. Curitiba: v. 2, n. 1, p. 33-38, jan./jun. 1997.

ZELDIN, T. *Uma história íntima da humanidade*. Rio de Janeiro: Record, 1996.



ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PEN
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES / UFSC / FAPERGS - UPF

CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Adriana Ribeiro Martins Madalosso (mestranda)
Zuleica Maria Patrício (orientadora)

Passo Fundo, junho de 1999.

Cara(o) Colega Enfermeira(o):

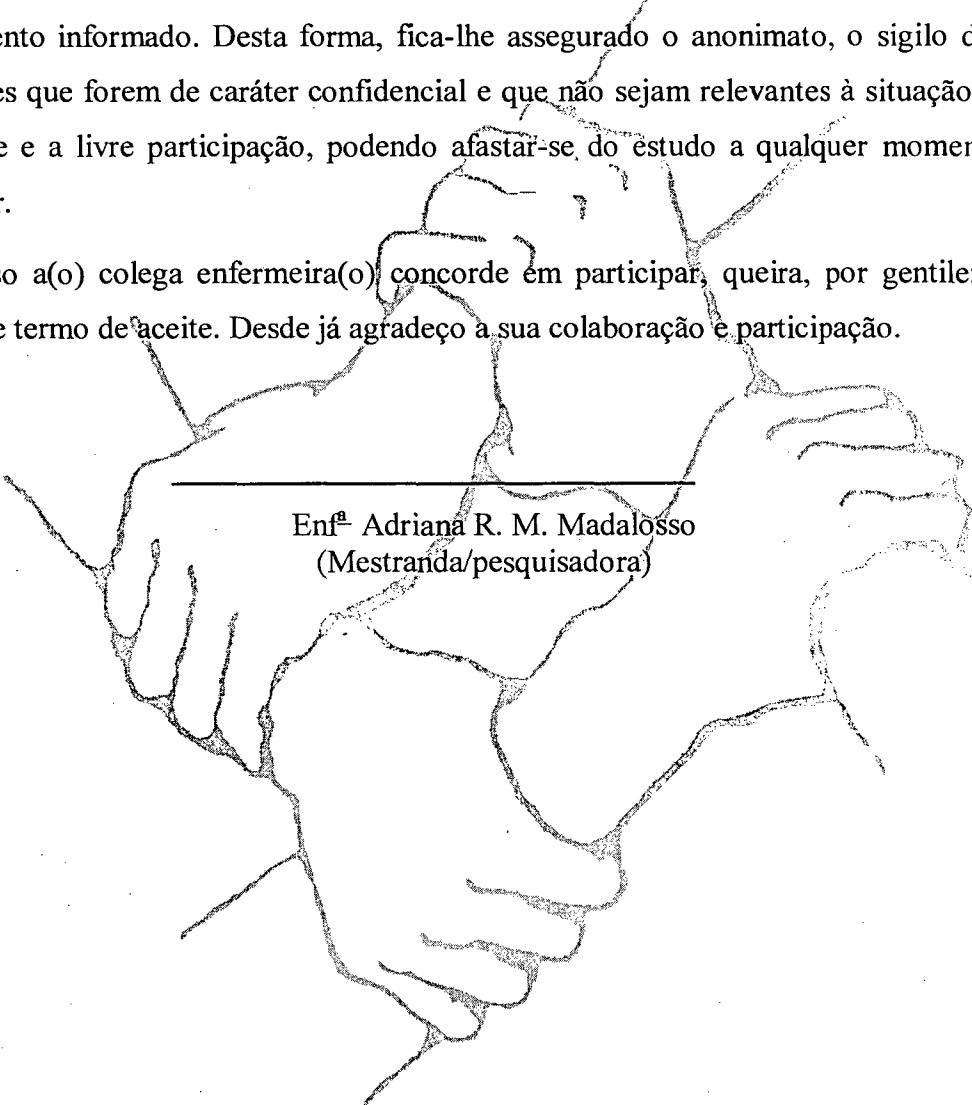
Como já é de seu conhecimento, conforme contato pessoal informal anterior, estou desenvolvendo um estudo, denominado **REFLETINDO SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**: o resgate do poder como uma proposta transformadora. Esta pesquisa prática, tem como objetivo, desenvolver um processo de reflexão e crítica, fundamentado no referencial teórico acerca da qualidade do cuidado de enfermagem, junto à enfermeiros que prestam cuidado direto à clientela de um hospital geral de grande porte, do estado do Rio Grande do Sul.

Acredito que a pertinência e relevância desta pesquisa prática, está no fato dela buscar viabilizar um caminho teórico-prático de transformação do cuidado de enfermagem prestado ao ser humano melhorando sua qualidade de vida, propiciar

alternativas para resguardar a profissão e seus profissionais e, além disto, através de sua implementação e divulgação, sensibilizar e incitar os profissionais enfermeiros ao avanço e ao aperfeiçoamento de conhecimentos e competências, imprescindíveis para um trabalho humanizado e transformador.

Considerando sua fundamental colaboração, gostaria de convidá-la a participar como um dos sujeitos desta pesquisa e, formalmente, obter seu aceite e adesão ao grupo de enfermeiros participantes. Para sua maior tranquilidade, fica este termo amparado no artigo 35, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que versa sobre o consentimento informado. Desta forma, fica-lhe assegurado o anonimato, o sigilo das informações que forem de caráter confidencial e que não sejam relevantes à situação, a privacidade e a livre participação, podendo afastar-se do estudo a qualquer momento que desejar.

Caso a(o) colega enfermeira(o) concorde em participar, queira, por gentileza, assinar este termo de aceite. Desde já agradeço a sua colaboração e participação.



Enf^a Adriana R. M. Madalosso
(Mestranda/pesquisadora)

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO EXPLORATÓRIO

Caracterizando a população de enfermeiros de um hospital geral,
de grande porte, do estado do Rio Grande do Sul

RESPONDENTE(codinome) _____ (de uso do enfermeiro pesquisador).

INSTRUÇÕES: este documento está constituído de questões fechadas e abertas. As questões fechadas deverão ser respondidas com um "X" e/ou preenchidos os espaços em branco. Para as questões abertas, espera-se que o colega se expresse livremente ao sustentar suas idéias.

1. A(o) colega tem interesse em participar deste estudo e da pesquisa que se seguirá?

Sim Não. Porque? _____

Se você respondeu negativamente, neste caso não há necessidade de responder as questões que se seguem.

2. Você aceitaria ser acompanhada e observada, por alguns momentos, no seu trabalho diário como cuidadora?

Sim Não. Neste caso, não há necessidade de responder as questões que se seguem, mas agradeceria se você contribui-se com este momento exploratório.

3. Quais os dias e horários que você disporia, fora do seu horário de trabalho, para participar dos momentos deste estudo? _____

Os questionamentos que se seguem, procuram caracterizar e descrever o sumário de seu perfil como pessoa e profissional, bem como, a sua relação como cuidador(a), na instituição onde atua.

4. Sexo? Feminino Masculino

5. Idade? _____ (em anos completos). Data de nascimento = ___ / ___ / ___.

6. Estado Civil? () solteira(o) () casada(o)
() viúva(o) () divorciada(o)
() separada(o) () vive maritalmente
7. Você tem filhos? () Não () Sim. Quantos? _____.
8. Antes de ser enfermeira(o), você já trabalhou como profissional em outra categoria da enfermagem? () Sim () Não
9. Qual a instituição em que você se graduou na enfermagem? _____.
10. Em que ano você se graduou na enfermagem? _____.
11. Realizou algum curso de pós-graduação em enfermagem?
() Não () Sim. Qual? _____.
Por qual instituição? _____.
Em que ano? _____.
12. Você tem participado de eventos de atualização do cuidado de enfermagem nos últimos dois anos?
() Não () Sim () 1 evento () 3 a 5 eventos
() 2 eventos () 6 ou mais eventos
13. Qual é o tempo que você efetivamente tem de exercício da profissão? _____ anos.
14. A quanto tempo você trabalha como enfermeira(o) nesta instituição? _____ anos (cheios).
15. Qual é o seu setor(es) e turno(s) de atuação na instituição? _____.
16. Como você define o cuidado de enfermagem? _____

17. Na sua opinião, o que caracterizaria um cuidado de enfermagem de qualidade? _____

18. Na sua instituição de trabalho, quem define os padrões de qualidade do cuidado de enfermagem a ser prestado? _____

19. O que você considera como fatores preponderantes para concretizar-se um cuidado de enfermagem qualificado? _____

20. Como você avalia a qualidade do cuidado de enfermagem, como um todo, prestado na instituição?
(Muito bom, satisfatório, insatisfatório, não há) _____.
21. A instituição possui algum programa de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados por seus enfermeiros?
() Não () Sim. Qual? Como funciona? _____.
22. Sua instituição de trabalho oferece um programa de educação continuada voltada à capacitação dos enfermeiros para o cuidado de enfermagem? () Sim () Não

Caso você tenha respondido afirmativamente na questão anterior, complemente a informação, respondendo as questões abaixo. Caso contrário, encerra-se este momento. Ficaria grata, se o colega desse sua colaboração respondendo a última questão deste instrumento.

23. Com que frequência são realizados os encontros neste programa de educação continuada?

24. Como ele é realizado? (local, modalidades de trabalhos, escolha dos temas a serem tratados, população que participa, quem ministra,...)

