

**Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem**

Alesandro Teixeira Moraes

**"O cotidiano do cuidar de enfermeiros em
um hospital da Zona da Mata Mineira:
compreendendo o dia a dia do fazer
enfermagem"**

Juiz de Fora
2014

Alesandro Teixeira Moraes

"O cotidiano do cuidar de enfermeiros em um hospital da Zona da Mata Mineira: compreendendo o dia a dia do fazer enfermagem"

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves

**Juiz de Fora
2014**

Alessandro Teixeira Moraes

"O cotidiano do cuidar de enfermeiros em um hospital da Zona da Mata Mineira: compreendendo o dia a dia do fazer enfermagem"

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde Enfermagem

Data da defesa: ____/____/____

Resultado: _____

Banca examinadora:

Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves (Orientador) – Presidente

Prof.^a Dra. Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva

Prof.^a Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

Suplentes:

Prof.^a Dra. Moema Borges

Prof.^a Dra. Teresa Cristina Soares

Juiz de Fora
2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e Jesus Cristo por possibilitar a mim todas as dádivas alcançadas e aquelas não alcançadas, pois tive o privilégio de vivenciá-las.

Agradeço a meus pais que souberam lutar e com todo sacrifício, inteligência e iluminação, fizeram fáceis os caminhos da minha vida. Agradeço a vocês, por tudo que contribuíram em minha vida.

Aos meus irmãos, que sempre estão comigo, mesmo distantes, servindo de apoio, alegria e sempre renovando o sentido da família.

Aos meus sobrinhos, que representam grande alegria em minha vida.

A minha esposa, que sempre trouxe fé, inspiração e apoio em minha vida. Muito obrigado por me apoiar e me presentear com nosso filho.

Ao meu filho João Vitor, que ainda não nasceu, mas já possuí meu amor e me serve de inspiração para continuar.

Aos amigos e amigas que passaram em minha vida, sempre plantando ensinamentos e me ajudando a ser uma pessoa melhor.

Aos profissionais da saúde, mestres e pacientes, por tudo que me ensinaram e continuam me ensinando. Sem vocês esse projeto não seria possível.

Ao meu orientador Marcelo, que soube como ninguém exercer o verdadeiro sentido da palavra professor, amigo e companheiro. Agradeço a você por ter me ensinado a trilhar os caminhos desse maravilhoso processo de aprendizado, me apoiando e compreendendo em todos momentos.

RESUMO

MORAES, A.T. O cotidiano do cuidar de enfermeiros em um hospital da Zona da Mata Mineira: compreendendo o dia-a-dia do fazer enfermagem. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014

A enfermagem, profissão que tem como essência o cuidar do outro, precisa de ser analisada a luz de seu cotidiano para que haja uma análise mais fidedigna de como esse cuidar ocorre no dia a dia dos profissionais. Percebi, ao longo da vivência profissional, que os enfermeiros passam por situações diversas no cotidiano de seu ambiente hospitalar, muitas delas trazendo dificuldades para a ação do cuidar. Muitas dessas adversidades acabam por afastá-lo de seu foco do trabalho, impactando negativamente em sua profissão e satisfação profissional. Traço como objetivo deste estudo compreender o cotidiano do cuidar dos enfermeiros em um hospital sediado na zona da mata mineira, suas relações com o paciente, instituição, sociedade e até mesmo com a equipe de enfermagem. Para isso utilizei a metodologia qualitativa e obtive as informações por meio de entrevista semi-estruturada, tendo sido o desenvolvimento do estudo pautado na sociologia do cotidiano. Esta considera o alvo da investigação em sua real dimensão do mundo vivido, a partir da fala e sentimentos dos sujeitos. Fundamentado no marco teórico da sociologia do cotidiano de Michel Maffesoli, busquei a compreensão do cotidiano do enfermeiro, suas reflexões sobre o fazer enfermagem e como este se impacta na assistência ao paciente. Além disso, o estudo busca criar um espaço para análise das posturas adotadas pelos enfermeiros em seu cotidiano, compreender esse dia a dia do fazer enfermagem, o que pode fomentar dados para uma análise mais profunda desse cuidado prestado, podendo ajudar a construir um modelo mais consolidado da prática profissional, a fim de possibilitar uma maior valorização da enfermagem. Conseguimos definir falas que remeteram a quatro categorias, as quais demonstraram ora satisfação, ora angústia profissional, trazendo a variedade de sentimentos envolvidos no cotidiano do enfermeiro.

Palavras-chave: cotidiano; cuidado; enfermagem.

ABSTRACT

MORAES, A.T. O cotidiano do cuidar de enfermeiros em um hospital da Zona da Mata Mineira: compreendendo o dia-a-dia do fazer enfermagem. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014

The nursing profession that has as its essence the care of the other, needs to be analyzed light from his quotidian so there is a more reliable analysis of how this care occurs in everyday professionals. I realized along the professional experience, that nurses go through various situations in their quotidian hospital environment, many difficulties in bringing the action of caring. Many of these adversities eventually remove him from his focus of work, impacting negatively on their profession and job satisfaction. Trace this study aimed to understand the quotidian care of nurses in a hospital based in the mining area kills, its relationship with the patient, institution, society and even the nursing staff. For this I used the qualitative methodology and obtained information through semi-structured interviews were guided the development of the study in the sociology of quotidian life. This research finds the target in its real dimension of the lived world, from speech and feelings of individuals. Based on the theoretical framework of the sociology of quotidian Michel Maffesoli, I sought to understand the daily life of nurses, their reflections about doing nursing and how it impacts on patient care. In addition, the study seeks to create a space for analysis of postures used by nurses in their daily lives, understand that quotidian doing nursing, which can foster data for deeper analysis of care provided, and can help build a model more consolidated professional practice, to enable a greater appreciation of nursing. Able to define lines that returned the four categories, which sometimes showed satisfaction, sometimes professional distress, bringing the variety of feelings involved in daily nurse.

Keywords: quotidian; care; nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	O SURGIMENTO DA ENFERMAGEM MODERNA E SUA CONSOLIDAÇÃO NO BRASIL	13
2.2	O CUIDADO COMO EIXO CENTRAL DO TRABALHO DA ENFERMAGEM	21
2.3	A SOCIOLOGIA DO COTIDIANO E O CUIDADO HUMANO	25
3	METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	31
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	34
4.1	O COTIDIANO VITALISTA QUE AFASTA O ENFERMEIRO DO CUIDAR	36
4.2	O COTIDIANO FRAGMENTADO DO ENFERMEIRO: DIFERENÇAS ENTRE O IDEALIZADO E O VIVIDO PELO PROFISSIONAL	44
4.3	“NO FUNDO DAS APARÊNCIAS”: A SATISFAÇÃO COM O TRABALHO	53
4.4	O “ESTAR JUNTO COM”: OPORTUNIDADE DE MOTIVAÇÃO DO ENFERMEIRO	65
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE: Termo de consentimento livre e esclarecido	84

1 INTRODUÇÃO

Em minha atuação enquanto enfermeiro vivenciei inúmeras situações onde encontrava dificuldade para realizar uma assistência de enfermagem que fosse prazerosa tanto para mim quanto para meus colegas de serviço e pacientes por nós assistidos. Nesses onze anos de formado passei por muitas situações onde percebi o quanto o enfermeiro ainda necessita ser melhor valorizado, aprimorar suas ações, conquistar melhor seu espaço, se fazendo presente e essencial para assistência ao paciente.

Com base nesse caminhar e em todos os acontecimentos experimentados, tentei interpretar o dia a dia do enfermeiro no ambiente hospitalar. Esse ambiente foi escolhido por ser o espaço onde desenvolvo minhas atividades profissionais e experimento a realidade objeto deste estudo e posso perceber mais efetivamente os sentimentos velados nos relatos dos enfermeiros entrevistados.

Tendo como objeto de trabalho o cotidiano de enfermeiros no cuidar, procurei analisá-lo através de uma compreensão de suas implicações na prática do cuidado e todas as variáveis envolvidas para sua realização. Faço aqui a ressalva de que esse cotidiano não é um simples agir, um fazer meramente técnico, mas sim compreende uma série de atitudes por parte do enfermeiro, bem como sua postura perante as dificuldades enfrentadas em seu dia a dia da profissão.

Para compreender esse dia a dia do enfermeiro, busquei auxílio nas falas de Michel Maffesoli (1998), quando este autor colocou seu olhar no cotidiano, valorizando as pequenas coisas, o agir, o vestir, a banalidade de todo dia. Neste sentido, a aparência, as roupas, o que consideramos como “aparentemente insignificante” pode apontar o verdadeiro sentimento escondido por trás das falas e atitudes do profissional, os reais elementos que permeiam o seu agir, o seu cuidar perante o paciente.

Maffesoli (1998) comentou esse valor do cotidiano, antes oprimido pelos pensamentos da modernidade, que tendia a homogeneizar os indivíduos, com ênfase apenas em um valor, uma atitude, na busca pelo fazer, pelo cumprimento de tarefas, não se importando com a diversidade das coisas e dos indivíduos. Atualmente, vive-se sob a influência dos conceitos trabalhados na pós-modernidade, entendida pelo autor como a valorização da complexidade das coisas, dos múltiplos valores de cada indivíduo, de cada sociedade, de cada “tribo” como o próprio autor coloca em suas discussões.

Ainda enfatizando a importância da mudança do pensamento moderno para o pós-moderno, apoio-me em Maffesoli quando este colocou que, no mundo pós-moderno, o que tem valor é a aparência, a futilidade e a banalidade das coisas, pois essas pequenas coisas do cotidiano é que dão razão e sentido para as pessoas, pois através das pequenas coisas do dia a dia é que encontramos o sentido de nossa vida, nossa existência (NOBREGA et al, 2012).

Desta forma, procurei compreender o papel e a atuação do enfermeiro, detentor de múltiplas funções, que deve voltar sua prática para os diversos cuidados com o indivíduo, buscando alcançar sua verdadeira necessidade de saúde, com o objetivo de facilitar a conquista de seu bem-estar necessário.

Entretanto, devido à grande influência do tecnicismo moderno, esse profissional também recebe uma constante cobrança para o cumprimento de tarefas administrativas e com cunho meramente burocrático, muitas vezes exigido pela própria instituição de saúde, o que faz com que o tempo disponível para o cuidado com o paciente seja reduzido. Como já destacado por Gelbcke (2011, p. 117), quando afirma que “a formação da enfermeira privilegia a assistência direta e o gerenciamento da assistência. No entanto, o mercado de trabalho espera que a enfermeira realize o controle burocrático da instituição”.

Esse mesmo autor salienta a necessidade do papel da enfermeira em relacionar suas atividades gerenciais com o cuidado do indivíduo, visto que essa tarefa é a essência de nossa profissão (GELBCKE, 2011). Encontrei o respaldo científico necessário para destacar a importância do cuidado com o paciente na teoria humanística de Paterson e Zderad (GEORGE, 1993), onde as autoras enfatizam que o cuidado ocorre quando há uma experiência vivida entre dois ou mais indivíduos.

Segundo essas autoras, o enfermeiro, no contato com o paciente, ajuda-o a buscar por seu bem-estar por meio de escolhas próprias, de sua autopercepção. Entretanto percebo, no nosso dia a dia, que alguns profissionais encontram-se afastados desse cuidar, do estar com o outro, desenvolvendo suas atividades de forma adversa a esse cuidado.

Como consequência disso, pude encontrar enfermeiros que não conseguem atingir a totalidade de seus objetivos com relação aos seus pacientes, alcançando resultados incompletos, o que traz insatisfação profissional e ausência do vínculo verdadeiro entre paciente e cuidador. “O fazer imediato é pautado por regras, normas, prescrições generalizantes, ou seja, trata-se de um cuidado dicotomizado, em que parte

da equipe pensa e parte realiza o que foi prescrito. Será esse o cuidado integral da enfermagem?” (GELBCKE, 2011, p. 117).

Além dessa dificuldade citada, percebo que outras situações também podem influenciar negativamente a atuação do enfermeiro, que deveria ser visto como líder da equipe e utilizar essa liderança para alcançar excelência no cuidado prestado ao paciente (KIAN, 2011). Fatores como má remuneração, sobrecarga profissional, falta de recursos materiais e humanos podem ser citados como alguns dificultadores para a realização desse cuidar, contribuindo para o distanciamento do enfermeiro no que se refere ao cuidado direto ao paciente.

Como afirmou Kian (2011, p. 727):

Na fala dos enfermeiros, se percebe que muitos aspectos negativos têm a ver com questões relacionadas ao processo de trabalho exaustivo, tais como: carga horária elevada; turnos diferenciados das demais profissões; alta demanda de serviços, dentre outros.

Aparentemente, essa insatisfação e as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros estão presentes no cotidiano desses profissionais, podendo acarretar prejuízo na promoção dos cuidados necessários aos pacientes. Também comecei a questionar, baseado no cotidiano dos enfermeiros, se existem alguns fatores que poderiam trazer maior dificuldade na prestação desse cuidado direto, fomentando um estudo qualitativo sobre as consequências que esse cuidar indireto poderia trazer tanto para o profissional quanto para o indivíduo que necessita de atendimento.