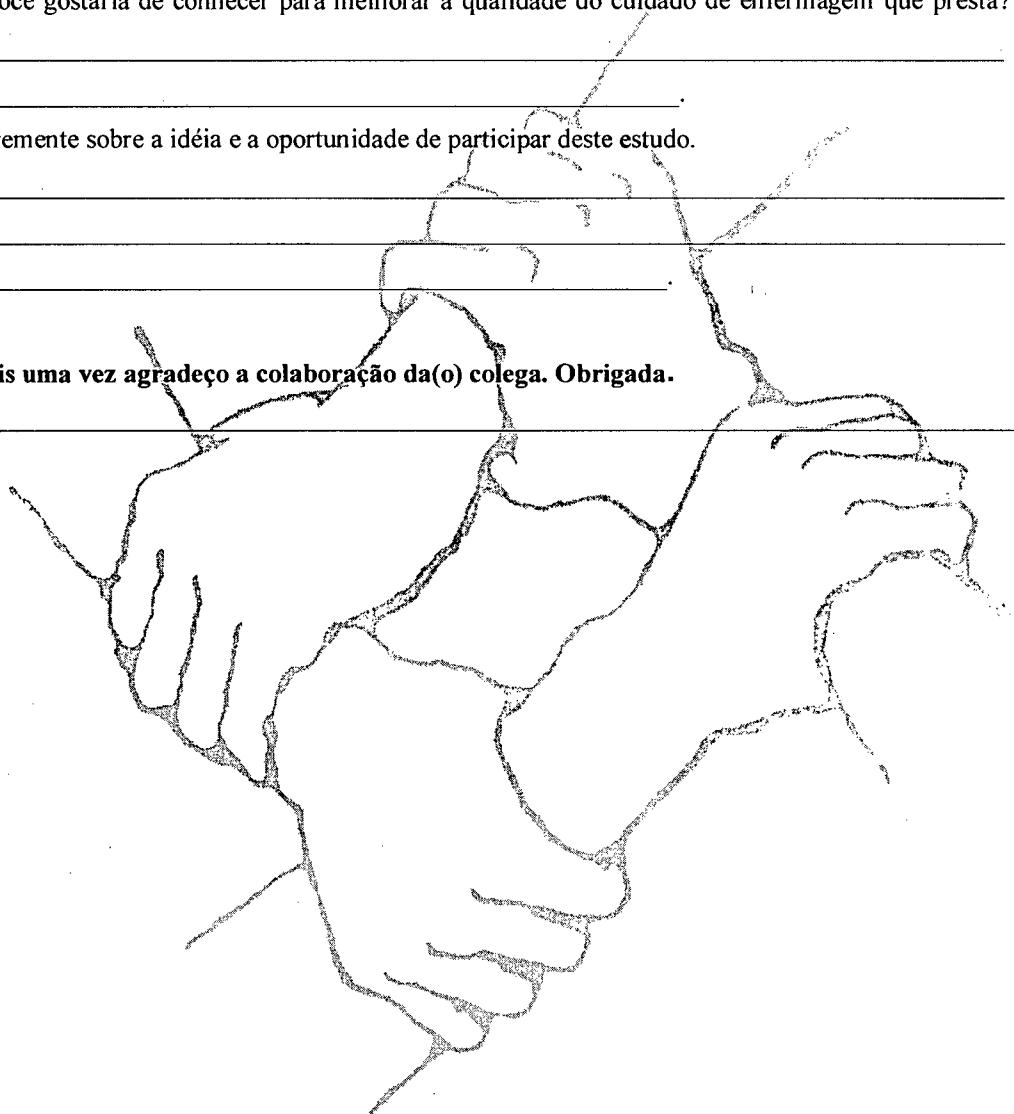
25. Quais são os temas que tem sido abordados?

26. Como você avalia este programa de educação continuada?

27. O que você gostaria de conhecer para melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem que presta?

28. Fale livremente sobre a idéia e a oportunidade de participar deste estudo.

Mais uma vez agradeço a colaboração da(o) colega. Obrigada.



ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PEN
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES / UFSC / FAPERGS - URF

REFLETINDO SOBRE
A QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
o resgate do poder como uma proposta transformadora

Adriana Ribeiro Martins Madalosso (mestranda)
Zuleica Maria Patrício (orientadora)

TERMO DE ACEITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Para os devidos fins, eu, _____

_____ declaro estar esclarecida e ciente das informações de amparo legal do sujeito pesquisado, previstas no artigo 35 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que versa sobre o consentimento informado, e aceitar participar do referido estudo.

(assinatura)

Passo Fundo, ____ / ____ / ____.

ANEXO 4

REFLETINDO SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: o resgate do poder como uma proposta transformadora

Adriana Ribeiro Martins Madalosso (mestranda)
Zuleica Maria Patrício (orientadora)

RELATÓRIO DA FASE EXPLORATÓRIA

1 Apresentando os resultados

Dos 16 (dezesseis) enfermeiros que compõem o corpo de enfermagem da instituição campo deste estudo, 12 (doze) colaboraram respondendo o questionário da fase exploratória, o que permitiu traçar um perfil aproximado destes recursos humanos.

Dos colaboradores, 09 (nove) são do sexo feminino, perfazendo 75% da população, e 03 (três) são do sexo masculino, representando os restantes 25%. Conforme as **tabelas 1 e 2**, verifica-se que a faixa etária do grupo varia entre os 27 (vinte e sete) e os 41 (quarenta e um) anos de idade, havendo uma maior concentração na faixa dos 32 (trinta e dois) aos 39 (trinta e nove) anos.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos participantes do estudo por idade e sexo

Frequência	Idade	Sexo
01	27 anos	Feminino (01)
01	28 anos	Feminino (01)
02	32 anos	Feminino (01) Masculino (01)
01	34 anos	Feminino (01)
02	35 anos	Feminino (02)
02	38 anos	Feminino (02)
02	39 anos	Feminino (01) Masculino (01)
01	41 anos	Masculino (01)

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos participantes do estudo por faixa etária

Faixa etária	Frequência	Porcentagem
Até 30 anos	02	16,7 %
De 31 à 35 anos	05	41,7 %
De 36 à 40 anos	04	33,3 %
Mais de 41 anos	01	8,3 %

Quanto ao estado civil, 04 (quatro) dos sujeitos são solteiros, representando 33,4% da população colaboradora, 01 (um) é divorciado, representando 8,3%, e os demais 07 (sete), a maioria (58,3%), são casados ou tem uma união estável não legalizada.

No tocante ao número de dependentes, 07 (sete) não possuem filhos (58,3%), 02 (dois) possuem 02 (dois) dependentes cada (16,7%) e 03 (três) possuem apenas 01 (um) filho (25%). Todos tem o seu sustento e de sua família diretamente relacionado ao ganho com sua atividade.

Com relação a experiência profissional prévia a graduação em outra categoria da enfermagem, dos participantes, 04 (quatro) informaram que já exerceram atividades como auxiliares de enfermagem, representando 33,3% da população em descrição.

Considerando-se a formação, a grande maioria, representada por 10 (dez) enfermeiros (83,3%), graduou-se no Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo.

O tempo de exercício profissional destes enfermeiros, conforme a **tabela 3**, variou de 01 (um) há 16 (dezesesseis) anos, sendo que a maioria, representada por 08 (oito) enfermeiros, tem menos de dez (10) anos de atividade (75%) e destes, 03 (três) (25%) têm menos de 5 anos.

Tabela 3 – Época de graduação e tempo de formado dos sujeitos participantes

Década	Ano	Frequência	Tempo de formado
Década de 80	1983	01	16 anos de formado
	1987	01	12 anos de formado
	1988	01	11 anos de formado
	1990	01	09 anos de formado
Década de 90	1991	01	08 anos de formado
	1992	01	07 anos de formado
	1993	01	06 anos de formado
	1994	02	05 anos de formado
	1995	02	04 anos de formado
	1998	01	01 anos de formado

A maior parte dos respondentes iniciou suas atividades como enfermeiro na instituição e nela permanece até hoje, o que revelou uma relação de forte vínculo com a instituição. Este tempo de trabalho

variou entre um (01) e onze (11) anos, estando a maior frequência entre 04 (quatro) e 10 (dez) anos de serviço, representando 58,4 % da população em estudo.

Dos 12 (doze) enfermeiros respondentes, 03 (três) ainda não possuem um curso de especialização (25%) e 09 (nove) (75%) ou estão cursando ou já concluíram seus cursos. Especificamente destes 09 (nove), 01 (um) encontra-se iniciando seu curso, 01 (um) está concluindo e 07 (sete) já o concluíram. A área de concentração destas especializações é a Administração, com 06 (seis) titulados e 01 (um) em fase de titulação na Administração de Serviços de Enfermagem (77,8 %) e 01 (um) titulado e 01 (um) iniciando o curso na Administração Hospitalar (22,2 %). Este é um dado significativo para o estudo, mostrando já pela titulação o direcionamento formativo profissional para os aspectos indiretos do cuidado de enfermagem.

Quanto a participação em eventos, verificou-se que nos últimos dois anos, 09 (nove) enfermeiros (75%) buscaram esta alternativa de atualização, enquanto que 03 (três) (25%) não participaram de qualquer evento. Dos 09 (nove) interessados pela atualização, 03 (três) participaram de 03 (três) a 05 (cinco) eventos nos últimos dois anos, 05 (cinco) em 02 (dois) eventos e 01 (um) em um único evento. Entre os participantes, a limitada presença em eventos foi esclarecida em função dos seus custos elevados de inscrição, da dificuldade de liberação no serviço e da maioria dos eventos de interesse ocorrerem fora da cidade. Assim, entenderam-se *pouco atualizados* (Peixes) e *limitados nos seus conhecimentos* (Escorpião), principalmente no que diz respeito ao cuidado de enfermagem. Como mostra a **tabela 4**, este entendimento é bastante variável.