Tenho percebido, no meu cotidiano profissional, que a prática da enfermagem está se desvinculando do seu objeto principal de trabalho: o cuidado ao paciente. Percebo o enfermeiro com uma postura cada vez mais distante desse cuidar, com uma atitude estanque frente às necessidades próprias de sua profissão e das pessoas que dela necessitam. Por inúmeras vezes, me deparei com profissionais que ocupam a maior parte de sua atividade laboral com funções burocráticas, ficando o paciente à margem do processo do cuidar.

Muitas vezes, pude perceber situações em que fica evidente a falta de disposição do enfermeiro para esse cuidar, para estar junto com o outro, partilhar com ele suas angústias, aflições e necessidades. Por consequência, esse profissional deixa de assumir uma postura de liderança frente a sua equipe, não sendo reconhecido como tal, o que possibilita a fragmentação do cuidado, desestímulo da equipe e piora no cuidado prestado ao indivíduo necessitado.

Interpreto esse agir profissional como sendo um fator limitante na valorização da profissão, que pode trazer vários impactos no reconhecimento do enfermeiro, e se refletir em um olhar marginalizado do paciente e de sua equipe. De forma mais ampla, a sociedade passa a não o reconhecer como profissional essencialmente prestador de cuidados, ficando a enfermagem marginalizada no pensamento coletivo do cuidado (PATERSON e ZDERAD, 1976).

A partir do momento em que se posiciona distante do paciente, poderá facilitar o afastamento da enfermagem do seu objeto de trabalho, abrindo espaço para que o cuidado seja realizado por outro profissional. Esta atitude desmedida pode permitir a desvalorização da profissão, além de causar o sucateamento do complexo processo do cuidado realizado pelos profissionais que prestam ou deveriam prestar o atendimento. Além disso, abre-se espaço para que o próprio paciente entenda que será acolhido e seus problemas resolvidos predominantemente por outros profissionais, que não o enfermeiro.

As consequências de tais pensamentos podem ser limitantes para a enfermagem, que corre sério risco de ser posta à margem do processo de cuidar, afastada do conjunto das profissões minimamente necessárias para a prestação de cuidado ao paciente em seu processo de cura, reabilitação e bem-estar. Essa perigosa conclusão pode passar a não ser restrita a um indivíduo, mas começar a ecoar nos diversos setores da sociedade, desestruturando ainda mais os alicerces que fazem a enfermagem ser reconhecida como profissão, ao se afastar desse seu objeto de trabalho, entendido como o cuidar do outro.

Com o objetivo de compreender melhor todas as dinâmicas envolvidas no processo de cuidar do enfermeiro, suas relações com o paciente, instituição, sociedade e até mesmo a própria equipe de enfermagem, optei por desenvolver este estudo, pois pretendo compreender como ocorre o cuidar no dia a dia de enfermeiros de um hospital da Zona da Mata Mineira.

Por meio deste estudo, poderei compreender melhor o cotidiano do enfermeiro, além de tentar conhecer os possíveis acontecimentos e pensamentos sobre o fazer e o cuidar na prática da enfermagem envolvida nesta realidade.

A análise desse cotidiano não se restringe apenas à busca de melhorar a atuação do enfermeiro, mas também de abertura de novas possibilidades sobre o fazer da enfermagem, sobre como o enfermeiro está se colocando frente às atividades inerentes à sua profissão e como seu fazer impacta na assistência prestada ao paciente.

O estudo busca criar um espaço para análise do agir adotado pelos enfermeiros em seu cotidiano, compreender melhor esse dia a dia do fazer enfermagem, bem como conhecer mais profundamente como se dá o cuidado prestado por esses profissionais. Tal análise pode colaborar, ainda que de forma incipiente, com a construção de um modelo mais consolidado da prática profissional, trazendo uma maior valorização da enfermagem.

O entendimento do cotidiano dos enfermeiros, bem como de seu processo de cuidar e correlações com a profissão torna-se essencial para consolidação da enfermagem como profissão, como ciência e como uma disciplina.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SURGIMENTO DA ENFERMAGEM MODERNA E SUA CONSOLIDAÇÃO NO BRASIL

Com o objetivo de compreender melhor o cotidiano da enfermagem no hospital e nossa própria profissão, entendi que seria essencial a busca de conhecimento acerca de nossa história e sobre como os acontecimentos ocorridos no meio hospitalar podem ter influenciado nossa condição atual de trabalho. Apesar da dificuldade, já detectada por Bruno (2012), de encontrar estudos que mostrem a relação da enfermagem com a área hospitalar, pude aqui fazer uma análise baseada nos artigos encontrados.

Foi analisado por Bruno (2012, p.22), em seu estudo sobre a trajetória histórico-política da enfermagem num hospital universitário, quando esta valoriza o conhecimento da história de nossa profissão:

Apontam que a proposta da história social da Enfermagem implica reavaliar a posição da arte e da ciência do cuidado no âmbito social, fato que tem marcado o reconhecimento da importância do passado como possibilidade de retomada de percursos interrompidos e de avaliação de caminhos percorridos. E acrescentam que mesmo pouco explorada, a pesquisa em história social da Enfermagem, tem revelado uma consciência crítica no referente à elaboração de novas formas de percepção e apreciação da realidade na profissão.

Ainda no que tange à importância do conhecimento histórico de nossa construção enquanto profissão, em pesquisa realizada com estudantes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Carrijo (2012) apontou para a importância deste estudo para a construção da própria identidade profissional.

Nesse sentido, procurei aprofundamento em alguns estudos que pudessem trazer a história da enfermagem hospitalar, desde seu nascimento até os dias atuais, com intuito de buscar uma melhor compreensão sobre como nossa profissão foi e está sendo construída nesta área de atuação. Os fatos e as ocorrências relevantes percebidas durante o estudo serão apontados a seguir.

Devido ao próprio instinto de proteção e cuidado para com a sua espécie, o ser humano sempre procura maneiras de transformar o meio em que vive em um ambiente propício a sua sobrevivência e conforto.

Segundo Nietzsche (2000), as primeiras práticas de saúde e de cuidado eram instintivas, realizadas nas próprias moradas dos indivíduos, com as mulheres

executando aquelas atividades relacionadas ao cuidar como banho, proteção contra o frio, alimentação, entre outras. Vale lembrar que o cuidar como foco da enfermagem, segundo essa mesma autora, pode ser relacionado a essa época e está vinculado ao gênero feminino, uma vez que eram as mulheres que realizavam os cuidados necessários aos indivíduos doentes e aos membros da família.

Segundo o livro “História e evolução dos hospitais” (BRASIL, 1965), existem relatos, datados de vários séculos antes de Cristo, da existência de locais, na Babilônia, no Egito e por todo o Mediterrâneo, destinados a tratamento e cura de doentes, os quais funcionavam semelhantemente ao que hoje são os hospitais.

A prática do cuidado sempre foi intrínseca às atividades do homem, que construiu seu ambiente e foi, ao longo do tempo, aprimorando maneiras para que esse cuidar ocorresse. Em seu livro “Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria”, Leloup (1997) mencionou a forma como o filósofo Fílon atendia os doentes em seu templo de Alexandria. Utilizava procedimentos que fortalecesse a recuperação do indivíduo, cuidando de sua alimentação, hidratação, espiritualidade, por meio de métodos simples, mas de grande densidade, que traziam muita harmonia e satisfação para os que ali se tratavam.

No século V, o crescimento das cidades, estimulado a partir do artesanato, trouxe aumento da incidência de problemas vinculados à saúde da população e, por conseguinte, uma maior carência de pessoas que soubessem prestar cuidados aos enfermos, além da necessidade de criação de locais voltados para a execução dessas atividades. Surgiu a palavra hospital, que vem do latim *hospitalis* e tem sua origem a partir do termo *hospes* (hóspedes), que era destinado a receber pessoas que não tinham família, peregrinos e doentes que necessitavam de lugar para se tratar. Em 549, na França, o Hôtel Dieu de Lyon foi o primeiro a exercer essa função, servindo de marco inicial para outros locais com o mesmo objetivo (BRASIL, 1965).

Até o século XVIII, independentemente do local onde eram realizados, os cuidados estavam relacionados com atividades místicas, religiosas, e acreditava-se que a doença era causada por algum “espírito ou por castigo de alguma divindade”. Não existia uma explicação lógica para a causa das doenças e as práticas dos cuidados eram realizadas de forma empírica. Até nesse momento, a enfermagem tinha suas atividades voltadas para a prática domiciliar de partos e cuidados de baixa complexidade (GEOVANINI, 1995).

No livro “Cuidado humano: o resgaste necessário”, Waldow (1998) explica que o cuidar muitas vezes sofria influência do misticismo na Antiguidade e, após a era cristã, tem seu foco na dimensão de caridade, amor ao próximo e sacrifício pelo outro. O cuidado ainda era realizado por pessoas religiosas, leigas, desprovidas de valorização pela sociedade, sendo executado preponderantemente pelo sexo feminino; essas cuidadoras enxergavam a ação de cuidar como uma “espécie de missão, meio de salvação e libertação dos pecados” (NIETSCHE, 2000).

De acordo com Caponi (2000, p. 15), a pessoa que exercia o cuidado era a chamada “mulher consagrada”, dama da caridade, com dons divinos, voltada para assistência caridosa dos mais necessitados. Essas práticas compassivas não eliminam a pobreza e acabam por reforçar a necessidade de caridade do outro, transformando o ato de cuidar do mais necessitado em um círculo vicioso constante (CAPONI, 2000).

Para Bruno (2012, p.26):

A idade Média, entre os séculos V e XIII, corresponde ao aparecimento da Enfermagem como prática empírica, desenvolvida por religiosos e quase sempre realizada por mulheres, estando o trabalho de Enfermagem na sua origem associado ao trabalho feminino que era pouco valorizado socialmente.

Segundo Geovanini (1995), não muito diferente dessa prática, nos hospitais, as atividades da enfermagem eram realizadas por feiticeiros, mulheres consideradas impuras pela sociedade ou religiosas.

Havia a orientação de que o serviço prestado aos necessitados era obrigação das pessoas que buscavam a sua própria salvação, influenciando a realização dos cuidados como obrigação de caridade cristã e salvação eterna.

Um grande marco que apoia essa expansão da “enfermagem” foi a criação de hospitais para atendimento aos peregrinos e feridos das expedições religiosas chamadas Cruzadas, nos séculos XI e XII, em que a conotação religiosa e o trabalho caridoso eram as premissas para o cumprimentos dos cuidados.

Bruno (2012, p.45) ressaltou que “muitos peregrinos e soldados ficaram feridos e precisaram de cuidados, culminado na edificação de hospitais e recrutamento de cuidadores”.

No início das atividades da saúde pré-moderna (antes do século XVIII), a enfermagem tinha suas atividades de cuidado submissas ao poder do clero ou de pessoas que gerenciavam os hospitais da época, mesmo que estas não detivessem quaisquer conhecimentos da área da saúde (FOUCALT, 2012).

Nesse período, os cuidados ainda eram dispensados empiricamente, destituídos de conhecimentos científicos. Basicamente, a enfermagem realizava o atendimento aos pacientes de acordo com a necessidade de cada indivíduo, ficando este à sorte do acaso, aguardando que seu corpo se restabelecesse por sua própria dinâmica (NIETSCHE, 2000; OGUISSO, 2007).

A partir do século XVIII e, posteriormente, com o advento de conhecimentos na área da saúde (entre eles a descoberta dos micro-organismos), a enfermagem começou a fundamentar o cuidado, mesmo que por meio de determinação médica, em orientações científicas e observação. Entretanto, a profissão ainda se encontrava distante de construir sua própria área de conhecimento (FOUCALT, 2012).

Com o advento dos séculos seguintes, em decorrência de mudanças profundas na economia, comércio, religião e política, além do aparecimento de novas tecnologias, começam a ser percebidas transformações também na área da saúde. É o período conhecido como Renascimento (compreendido entre os séculos XIV e meados do século XVII), em que há um grande progresso intelectual, com mudança para um pensamento questionador, experimental, observacional, com foco nos conhecimentos científicos (CAPONI, 2000).

Nesse período, havia um olhar voltado para procedimentos de observação dos eventos, experimentação e estudos direcionados para o corpo, mudando o rumo da medicina, considerada agora uma profissão. Nesse mesmo período, a enfermagem continuava estagnada no que tange aos avanços científicos, focada ainda em prestar caridade aos necessitados (FOUCALT, 2012).

Segundo estudo realizado por Bruno (2012, p.46):

Em 1534, Henrique VIII, consumou a separação, criando a igreja Inglesa Anglicana, que tornava o rei da Inglaterra o chefe supremo da religião no país. A expulsão dos religiosos católicos de mosteiros e conventos da Inglaterra desencadeou uma grande e prolongada crise nos hospitais e abrigos de pobres, doentes e órfãos, que eram por eles cuidados. A saída dos religiosos ocorreu sem ter quem os substituísse consequentemente foi realizado um recrutamento de mulheres de rua e em prisões para cuidar dos doentes. Essa situação foi conhecida como o período negro da Enfermagem.

Nos séculos XVII e XVIII, sob a influência do Iluminismo, Revolução Industrial e inúmeros avanços científicos e econômicos da época, também o hospital necessitava modernizar-se. Segundo Foucault (2012), os primeiros hospitais a se organizarem foram os hospitais marítimos e militares, muito utilizados devido ao

mercantilismo. O operário, o soldado e a mão de obra da indústria foram considerados valiosos, necessitando de tratamento “especializado” e com alta resolubilidade.