Tabela 4 – Entendimento dos sujeitos participantes do estudo sobre a caracterização do cuidado

Tema central da resposta	Frequência	Categorização
Ações subordinadas ao médico	01	Subordinação ao modelo biomédico / priorização curativista na atenção de saúde.
Combate à doença, ações curativas	02	
Atividade complexa de atender ao paciente	02	Atenção direcionada ao paciente
Dedicação ao outro	01	
Atendimento de necessidades do paciente	01	
Assistir ao paciente	01	
Assistência integral ao paciente	04	
Atenção individualizada ao paciente	04	
É arte e ciência	01	
Envolve a coordenação da equipe de enfermagem	01	Atenção indireta

Do conjunto das colocações, 13 (treze), representando a maior concentração, foram relacionadas ao cuidado de enfermagem voltado diretamente ao paciente, destacando-se 04 (quatro) com a visão de integralidade e outras 04 (quatro) com a perspectiva de individualização, personalizando e particularizando esta atenção, diferentemente do observado na prática cotidiana destes enfermeiros. Também do conjunto, chamou a atenção, o fato de 02 (dois) respondentes trazerem uma forte bagagem do

modelo medicocêntrico. Um deles chegou a propor o cuidado de enfermagem como uma ação dependente do profissional médico, evidenciando uma concepção de subordinação, invisibilidade e falta de autonomia profissional. De certa maneira, nestas colocações confirmaram-se as afirmações de falta de conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem, pela dificuldade em defini-lo ou como atendimento, ou atenção, ou atividade, ou assistência.

Quando caracterizaram a qualificação deste cuidado, como depreende-se da **tabela 5**, a maioria dos enfermeiros descreveu atributos relacionados a particularização e humanização das ações, representando esta categoria 70% das colocações. Em contra partida, o direcionamento ao modelo biomédico apareceu, novamente, em duas (02) das referências.

Tabela 5 – Características que qualificam o cuidado de enfermagem segundo os sujeitos do estudo

Tema central da resposta	Frequência	Atributos descritos
Planejado e organizado	04	- Planejamento (03) - Organização (04)
Realizado com habilidade técnica	02	- Habilidade técnica (01) - Capacidade técnica (01)
Baseado no conhecimento, na atualização e no aprimoramento profissional	02	- Domínio de conhecimento (02) - Atualização permanente (01) - Atualização e aprimoramento profissional (01)
Realizado de uma forma humanizada	23	- Interesse (02) - Calma (03) - Segurança (05) - Atenção (08) - Motivação (05) - Visão da integralidade do paciente (06) - Disciplina (04) - Amor (02) - Individualização (02) - Doação (02) - Dedicção (06) - Carinho (06) - Voltado à satisfação do paciente (05)
Direcionado para a doença e para a cura	02	- Doença (02) - Cura (02)

Ao serem indagados sobre quem define e determina os padrões de qualidade para o cuidado de enfermagem na sua instituição de trabalho, as respostas mostraram-se bastante diversificadas, denotando uma clara falta de definição institucional. Dos respondentes, 06 (seis) (50%) colocaram o enfermeiro como este definidor, sendo que deles, 02 (dois) (16,7%) salientaram a equipe de enfermagem como elemento contributivo fundamental; 04 (quatro) (33,3%) atribuíram à administração da instituição, sendo que 02 (dois) deles, referiram que ela é concretizada através da chefia de enfermagem; 01 (um) (8,3%)

trouxe a tona novamente o modelo biomédico ao colocar que estes padrões são determinados pelos profissionais médicos; e, finalmente, 01 (um) (8,3%) salientou que cada profissional, de forma isolada e particular, define estes padrões.

Ainda pensando na compreensão acerca dos componentes determinantes da qualidade do cuidado, como apresenta a **tabela 6**, a grande maioria destes enfermeiros evidenciou que a qualidade do cuidado de enfermagem ultrapassava as puras ações cuidativas e envolvia também os aspectos estruturais, principalmente os relacionados aos recursos humanos - como alocação de pessoal, mecanismos de valorização e de capacitação profissional e o trabalho multiprofissional integrado. Dois (02) destes respondentes perceberam a documentação e a sistematização do cuidado como elementos cruciais para a perspectiva de qualidade.

Tabela 6 - Componentes necessários para a qualificação do cuidado de enfermagem

Tema central da resposta	Frequência
- Recursos humanos em qualidade e quantidade adequada	07
- Integração da equipe multiprofissional	01
- Capacitação do pessoal através do desenvolvimento de conhecimentos por treinamento periódico e atualização permanente	10
- Valorização dos profissionais	07
- Motivação, reconhecimento e estímulos, decorrentes da capacitação e da valorização	07
- Disponibilização de recursos materiais mínimos adequados	05
- Área física adequada	05
- Sistematização do processo de cuidado	01
- Processo de enfermagem	01

Agora, classificando a qualidade do cuidado de enfermagem na instituição, as respostas apresentadas por estes enfermeiros variaram de boa até nenhuma qualidade significativa. Dois (02) (16,7%) avaliaram como muito bom e competente; 07 (sete) (58,3%), como bom e satisfatório; e 03 (três) como negativo, sendo que 02 (dois) deles (16,7%) classificaram o cuidado como regular e com deficiências significativas e 01 (um) (8,3%) como não existindo qualidade no cuidado de enfermagem que está sendo prestado nesta instituição.

Estes enfermeiros relacionaram as limitações da qualidade do seu cuidado à atual crise financeira enfrentada pelo Sistema de Saúde como um todo, que tem se repercutido drasticamente na instituição. Consideraram este fator, aliado aos demais já mencionados, como comprometedor importante do desempenho do pessoal de enfermagem e, por consequência, da qualidade dos cuidados que prestam.

Questionados sobre a existência de programas de avaliação da qualidade destes cuidados na instituição, verifiquei paridade nas opiniões. Seis (06) enfermeiros (50%) entenderam que ninguém avalia a qualidade do cuidado de enfermagem na instituição, principalmente do cuidado direto, que é considerado ocasional e relativamente raro, com priorização para a administração de serviços. Os outros

06 (seis) enfermeiros (50%) conceberam a existência de algo semelhante a um processo de avaliação de qualidade, mas não direcionado concretamente para o cuidado. Destes últimos, 03 (três) enfermeiros (25%) referiram que o que existe, na verdade, é uma avaliação periódica de desempenho de pessoal para auxiliares e técnicos de enfermagem e, que isto, não é suficiente para avaliar o cuidado como um todo. Os outros 03 (três), apresentaram o questionário de opinião que é preenchido voluntariamente pelos clientes, quando de sua alta, como uma possibilidade, mas restrita. Este instrumento, segundo estes enfermeiros, avalia o atendimento prestado por toda a equipe multiprofissional e não especificamente o da Enfermagem.

Nesta perspectiva de qualidade, ainda os enfermeiros foram questionados sobre a capacitação da equipe de enfermagem através de um programa de educação continuada. Segundo 09 (nove) destes profissionais (75%), a instituição oferece um programa de educação, mas segundo 03 (três) deles (25%), ele é restrito e limitado, direcionado quase que exclusivamente para aspectos técnicos. Para os 03 (três) demais respondentes (25%), esta realidade não existe na instituição e o que acontece, na verdade, é um treinamento técnico, mais direcionado para as outras categorias da enfermagem e, raramente, para o enfermeiro.

Dos que entenderam a existência do programa, 06 (seis) (50%) colocaram que os encontros são, em geral, agendados para datas significativas para a saúde e/ou para a Enfermagem, ou, como medida corretiva, programados extraordinariamente para sanar os problemas existentes. Quanto à frequência, 02 (dois) (16,7%) ressaltaram que estes momentos são realizados a cada dois ou três meses e 01 (um) (8,3%), duas vezes ao mês aproximadamente. Também, para estes 09 (nove) enfermeiros (75%), o programa se concretiza principalmente através de palestras. Os temas trabalhados, conforme 01 (um) deles (8,3%), são definidos por todo o grupo de enfermeiros; para outros 02 (dois) (16,7%), por toda a equipe de enfermagem; e para outro (01) (8,3%), pela chefia de enfermagem, a partir dos problemas que ela detecta. Conforme 02 (dois) dos participantes (16,7%), as palestras do programa, quando realizadas nos setores de trabalho, são ministradas pelo próprio enfermeiro, mas quando são estendidas para todo o corpo de enfermagem, segundo 05 (cinco) dos enfermeiros (41,7%), são ministradas por profissionais externos, geralmente de outras categorias profissionais, principalmente médicos.

Para um (01) (8,3%) dos que admitiram a não existência da educação continuada, o que se realiza realmente na instituição, na verdade, são palestras com temas e abordagens mal direcionadas ou a distribuição de resumos e esquemas explicativos de situações técnicas, o que é mais frequente. Segundo os respondentes, ultimamente, os temas que têm sido abordados referiram-se ao estresse no trabalho, referenciado por 02 (dois) enfermeiros (16,7%); ao processo de comunicação, integração e motivação, por 04 (quatro) (33,3%); à ética na enfermagem, por 02 (dois) (16,7%); e ao manejo de pacientes psiquiátricos, por outros 02 (dois) (16,7%). Estes dois últimos profissionais salientaram em suas respostas a incoerência de ser trabalhado um tema que não consideram prioritário, já que não são muito frequentes as internações por tais problemas e a instituição possui um serviço especializado para este atendimento.

Por tais características, o programa foi avaliado como bom e satisfatório por 04 (quatro) enfermeiros (33,3%) e ruim e fraco por outros 05 (cinco) (41,7%). Destes últimos, 04 (quatro) (33,3%) salientaram a crucial necessidade de melhorar a sua organização e a seleção e ministração dos temas; 02 (dois) destes, acrescentaram ainda, a necessidade de serem trazidas experiências novas e pessoas mais preparadas para estes momentos, de preferência enfermeiros. Três (03) dos participantes (25%) optaram por se omitir em responder esta questão.

Os respondentes sugeriram como temas de interesse para serem trabalhados no futuro: realidades e potencialidades de outras instituições, por 04 (quatro) enfermeiros (33,3%); aprofundamento em programas de qualidade para a Enfermagem, por 01 (um) (8,3%); abordagens mais atualizadas sobre relacionamento interpessoal e motivação, por 02 (dois) (16,7%); e tudo sobre o cuidado de enfermagem, por 05 (cinco) enfermeiros.