O hospital, então, passa a se constituir em importante estrutura da sociedade, tendo o médico o papel de chefiar e administrar toda a dinâmica existente nessa instituição. A medicina ganha *status* perante a sociedade, exercendo cargos importantes em diversos setores do comércio, da política e dos conselhos. A enfermagem nesse contexto possui função predominantemente hospitalar e subalterna, conforme explicitam Prado, Stein e Pereira (2012, p.4):

A instituição hospitalar recebe, então, a função de mantenedora da força de trabalho e produtora de serviços de saúde. A Enfermagem insere-se nesta reorganização hospitalar de forma subalterna, com as enfermeiras executando o serviço que os médicos lhes permitiam ou que não queriam executar.

Começa a se desenvolver a ideia de um novo hospital, agora organizado, disciplinado, fundamentado em descobertas científicas, com a estrutura hospitalar (hotelaria, água, comida, vestuário) sendo gerenciada por um profissional médico. Este passa a fazer suas visitas aos doentes com mais frequência, o que contribuiu para efetivamente estabelecê-lo como o profissional mais importante do hospital (FOUCALT, 2012). A enfermagem existia para cumprir as ordens médicas, exercia suas atividades com intuito caridoso e de libertação da alma, mantendo uma estrutura de trabalho baseada na ordem, no cumprimento destas (NIETSCHE, 2000).

De acordo com Nietzsche (2000), em meados do século XIX, Florence Nightingale trouxe a enfermagem profissional para a realidade dos hospitais, sobre forte influência do cumprimento de normas e rígido controle das rotinas a serem executadas pelas enfermeiras. Surge a enfermagem moderna, vinculada aos domínios do ambiente hospitalar, com foco em cuidados curativos, subordinada ao gerenciamento e ordem médica.

Assim, Florence dividiu a enfermagem em duas categorias profissionais: as *ladies nurses*, de famílias mais valorizadas socialmente, que cumpriam tarefas gerenciais e de fiscalização, e as *nurses*, que realizavam atividades de menor complexidade. Começava aí a divisão social do trabalho da enfermagem, que perdura até os dias atuais e que traz como consequência a separação percebida no ato de cuidar, que ficou, em sua maior parte, direcionado para os técnicos e auxiliares de enfermagem, cabendo às enfermeiras uma função mais gerencial e administrativa (CAPONI, 2000).

A enfermagem começou a se encarregar de tarefas de organização, sobre grande influência do modelo taylorista, buscando utilizar-se de normas e rotinas de forma a organizar os cuidados próprios da profissão. Nesse momento, a enfermagem começou a ser reconhecida como profissão, assalariada, sendo necessária a existência e manutenção da dinâmica hospitalar.

A partir do século XX, em plena sociedade pós-industrial, a enfermagem começou a buscar o cuidado mais amplo ao indivíduo, baseado em rotinas e técnicas, com fundamentos científicos. Percebe-se um grande aumento da produção dessas normas, o que influenciou uma enfermagem mecanizada, fechada, pouco flexível e trouxe um grande prejuízo para os profissionais da época no que se refere à sua “autorrealização” (CAPONI, 2000).

A enfermagem está fortemente influenciada pelas teorias tayloristas, com a divisão do trabalho, com categorias profissionais bem distintas, exercendo suas funções baseadas em técnicas para otimizar o serviço: é a visão mecanicista do ser humano, agora “dividido” em partes, não mais analisado no seu todo, de forma integral. (NIETSCHKE, 2000). Isso se relaciona ao fato de que a formação da enfermagem, segundo Carrijo (2012), ainda é voltada para a área hospitalar, com pouco enfoque na área preventiva e, mais uma vez, fragmentando a integralidade da atenção e do cuidado.

Segundo o livro “Origem do Hospital” (BRASIL, 1965), em meados do século XX, os hospitais brasileiros ainda enfrentavam um grave problema com o número reduzido de enfermeiras, dificultando a aplicabilidade de normas, distanciando essas profissionais da função assistencial e levando-as a assumir prioritariamente as funções gerenciais na enfermagem. O autor afirma: “Falta-nos a enfermagem técnica, indispensável para os cuidados com os doentes e que nos permita o exercício regular e eficiente da medicina, e particularmente da cirurgia, e das especializações”.

No Brasil, foi a partir da década de 50, sob a influência da pós-modernidade, que a enfermagem começou a se apropriar de um conhecimento específico, construído a partir de suas experiências e seus estudos, buscando sua autonomia e afirmação profissional na área de saúde.

Segundo Bruno (2012, p.30):

Na década de 1950, despontou a preocupação em organizar os princípios científicos que norteassem a prática da Enfermagem, procurando uma fundamentação teórica para o desenvolvimento dos procedimentos técnicos, uma vez que a Enfermagem era vista como não científica e suas ações baseadas em atos instintivos.

Começaram a emergir as teorias de enfermagem, trazendo consigo uma identidade própria da enfermagem, que busca sua emancipação política e social, almejando sua autossatisfação enquanto ciência e profissão do cuidado (NIETSCHE, 2000).

Cabe ressaltar aqui o que afirmou Bruno (2012, p.34) sobre esses avanços quando comenta os novos conhecimentos trazidos por Wanda de Aguiar Horta:

Assim, sugeriu um método denominado “Processo de Enfermagem”, composto de seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de Enfermagem. A autora define esse “*Processo*” como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, de forma planejada para alcançar suas necessidades específicas, sendo então redigido para que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso a esse plano de assistência.

Considerando este marco histórico da enfermagem, destaco os dizeres de Nietzsche (2000, p.154) sobre a participação dos profissionais para mudança de sua realidade:

Para mim, a liberdade não pode converter-se em “licença”, mas é essencial se ter o respeito pela liberdade do outro. Quando se fala de liberdade e emancipação, o grande desafio que se coloca ao profissional de enfermagem é como ele deve, em sua práxis, agir no sentido de fazer possível que o limite seja assumido como parte da liberdade.

A partir dessas mudanças e após influência de uma grande expansão econômica ocorrida no país nas décadas de 50 e 60, ocorreu uma enorme expansão do complexo médico hospitalar brasileiro, com enfoque para os serviços curativos e valorização dos serviços especializados. Também ocorreu uma crescente procura e utilização de uma gama variada de recursos tecnológicos na área da saúde, assim como na enfermagem (BRUNO, 2012).

Os estudos levantados apontam que, devido a esses avanços, houve uma maior cobrança às enfermeiras no sentido de que passassem a desenvolver tarefas administrativas e de controle, o que provocou o distanciamento dessas profissionais do cuidado ao paciente, do estar junto deste nas suas necessidades. Isso se deu, segundo vários autores, entre eles Basílio e Ferro (2012), pelo insuficiente número de enfermeiras.