Através da livre expressão sobre a participação e o mérito do estudo para o grupo e para o hospital, 06 (seis) enfermeiros (50%) destacaram a oportunidade de poderem aperfeiçoar o seu cuidado para melhor qualificá-lo; 02 (dois) (16,7%) evidenciaram a possibilidade de poder compartilhar “livremente” (destaque dos respondentes) conhecimentos, realidades e expectativas sobre o seu dia-a-dia de trabalho; 01 (um) (8,3%) destacou sua expectativa pela possibilidade da articulação dos colegas para a formação de um grupo mais preparados para mudar a realidade atual; e outro (01) (8,3%), por poder contribuir com suas experiências para transformar a Enfermagem.

Além destes pontos relevantes, 01 (um) enfermeiro (8,3%) manifestou ser importante que a instituição, através de suas chefias, fosse informada dos resultados do estudo para que, (...) *quem sabe, se consiga mudar alguma coisa* (Peixes). Dois (02) enfermeiros (16,7%) manifestam o seu agradecimento pela oportunidade dada a eles, de se candidatarem como participantes do estudo. Infelizmente, 02 (dois) (16,7%) colegas se omitiram de colaborar.

2 Analisando os resultados

As colocações feitas neste conjunto de informações da fase exploratória, revelaram algumas discrepâncias entre o entendido e concebido sobre o cuidado de enfermagem e sua qualificação, e a realidade que se apresentou descrita. As revelações mostraram esta realidade com potencialidades para a mudança mas, ao mesmo tempo, com limitações e restrições afetas aos profissionais e, principalmente, à instituição.

Com estas identificações, um dilema ético preocupante emergiu. Como trabalhar críticas severas à instituição, sem expor e “arriscar” os enfermeiros colaboradores? Estava claro. A coerência da qualidade estava alicerçada na verdade e a verdade, no compromisso ético assumido. Assim, a abordagem da situação exigiu uma atenção redobrada para garantir, na medida do possível, o anonimato dos participantes e, ao mesmo tempo, resguardar o compromisso do estudo com o realidade, com o profissionalismo e com a verdade, como previsto no Protocolo da Pesquisa, apresentado e aceito pela

instituição, e como descrito na abordagem ética, no capítulo da metodologia deste estudo. Entendo ser impossível pensar e trabalhar com a “qualidade”, sem arcar com o ônus e o benefício da verdade. O estudo e a prática da qualidade se acerbam da transformação positiva e contextualizada em uma realidade, cujos pontos críticos necessariamente, em algum momento, precisam ser percebidos, compreendidos e aceitos para, então, serem mudados (Nogueira, 1996).

Quando não há esta clareza, as mudanças em busca da qualificação, quando ocorrem, são superficiais e efêmeras, verdadeiras camuflagens ou maquiagens, que não surtem em resultados confiáveis e coerentes. E, foi com este intuito, pela investigação concreta da qualidade do cuidado de enfermagem, pautada na realidade e na verdade, que encaminhei todo o estudo e a minha perspectiva de análise das situações encontradas.

O que vislumbrei nesta realidade, foi um número exíguo de enfermeiros para o atendimento de um grande número de unidades de serviço, com uma estrutura de apoio que deixa a desejar. Percebi, ainda, na maioria destes profissionais, um misto de acomodação e forte vínculo institucional, pelo tempo de vida profissional dedicado a ela. Especificamente, considerando o cuidado de enfermagem e qualidade, encontrei uma realidade ora instigante, ora confusa, ora promissora. Mesmo não conhecendo claramente o referencial que sustenta o estudo, baseado em Donabedian (1980, 1984) e Halldórsdóttir (1991), estes profissionais conseguiram, espontaneamente, identificar requisitos para a qualidade do cuidado de enfermagem envolvendo aspectos estruturais e do processo de cuidar, como apresentado na **tabela 6**. No entanto, percebi a despreocupação com os resultados, propriamente ditos, deste processo, pois esta dimensão não foi referenciada diretamente em nenhuma das colocações.

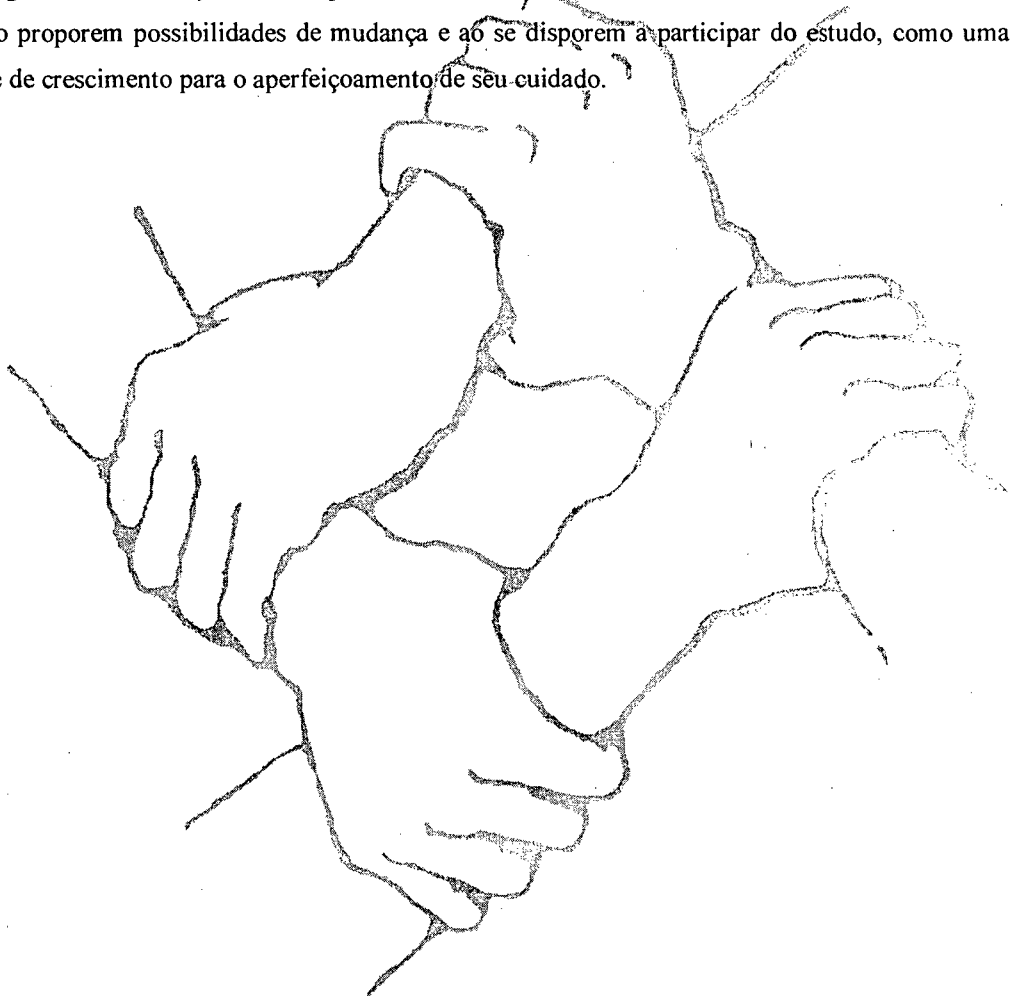
Quanto ao processo que envolve o cuidado de enfermagem, foram enfatizados como elementos decisivos para a sua qualificação, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de conhecimentos, habilidades e, principalmente, atitudes positivas para cuidar. Com relação a este último aspecto, verifiquei um grande número de colocações direcionadas à humanização do cuidado e, também, à vocação e à capacidade de doação do profissional, mostrando uma preocupação com a clientela, mas muito sustentada numa dedicação que extrapola o profissional e chega a denotar subserviência.

Estes enfermeiros que estão forjando suas vidas profissionais na instituição, na sua grande maioria, consideraram o cuidado de enfermagem que prestam, como de boa qualidade, ao mesmo tempo que declararam o seu desconhecimento sobre este aspecto e a necessidade de maior aperfeiçoamento sobre a temática. Apesar desta incoerência, posteriormente, conforme mostraram as **tabelas 4, 5 e 6** deste relatório, foram capazes de identificar os principais atributos deste cuidado e, deles, os mais significativos para a sua qualificação.

Relacionando o entendimento sobre cuidado de enfermagem e o direcionamento da formação destes profissionais - especialização -, evidenciei certa desvinculação nas colocações. Todos os enfermeiros especialistas capacitaram-se na área administrativa, mas quando mencionaram os requisitos para a qualificação de seus cuidados, os direcionam muito mais aos aspectos diretos do cuidado e pouco mencionam sobre o cuidado indireto, envolvendo os aspectos administrativos.

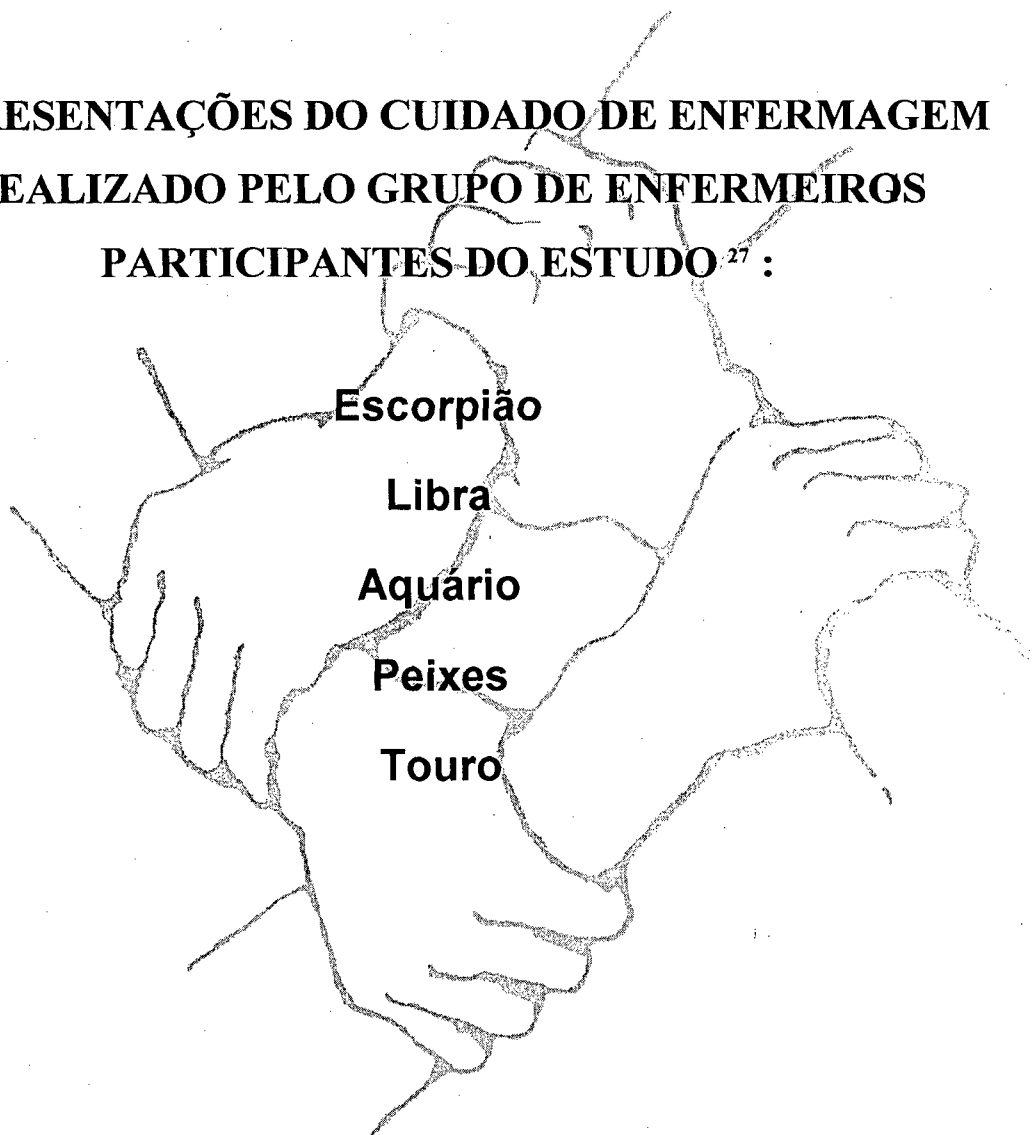
E, considerando as relações de trabalho como um atributo para a qualificação do cuidado, conforme a **tabela 6**, a maioria destes enfermeiros, destacaram o reconhecimento e valorização dos profissionais e de seu fazer e sua capacitação, como fatores de motivação e estímulo, fundamentais à qualificação do cuidado. Ao mesmo tempo, estes enfermeiros mostraram-se, em vários momentos perdidos em relação às políticas de qualidade na instituição e muito dependentes em relação à normas e rotinas estabelecidas, às chefias e até, conforme algumas colocações, em relação aos profissionais médicos e sua abordagem assistencial.

Considerando o aspecto da capacitação, encontrei um ambiente desfavorável, caracterizado, segundo os depoentes, por não privilegiar adequadamente a liberação para a participação em eventos e por não oferecer um programa que realmente promova a educação continuada. As críticas levantadas e as propostas de alternativas sugeridas, deixaram clara a preocupação destes enfermeiros e mostraram um significativo grau de insatisfação. Mas, apesar destas adversidades, estes mesmos enfermeiros foram produtivos ao proporem possibilidades de mudança e ao se disporem a participar do estudo, como uma oportunidade de crescimento para o aperfeiçoamento de seu cuidado.

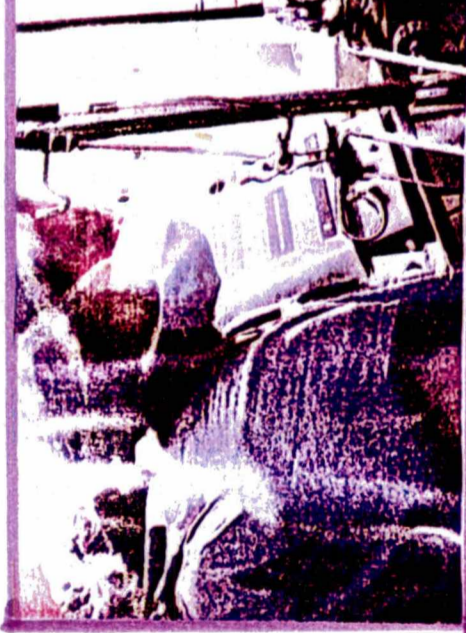


ANEXO 5

REPRESENTAÇÕES DO CUIDADO DE ENFERMAGEM IDEALIZADO PELO GRUPO DE ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO²⁷ :



²⁷ Para garantia do anonimato dos participantes, os registros caligráficos das representações foram substituídos por elementos de digitação.



Representação 1 (Escorpião):

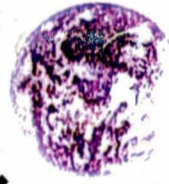
Essa idéia de cuidado que eu tenho, partiria do globo terrestre representando a vida, o ingrediente principal e verdadeiro elemento central do cuidado. Eu considero como outro ingrediente importante o saber, como o poder da mente. Nós, como cuidadores, somente com esse saber, com esse conhecimento, teríamos condições de rumar, como simboliza a seta, para a humanização do serviço de enfermagem, acabando com a bagunça e a solidão do nosso serviço, acabando com o trabalho isolado das pessoas e com a desconsideração do paciente, como se ele fosse um objeto e nós as máquinas para cuidar dele. A humanização e o conhecimento são os fatores principais da qualidade pois todo o resto de elementos vem naturalmente a partir disso. Deles, o mais importante para a qualidade é, para mim, sem dúvida a humanização do nosso trabalho. Depois que eu fui para a ... (identificação da unidade de trabalho), me chama mais a tenção para a humanização do nosso cuidado. Na ... (unidade de trabalho) é muito valorizada a técnica, o equipamento e a máquina. E daí olho para o leito e vejo o paciente como um objeto e fico me questionando porque a gente faz as coisas assim, até que ponto o meu cuidado tem que ser técnico e até que ponto ele tem que ser humano. Ai, fica mais evidente que a gente tem que repensar sempre o que faz, e o quanto é preciso mudar o nosso jeito de cuidar do paciente, o quanto a gente precisa humanizar o nosso cuidado.



HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM



VIDA



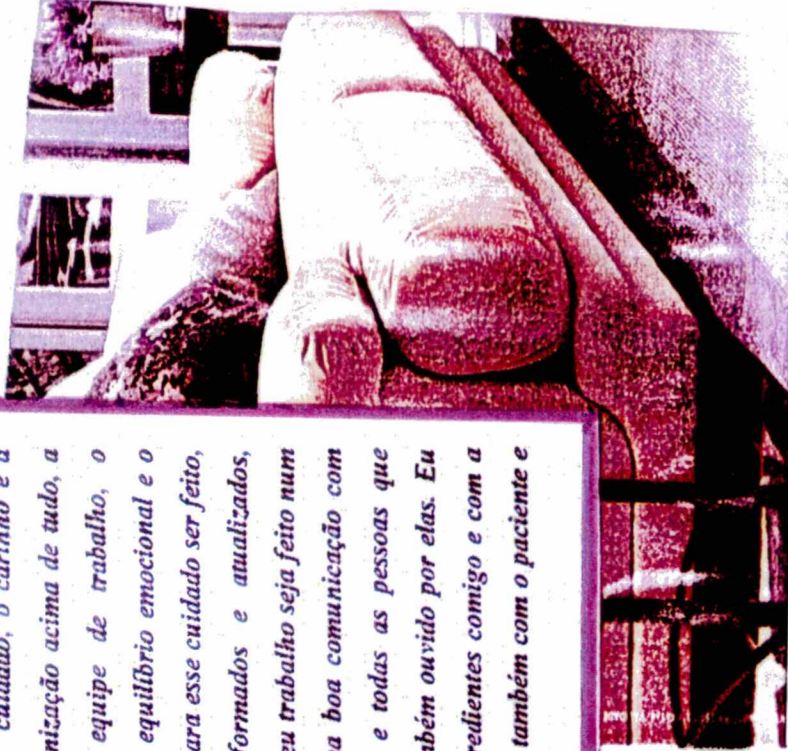
O PODER DA MENTE



SABER

Representação 2 (Libra):

Eu acho que para se fazer um cuidado de enfermagem de qualidade para o paciente e para os profissionais, nós precisamos primeiro estar bem. Nós temos que ter união, uma boa equipe, criatividade para fazer as coisas, o dom para a enfermagem, o bom humor, a vontade para fazer esse cuidado, o carinho e a doação em relação aos outros, a humanização acima de tudo, a compreensão, o estar bem com a equipe de trabalho, o companheirismo, a ajuda, o respeito, o equilíbrio emocional e o bom senso para fazer as coisas. Ainda, para esse cuidado ser feito, ele precisa de enfermeiros bem informados e atualizados, responsáveis e comprometidos, que o seu trabalho seja feito num ambiente agradável, que ele tenha uma boa comunicação com todos, que ele saiba ouvir o paciente e todas as pessoas que trabalham junto com ele e que seja também ouvido por elas. Eu entendo que se eu tiver todos esses ingredientes comigo e com a minha equipe, eu vou conseguir ter isso também com o paciente e vou cuidar dele bem.