Paralelo a esse déficit e à crescente exigência de realização de funções administrativas pelo enfermeiro, começaram a surgir as unidades especializadas nos hospitais, entre elas as unidades de terapia intensiva, que exigiam, cada vez mais, a

especialização do profissional (BRUNO, 2012). Mais tarde, essa crescente valorização das especializações e do modelo médico hospitalar foi questionada pela própria Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), quando esta criticou os currículos de graduação com fortes influências desse modelo, evidenciada em baixas atuações preventivas por parte dos enfermeiros na década de 80 e 90.

Neste período, observou-se um grande avanço na área política brasileira, bem como na esfera da saúde, com ampla luta da população por seus direitos, culminando na Constituição de 1988. Acompanhando esse movimento de lutas e conquistas, a enfermagem também buscou se colocar enquanto participante de transformações, conforme salientou Bruno (2012, p.38):

Nessa década, houve um intenso debate sobre a organização da profissão, sua estrutura e o papel desempenhado por suas lideranças. Isso gerou um movimento que mobilizou vários trabalhadores da área em todo o país, que discutiram questões voltadas para identidade profissional, composição da força de trabalho, organização e relações de trabalho entre outros pontos determinantes da atuação da categoria enquanto profissionais da saúde.

A enfermagem dos diversos níveis de atenção à saúde começou a buscar sua prática baseada em evidências (PBE), rediscutir sua dinâmica na atenção ao paciente hospitalizado e reforçar a prática do processo de assistência de enfermagem, o que evoluiu fortemente na década de 90.

Com o início do século XXI, a enfermagem busca reconstruir sua prática de forma mais ampla, mudando seu enfoque para o indivíduo e suas necessidades, muitas vezes esquecidas em meio às diversas normas, técnicas e rotinas criadas até então.

Conforme ressaltou Bruno (2012, p.41):

As prioridades elencadas no Pacto pela Saúde reforçam a necessidade de (re) pensarmos o trabalho em saúde e em particular o da Enfermagem fundamentado no princípio da integralidade da atenção, considerando a indivisibilidade das dimensões constituintes do ser humano, como também a indivisibilidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a integração dos serviços que compõem o Sistema de Saúde. Essas premissas devem nortear o trabalho da Enfermagem em todos os níveis de atenção.

A mesma autora também enfatiza estudos que mostram o grande avanço do processo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na enfermagem do novo século, com ferramentas e conhecimentos desenvolvidos em linguagens específicas da profissão como classificação das intervenções de enfermagem (NIC) e classificação de resultados de enfermagem (NOC), o que vem trazer uma melhoria

considerável no processo de cuidar da enfermeira (JOHNSON, 2012). Ainda segundo Bruno (2012, p.55): “Nos hospitais, apesar da hegemonia do médico, o que predomina até os dias atuais é o trabalho da Enfermagem que assegura o cuidado ao paciente”.

Infelizmente, percebo que ainda existe um afastamento do enfermeiro sobre o cuidado direto ao paciente, o que também foi destacado por Carrijo (2012, p.113):

O modelo hegemônico permanece sendo produzido nos espaços hospitalares, ficando a assistência prática, direta ao paciente, realizada prioritariamente por auxiliares e técnicos e as ações de supervisão, planejamento e coordenação ficam a cargo de enfermeiros, como observado atualmente.

Considerando esta e outras informações discutidas até o momento, percebi a necessidade de pesquisar como se dá o cuidado na enfermagem, objeto de seu trabalho, para compreender melhor como é o fazer do enfermeiro em suas atividades cotidianas.

2.2 O CUIDADO COMO EIXO CENTRAL DO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Como já debatido anteriormente, alguns autores ressaltam que o cuidado surge concomitante ao próprio nascimento da espécie humana, sendo esse inerente ao ser existencial. Também destacam que o cuidado está intimamente ligado ao gênero feminino, com atividades voltadas para a família e sobrevivência dos indivíduos pertencentes ao mesmo meio ou tribo (NIETSCHE, 2000).

De acordo com Waldow (1998), o cuidar está envolto em todas as atitudes do ser humano, em suas relações, sendo expresso fortemente por meio do gênero feminino, que detém sua essência, sendo transmitido e exercido na pluralidade das culturas, embora o gênero masculino, na pós-modernidade, também esteja comprometido com o ato de cuidar.

Já na enfermagem, a construção do cuidado ocorreu ao longo de seu processo de formação, interligada com as atividades inicialmente realizadas com cunho meramente caritativo, religioso e com objetivo de busca de salvação divina (ALVES et al, 2012).

Como vimos, no final do século XIX, houve um avanço importante no cuidado na enfermagem, agora instituída como profissão devido às conquistas realizadas e disseminadas por Florence Nightingale (ALVES et al, 2012). O cuidado em enfermagem passou a ter um direcionamento pautado em um conhecimento científico

dos cursos específicos existentes, mesmo que ainda dependentes e influenciados pelo conhecimento e poder do profissional médico (CAPONI, 2000).

No Brasil, após meados do século XIX, a enfermagem começou a buscar sua autonomia e reconhecimento profissional através do desenvolvimento de conhecimentos próprios, os quais pudessem embasar os cuidados prestados pelos enfermeiros: surgiram as teorias de enfermagem, com objetivo de nortear o agir e o cuidar da enfermagem (NIETSCHE, 2000).

Dando sequência a essa inigualável transformação da profissão percebemos no século XX, a partir das décadas de 60 e 70, a maior produção de teorias de enfermagem a nível mundial, as quais trouxeram o embasamento necessário para estruturar e profissionalizar o objeto de trabalho dos enfermeiros: o cuidado.

Junto com essa nova forma de atuar do enfermeiro surge o processo de cuidar de enfermagem baseado na sistematização de assistência de enfermagem (SAE), onde o cuidar do enfermeiro passou a ser direcionado por metodologias específicas, baseadas em conhecimentos próprios da profissão. O enfermeiro passa agora a agir de forma concreta, articulada e autônoma, com meios científicos próprios para direcionar, controlar e gerenciar o cuidado prestado ao outro. Conforme afirmaram Alves et al (2012, p.4): “A atuação da enfermagem articulada e baseada em evidências científicas faz do enfermeiro uma figura importante para atuar em todos os níveis da assistência”.

Vindo ao encontro desse pensamento, encontro os dizeres de Alves et al. (2012, p. 7), quando esse comenta sobre a importância dessa nova etapa para a profissão enfermagem:

A partir dos anos 80, mais precisamente anos 90/2000, identifica-se um interesse dos enfermeiros pela (re) definição de suas funções para a consolidação da autonomia profissional e o reconhecimento da sua importância nas diferentes áreas de atuação.