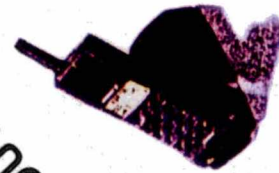


AMBIENTE AGRADÁVEL
BEM ESTAR



RESPONSABILIDADE
COMPROMISSO

SABER OUVIR

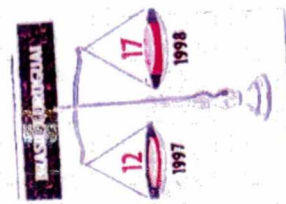


COMUNICAÇÃO

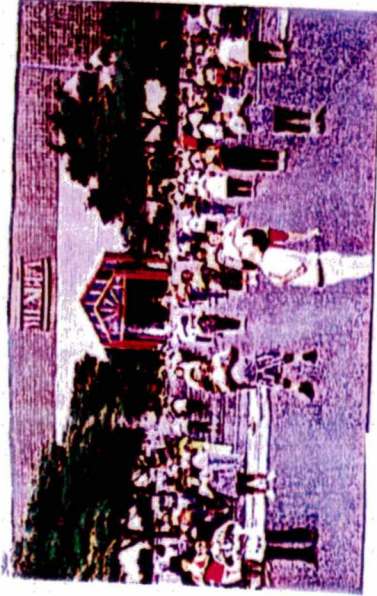


INFORMAÇÃO
ATUALIZAÇÃO

RESPEITO



EQUILÍBRIO
BOM SENSO



UNIÃO EQUIPE
CRIATIVIDADE

DOM



GOSTAR DO
QUE FAZ

BOM HUMOR

VONTADE
DOAÇÃO

SABER OUVIR

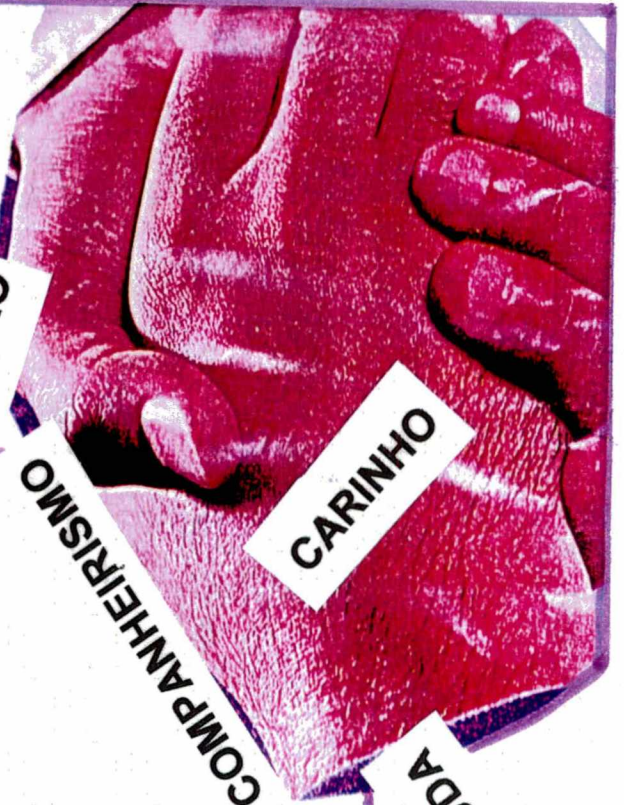
COMPREENSÃO

HUMANIZAÇÃO

COMPANHEIRISMO

CARINHO

AJUDA



SEGURANÇA



Sigilo

CONFIANÇA

RESPEITO



Livros

Representação 3 (Aquário) :

Para simbolizar a minha receita de cuidado, eu escolhi estas formigas trabalhando. Elas representam para mim a idéia de grupo, de equipe. Mostram que a gente tem que ser unido e trabalhar de forma organizada, com agilidade, solidez e saber que esta pessoa que faz o cuidado tenta sempre fazer o mais certo, mas que ela também pode errar, porque a gente tem o direito de errar porque isso é humano. Ainda, é importante para mim, o conhecimento, o armazenamento de informações, representado aqui no cartaz através dos livros. Também este cuidado deve ser baseado no sigilo, na confiança, no respeito entre todos e na segurança. Tudo isso vai levar a gente a conseguir uma melhor qualidade de vida para a gente que cuida e para o paciente.



AGILIDADE

SOLIDEZ

saída

acerta

erra

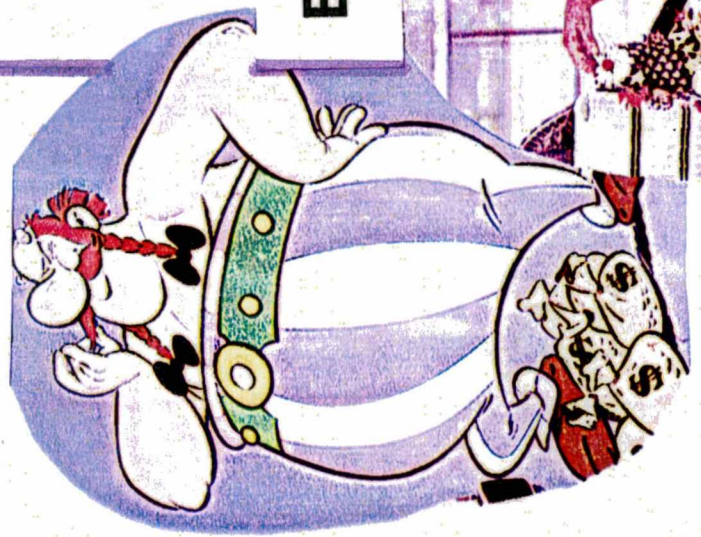
armazenamento



Representação 4 (Peixes):

Eu comecei mostrando a necessidade de se ter um ambiente seco, limpo e claro com uma fraldinha de bebê, porque foi a figura mais limpinha e gostosinha que eu encontrei para simbolizar isso. Eu quero mostrar o quanto é importante um ambiente agradável para o paciente e para o pessoal de enfermagem. Pensando no processo de cuidar, eu peguei para representar um brinquedo infantil cheio de partes encaixadas, que tenta mostrar a importância da sequência no atendimento do paciente porque, assim, tu não podes fazer uma coisa isolada da outra, elas tem que estar articuladas como no brinquedo (...). Também eu acho importante o paciente receber carinho da enfermagem (...), passar a mão na testa, pegar na mão do paciente, aquela coisa do toque é uma coisa tão importante e que eles gostam tanto (...). A alimentação também é importante. (...) Com o pedacinho de mar, eu quis mostrar a higiene como um ingrediente importante do cuidado com o paciente e que, hoje no nosso hospital, tem ficado muito a desejar. Mostrei, ainda, a fé simbolizada pela hóstia, porque eu acho que tem muitas pessoas que acreditam e parece que isso ajuda bastante os pacientes. (...) A medicação também é importante. A enfermagem deve, a partir da prescrição do médico, buscar que o paciente receba a medicação correta, na dose certa e no horário certo. Esse livro é para simbolizar a importância de uma enfermagem preparada, com conhecimentos científicos, treinamentos e atualização. Aqui, eu coloco como muito importante a parceria, mas a parceria de todo mundo dentro do hospital (...) formando uma grande equipe. É importante uma coesão de todos para fazer esse cuidado com o paciente. Conseguindo isto, nós vamos poder atender melhor o nosso paciente e ganhar o troféu da satisfação.

PACIENTE



ENFERMEIRO



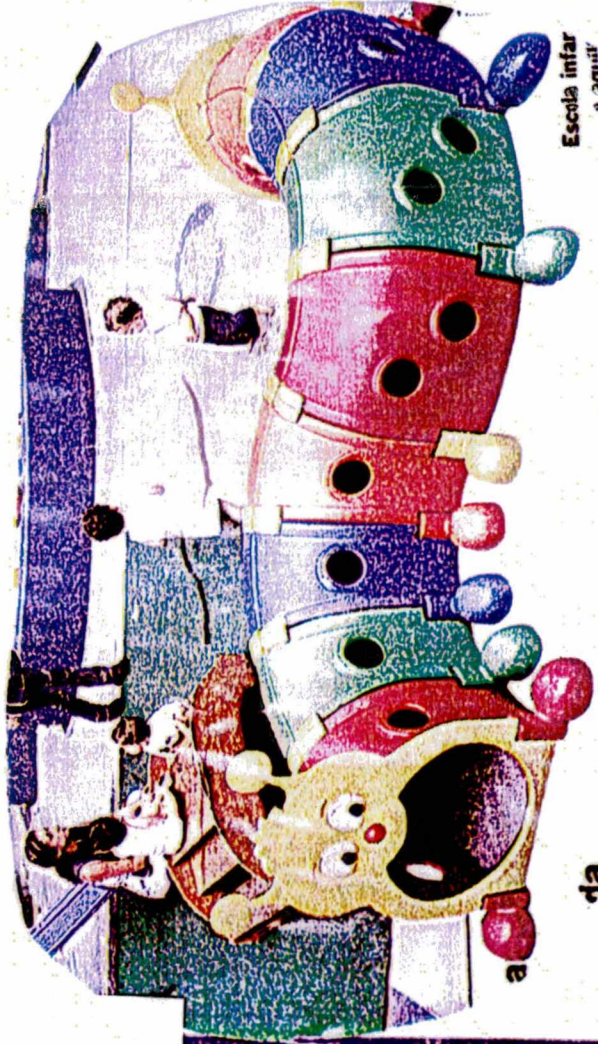
Free Park o melhor beach resort como a sua próxima 1