Entretanto, a execução das ações do cuidado é complexa e nem sempre fácil de ser realizada, pois depende de uma multiplicidade de fatores para o alcance do objetivo preestabelecido no planejamento do enfermeiro. Infelizmente, para os padrões existentes nessa época (estendendo-se até os nossos dias), o número de profissionais encontra-se como um desses fatores, sendo insuficiente para o atendimento das necessidades encontradas na realidade da saúde, dificultando a disseminação e implantação do processo de cuidar da enfermagem, pois este ocorre por meio do contato

entre o paciente e o profissional (PATERSON e ZDERAD, 1976; ARTINIAN, 2012; KESSLER e KRUG, 2012).

Infelizmente, somando-se a essa realidade, estudos mostram que ainda hoje existe a dificuldade do profissional em exercer o cuidado de enfermagem diferenciado, pois há recursos humanos desqualificados, com pouco treinamento e até mesmo sem participação ativa nas atividades básicas da profissão (LIMA et al, 2012).

Para inverter essa dura realidade o enfermeiro deve ter seu processo de cuidado executado de forma dinâmica, baseado nas interações estabelecidas entre o cuidador e o paciente (GONÇALVES, 2010). Esse cuidar deve ser construído de forma interativa, por meio do diálogo participativo e pautado na criação de um saber capaz de buscar o bem-estar do paciente e do enfermeiro (GONÇALVES, 2010). Conforme abordado por Baggio, Callegaro e Erdmann (2008), o cuidado deve ser direcionado não apenas para os sinais objetivos que percebemos nos pacientes, mas também para a subjetividade existente e necessária durante a interação na ação do enfermeiro.

Mayeroff (1971) ressaltou que o cuidado serve de crescimento pessoal, transformando não só o indivíduo doente, mas também o cuidador ao longo de sua vida e de suas experiências do ato de cuidar. Segundo esse autor, para realizar o cuidado, é preciso conhecer o outro, desvendar seus desejos e anseios, buscando oferecer e construir um estado de saúde para o ser cuidado.

Para isso, torna-se necessária a criação de um espaço de confiança, esperança, com a certeza de que existe cuidado a partir do momento em que se está com o outro, vive-se e experimentam-se com ele suas dificuldades e aspirações (PATERSON e ZDERAD, 1976).

Watson (1985) estabeleceu conceitos ampliados de cuidado, salientando que este deve extrapolar o corpo, indo além da matéria, com ênfase na espiritualidade do indivíduo. Existe, segundo a autora, uma “relação eu-tu”, em que o cuidado de enfermagem se dá através do contato existente entre o profissional e o indivíduo. A utilização pela enfermagem desse “cuidado transpessoal” vai além da cura superficial, busca atender as necessidades mais profundas e subjetivas do ser (WATSON, 1985).

Enfatizo aqui os ensinamentos de Maffesoli (1996) que destacou a importância da valorização do outro, seus hábitos, costumes, crenças e experiências vividas. Atualmente, esse cuidado, influenciado pelos conceitos da pós-modernidade, busca a relação entre as pessoas, o estar com o outro, criar experiências e metas para se atingir o bem-estar. Não necessariamente a ausência de doença, mas a busca por esse estado de

saúde se instala como foco do cuidado da enfermagem nos tempos atuais (PATERSON e ZDERAD,1976; PRADO, STEIN, PEREIRA, 2012).

Na pesquisa sobre como o cuidado está sendo visto pela enfermagem contemporânea, cabe destacar o Modelo de Intersistemas, apontado nos estudos de Artinian, West e Conger (2011), no qual a atenção prestada ao paciente passa por levantamento e avaliação do principal problema ou preocupação exposto por ele, sendo estimulada sua participação ativa no processo do cuidar. Para que esse processo ocorra, está intrínseca a participação ativa do enfermeiro, quando este se coloca ao lado do paciente, na tentativa de resolver ou minimizar os males que o incomodam em determinado momento de sua vida, com intuito de alcançar seu bem-estar.

Quanto às características da prática do cuidado, Waidman et al (2009, p.68) afirmaram que: “O processo de cuidar é baseado na interação enfermeiro e paciente, principalmente na área da Saúde Mental, onde existem ações, atitudes e comportamento que podem ser passivos ou ativos.”

Uma vez não acontecendo esse momento de interação entre os sujeitos envolvidos no cuidado haverá um período de ausência, de “esquecimento do outro”, uma vez que é através da interação entre o paciente e o enfermeiro que o cuidado se processa. Segundo Bagio et al (2009, p. 382), “o cuidado é o elo de interação/integração/relação entre profissional e cliente.”

Vale enfatizar aqui que esse cuidado se processa de várias formas, com tecnologias mais ou menos densas, com muitos ou poucos recursos tecnológicos. Nascimento (2011), analisando um estudo do modelo de promoção da saúde de Nola Pender, afirmou que a enfermagem ainda hoje utiliza instrumentos para a realização do seu cuidar, como água, massagem, sons, luminosidade, cheiros, movimentos respiratórios e até mesmo instrumentos cotidianos das pessoas.

Alguns autores ainda avançam no estudo desse processo de cuidar contemporâneo, como Romero, Angelo e Gonzalez (2012, p.4), que abordaram o cuidado prestado pelo enfermeiro por meios não convencionais como a assistência remota. O cuidado pelo telefone se configura como realidade crescente em nossas culturas, tornando-se processo de investigação e pesquisa para nossa profissão, na busca de melhores formas de interação com o paciente que está na linha telefônica. Segundo esses autores:

A construção da interação com o usuário é desenvolvimento contínuo e diferenciador, caracterizado por processos criativos permanentes na imaginação de diferentes componentes que facilitem a interação. Assim, se constrói uma nova maneira de ser profissional enquanto modifica a forma de desenvolver seu know-how, caracterizada pela sensibilidade e o bom contato (ROMERO, ANGLEO e GONZALEZ, 2012, p.4)

A partir do momento em que se faz presente o enfermeiro passa a ser valorizado, pois é reconhecido como profissional essencial no processo do cuidar, se colocando como agente transformador no ambiente onde as relações de cuidado ocorrem. Nascimento (2011, p. 71), pesquisando mulheres em trabalho de parto, inferiu que a presença e atuação das enfermeiras encontram-se reconhecidas pelas pacientes, como “estimulo para gerar uma resposta adaptativa da parturiente ao processo de nascimento, manifestada por ela em maior segurança e autoconfiança”.

Essa interação também é muito discutida por Paterson e Zderad (1976), as quais apresentaram conceitos ampliados do cuidado, baseado no estar junto, no processo mútuo de desenvolvimento de soluções, com intuito de buscar o bem-estar do indivíduo a ser cuidado. Nesse processo, há uma valorização da interação entre os dois sujeitos (profissional e paciente), com forte ligação por meio do diálogo.