li a o d si



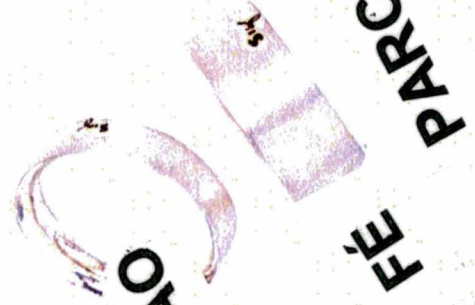
SATISFAÇÃO

PROCESSO DE CUIDAR



Escola infantil e amigável

SEQUÊNCIA ORGANIZAÇÃO



PARCERIA FÉ



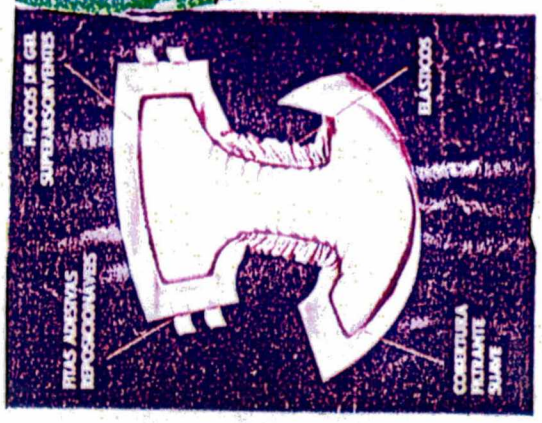
ALIMENTAÇÃO



HIGIENE

MEDICAÇÃO

ESTRUTURA



LIMPO SECO CLARO



o mais criar car com nento ilha. 5 ja

CARINHO



CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO

Representação 5 (Touro):

Assim, óh! Eu comecei a representar os componentes, os ingredientes do cuidado de enfermagem, através da figura dos bebês que representam a vida, uma nova esperança, uma aposta no futuro. Eu acho, assim, que o cuidado tem condições de mudar, de crescer como as crianças, mesmo nos momentos de crise que aparecem. Além desse ingrediente, eu acho que nós precisamos também da informação, seja pelo conhecimento, pela tecnologia e pela comunicação. Eu acho que eles são a base da qualidade do atendimento da enfermagem. (...) Também, a equipe de saúde, não só a de enfermagem, tem que trabalhar junto. Ainda, outros aspectos que eu considero importantes são o ambiente harmonioso de trabalho em que todos profissionais se respeitem, tenham confiança uns nos outros e tenham as mesmas condições para trabalhar, é o que eu tento mostrar nesta figura de grupo. Eu quero dizer, assim, que um cuidado de qualidade deve ser aberto para as mudanças e que eu aposto no futuro do nosso cuidado para que ele se torne melhor.



Nova esperança

Aposta no futuro

Apesar da crise,

confiança

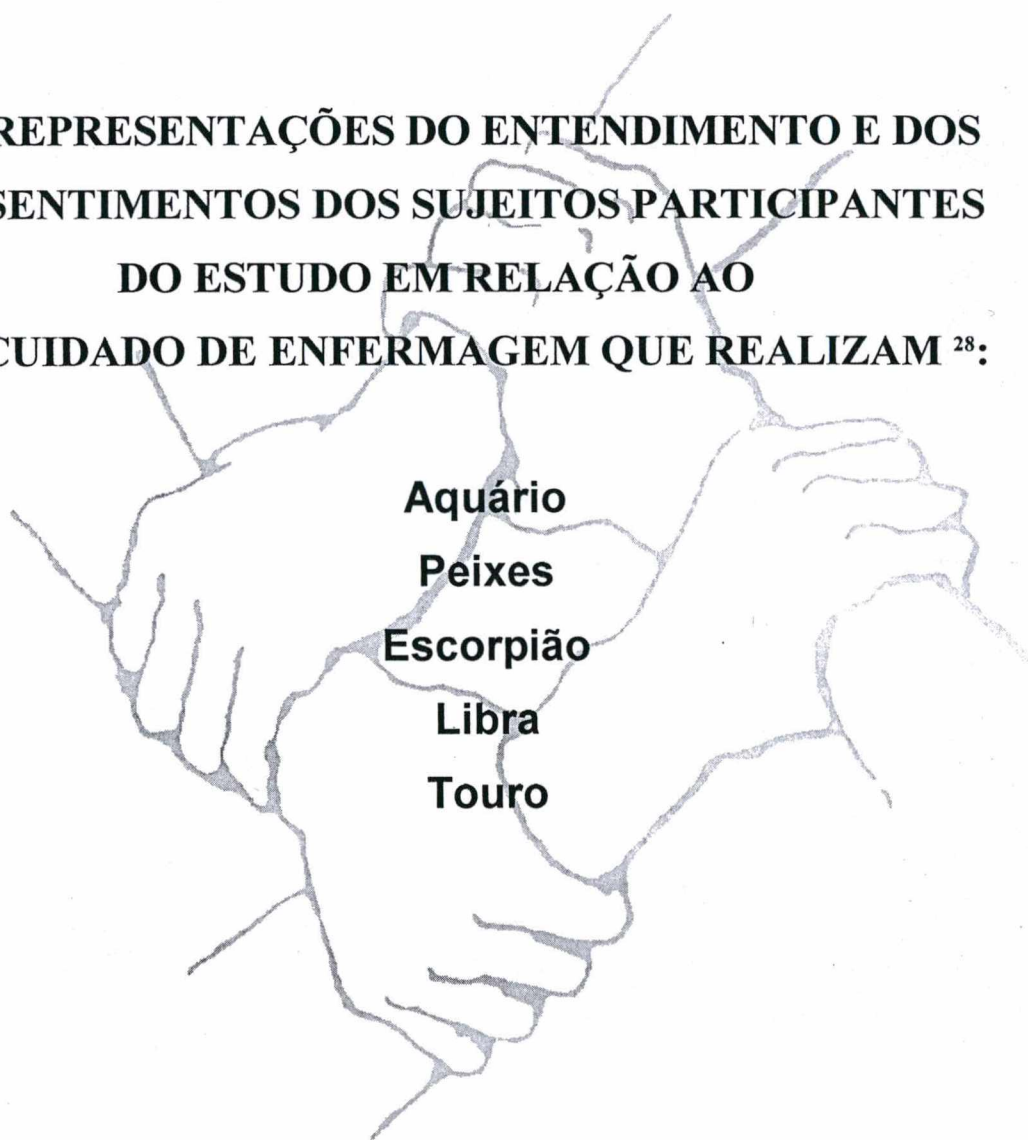


oado,
mais
am

A família Lee: 8 000 dólares gastos na viagem ao Pantanal

ANEXO 6

REPRESENTAÇÕES DO ENTENDIMENTO E DOS SENTIMENTOS DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO EM RELAÇÃO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUE REALIZAM ²⁸:



²⁸ Para garantia do anonimato dos participantes, os registros caligráficos das representações foram substituídos por elementos de digitação.



Representação 1 (Aquário):

Eu sinto que o meu cuidado não é aquele que eu queria e poderia fazer. Eu escolhi como imagem dessa minha reflexão um monte de latas amassadas, porque é assim que eu me sinto as vezes, achatada por todos os lados. Ainda, eu botei um tanque mirando nele mesmo por que eu penso que a gente está, muitas vezes, se colocando em perigo pelas próprias coisas que faz ou que mandam a gente fazer. É assim que a gente está, sempre se policiando e sempre na mira da alguém. Então, as vezes, eu me sinto uma morta viva como está escrito aqui. A gente quer fazer alguma coisa, mas não sabe se está agradando ou não. A gente está sempre a espreita de que vá acontecer alguma coisa. O nosso trabalho não é uma coisa tranquila e gostosa de fazer. Eu me sinto mal do jeito que está o cuidado que eu faço e pelo jeito que estão tratando a enfermagem.



Mortos e vivos

Representação 2 (Peixes):

Eu coleí aqui para representar o meu cuidado e como eu me sinto, uma foto de um rali, de um Jeep dentro da lama. Na realidade eu entendo que o meu trabalho é isso. Eu me sinto como se estivesse num poço de lama e quisesse sair para fazer alguma coisa melhor mas sem conseguir, porque esta lama me impede de sair desse buraco e crescer. Mas apesar de tudo, eu adoro o meu serviço sabe! Apesar de tudo isso, eu ainda consigo me sentir um pouco feliz e sempre tenho aquela esperança de que as coisas vão mudar e eu vou poder fazer tudo aquilo que eu sei que eu tenho capacidade e hoje não posso dar para o paciente. Tanto, que eu estou a 12 anos no hospital esperando! (risadas)



QUAL É O NORTE PARA HUMANIZAR O CUIDADO?

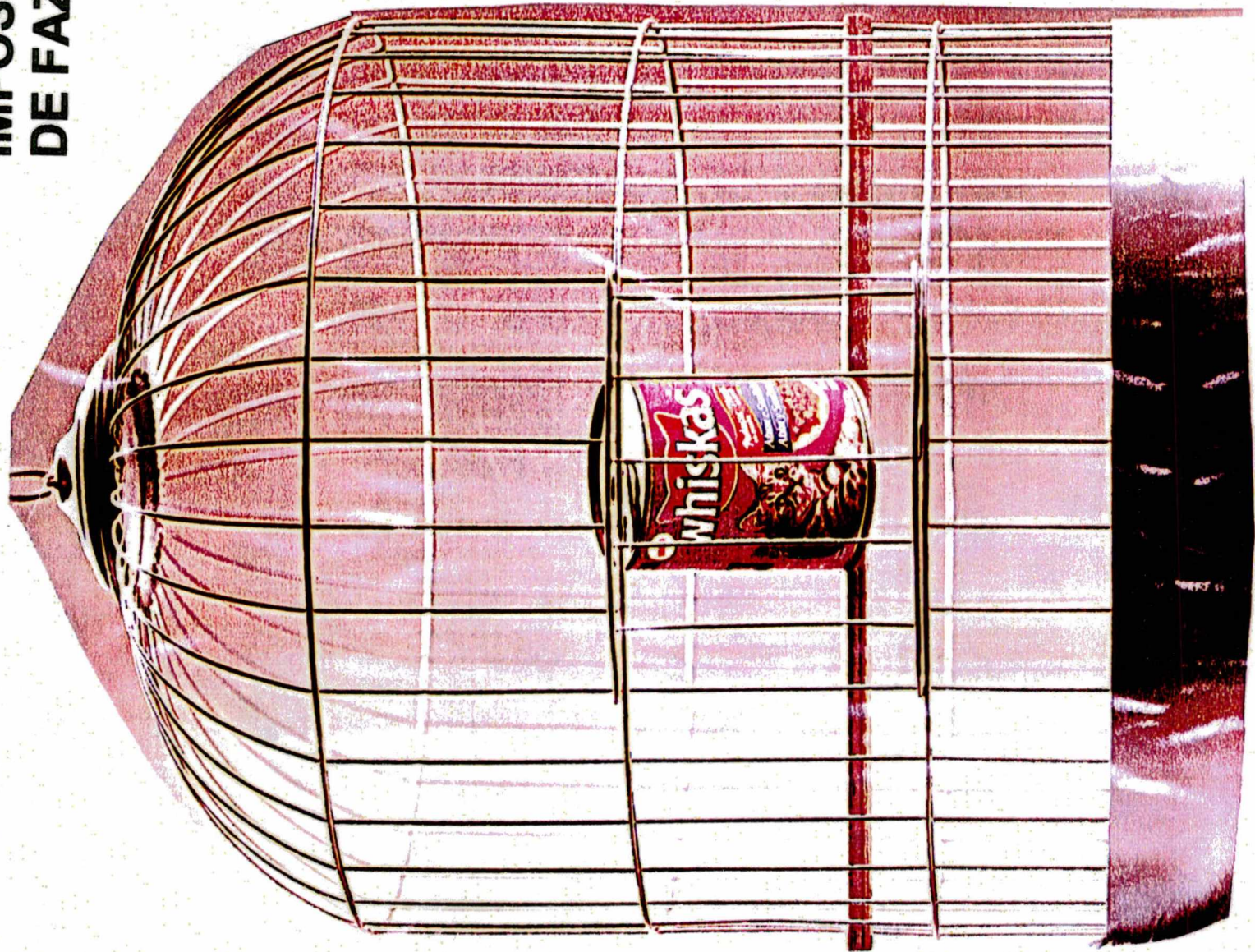


Representação 3 (Escorpião):

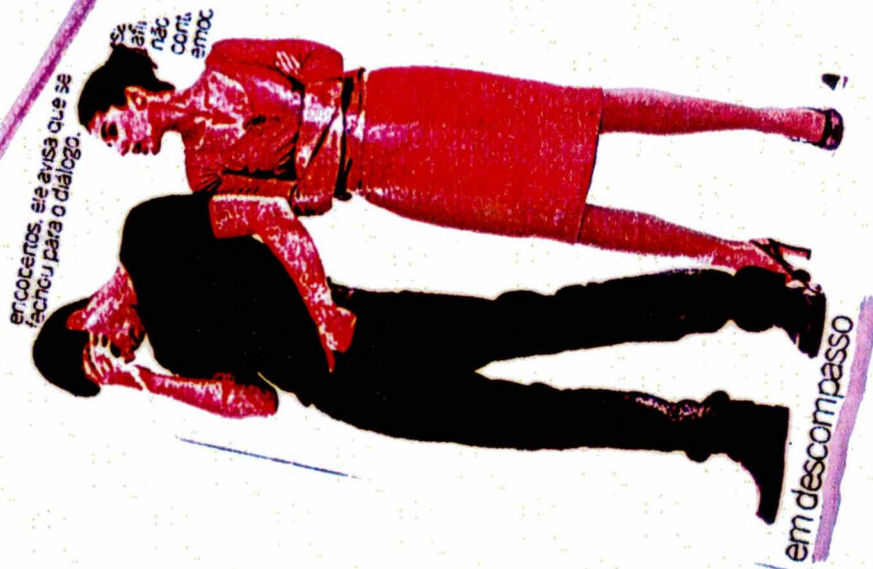
Eu simbolizei o meu cuidado e os meus sentimentos com um ponto de interrogação e uma pergunta. O que é melhor? O que devemos fazer para melhorar o nosso cuidado? Onde está a humanização? Eu me sinto meia perdida. As vezes, eu acho o meu cuidado é bom, outras vezes não. As vezes, eu me sinto satisfeita, mas na maioria das vezes eu sinto que falta alguma coisa para eu ser um profissional melhor. Eu acho que esse caminho está na humanização, minha e do que eu faço. Mas de que jeito que isso vai acontecer é que eu não sei. Por isso, a minha representação é uma interrogação e uma pergunta.

IMPOSSIBILIDADE DE FAZER

OPRESSÃO



Representação 4 (Libra):
Eu sei que o meu cuidado não é bom. Eu sei que eu tenho capacidade para fazer melhor, mas como as coisas estão, não dá como deveriam. Eu me sinto frustrada por querer e não poder fazer as coisas muita gente. Me sinto enjaulada, pressionada e podada por se mexer, não pode fazer nada, só tem que obedecer. Daí fica este descompasso no cuidado.



FRUSTRAÇÃO

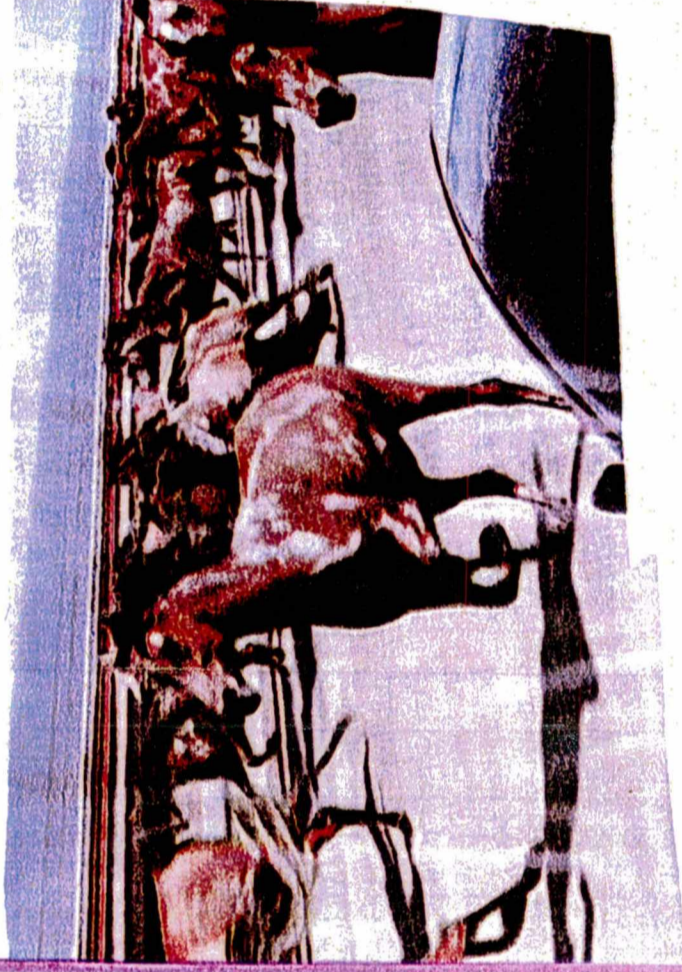
Representação 5 (Touro):

Assim, eu também me sinto como as gurias. Eu sinto que eu poderia fazer mais e de um jeito melhor, que o meu cuidado não é bom como poderia ser. Eu consigo ver a gente assim, cada um na sua, cada um fazendo suas coisas de maneira bastante limitada, não conseguindo ultrapassar os limites do seu setor. Cada um está cuidando de si, do seu bem estar para conseguir sobreviver na empresa. Não existe aquela busca como um grupo ou uma equipe. Cada um busca, do sei jeito, não se envolver em conflitos e em desavenças. Como diz a ... (nome da colega participante), eu também me sinto enjaulada, confusa e insegura. A gente não sabe o que está acontecendo no nosso hospital, não nos passam nada. Eles não nos informam o que realmente está acontecendo neste período de crise e de mudanças, principalmente agora com a Universidade. A falta de informações deixa a gente com confusa e com medo do que vem pela frente. Na verdade, isso se torna um problema. Nós deveríamos ser as primeiras pessoas a saberem o que está ocorrendo e isso não acontece. Nos falta muita informação neste sentido. Então, a nossa relação com a realidade do hospital é bastante confusa e é lógico que isso acaba interferindo no nosso cuidado. Eu penso assim, que a nossa atuação está baseada no "cada um na sua" e no "me ame ou me odeie" que é o que a nossa administração nos passa. Está todo mundo correndo em busca de alguma coisa que nós, na verdade, nem sabemos o que é. Assim, para a gente poder trabalhar direito, fazer esse cuidado bem feito, muita coisa tinha que mudar. A gente se sujeita a tudo isso por que quer sobreviver no trabalho, por que precisa dele.



CADA UM NA SUA

Me ame ou me odeie.



ANEXO 7

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PEN
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES / UFSC / FAPERGS - UPF

REFLETINDO SOBRE
A QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
o resgate do poder como uma proposta transformadora

Adriana Ribeiro Martins Madalosso (mestranda)
Zuleica Maria Patrício (orientadora)

DIÁRIO DE CAMPO

TIPO DE ATIVIDADE DESENVOLVIDA:	OBJETIVO DA ATIVIDADE:	CODINOME DO PARTICIPANTE:
DATA:	HORÁRIO:	LOCAL:
DESCRIÇÃO	ANÁLISE 1	ANÁLISE 2