De acordo com Waidman et al (2009), cuidar para enfermagem não se resume em técnicas puras, sem presença de sentimentos. O cuidado, essência do ser humano, está relacionado ao enfermeiro, que traz consigo conhecimentos e habilidades para lidar com o outro, se comunicar, interagir.

Este profissional transforma o ato de cuidar em ação profissional efetiva para transformação das condições de saúde do paciente. Waidman et al (2009, p.68) ressaltaram que a enfermagem ainda tem o empoderamento de utilizar o toque como mecanismo de cuidar, pois ele “estimula a sensibilidade e aproxima o cuidador do paciente que está sendo cuidado”.

2.3 A SOCIOLOGIA DO COTIDIANO E O CUIDADO HUMANO

O processo de cuidar na enfermagem é repleto de diversidades e interligações que precisam ser mais bem estudadas e codificadas, o que representa um desafio para os profissionais que nela atuam. A prática do cuidado nessa área ocorre, como já foi anteriormente explicitado, através do contato humano, do olhar, das atitudes de cada indivíduo em sua relação diária com o ser cuidado.

Nesse contexto, destacam-se algumas ponderações sobre esse fazer da enfermagem e seu cotidiano voltado para o cuidar humano. Maffesoli (1984), estudioso da pós-modernidade, afirmou que o cotidiano se expressa pelas atitudes diárias de cada ser humano, suas relações, valores, festividades, vestuário, interações, culturas, que trazem uma tradução da tribo onde o indivíduo está inserido, bem como de seu modo de ser e estar no mundo.

Portanto, o cuidado praticado pela enfermagem deve expressar-se levando em consideração esse cotidiano, seja no indivíduo, família ou comunidade. Conforme salientou Souza (2008, p.21): “há uma dinâmica e comunicação própria [das pessoas, com] as quais a Enfermagem precisa estar em interação para poder identificar junto às suas necessidades de cuidado”.

Esse novo olhar deve-se ao pensamento pós-moderno, que busca uma nova maneira de ver as coisas, não oprime e não esmaece a vontade do indivíduo em experimentar um novo ideal, uma nova concepção de mundo e de valores. Para Maffesoli (1998, p.13), “não se pode ter medo de tomar parte da destruição de ideais ou de teorias obsoletas, ainda que isso deva perturbar algumas sonolências dogmáticas”. Como afirma esse autor, este é o momento de o mundo utilizar-se da “filosofia do martelo”, quebrando conceitos preestabelecidos e já firmados pela forte influência da modernidade e da ciência, deixando o pensamento emergir através de novos olhares, construir uma nova maneira de ver o mundo, de cuidar do ser humano.

O momento é de um cuidado voltado para a subjetividade das coisas, de valorizar os sentidos, as experiências de cada um, de voltar-se para a cultura e vivências que fizeram e transformaram o caráter de cada indivíduo, utilizar-se de sensibilidade para que a interação possa fluir, para que o cuidado atinja as reais necessidades do ser. Conforme destacou Maffesoli (1998, p.16): “O “tom de anteontem” – o do racionalismo abstrato – já não convém, num momento em que a aparência, o senso comum ou a vivencia retomam uma importância que a modernidade lhes havia negado”.

Reafirmo aqui a quebra de um paradigma forjado nos moldes da modernidade, da razão, do racionalismo puro e que nega o sentido da existência do ser, suas habilidades, vivências, cerceia o vislumbamento de seus sentimentos. O cuidado ampliou-se, agora não mais se encontra dentro de um conceito fechado, com metas e objetivos rígidos; o cotidiano deve ser valorizado.

Para Maffesoli (1998, p.31):

Com efeito, a característica essencial do racionalismo é bem essa maneira classificatória, que quer que tudo entre em uma categoria explicativa e totalizante. Assim é negada a exaltação do sentimento de vida que, em qualquer tempo e lugar, é a principal manifestação do ser.

Para a enfermagem, a pós-modernidade trouxe o olhar voltado para o cotidiano das pessoas, o valor que as pequenas coisas podem somar na realização do seu cuidado. Outros olhares se fazem necessários para que o cuidado possa atingir seu objetivo, com foco no alcance do que não é visto usualmente, não tem muito valor. A pós-modernidade traz um cuidado voltado para o que está subjetivo, intrínseco, como é o caso da comunicação não verbal, tão essencial na interação para o enfermeiro. Segundo Maffesoli (1998, p.48), o cuidado “comporta também aquilo que chamamos de comunicação não verbal, coisa bem delicada de apreender com precisão. É o domínio do sensível, que ainda avaliamos bastante mal”.

Não se pode mais fechar os olhos para a diversidade do mundo, dos sentimentos, das relações, da flexibilidade que nos obriga a realização do cuidado. Agora o que vale é o estar junto, o dividir experiências, construir e aplicar nossos conhecimentos a partir e com o outro, valorizando suas emoções e concepções de vida (PATERSON e ZDERAD, 1976).

Percebo, no entanto, que, na realidade dos hospitais, o cotidiano dos profissionais ainda é voltado para as patologias, com forte influência do modelo biomédico, reforçando um fazer racional, objetivo, que pouco valoriza o sensível. Conforme destacou Souza (2008, p.32), “Na realidade de nossos hospitais, o ponto ainda é o indivíduo, quando não a doença, reforçando a presença dominante do modelo biomédico”.

Existe no meio hospitalar uma forte influência desse modelo, que dificulta e tenta cercear as ações da enfermagem voltada para um olhar dinâmico, subjetivo, preventivo, que valoriza o indivíduo e suas emoções, experiências, atrapalhando o cotidiano do cuidar da enfermagem (SOUZA, 2008).

Entretanto, sob forte influência da pós-modernidade, a prática do cuidado está sendo transformada, participando das mudanças que ocorrem mundo afora, sendo influenciada por novas formas de pensar, de cuidar, de vestir-se e de interagir, o que vem aumentar a amplitude e efetividade do cuidar da enfermagem.

Segundo Souza (2008, p.48):

Para muitos, esta diversidade que a pós-modernidade proporcionou, de resgatar o afetivo, a emoção, a sensibilidade que produz a liberdade de as famílias se autoconhecerem e se apresentarem socialmente, é um caos, uma vez que retira a facilidade do controle e opressão da modernidade e aproxima as famílias de viver a sua realidade, fora de modelos dominantes.

Nesse sentido, a enfermagem busca construir um cotidiano de cuidado baseado em suas próprias experiências, interagindo com as do paciente e sua família, buscando um novo agir em saúde, mais efetivo, sensível, flexível e abrangente. O cuidado passa, então, a ser construído a partir de experiências das pessoas que estão interagindo nesse processo de busca do bem-estar. “Portanto, a Enfermagem e as famílias e toda rede complexa do sistema de cuidado passam a influenciar e ser influenciadas, buscando transformações e transformando os caminhos na história humana para ser saudável” (SOUZA, 2008, p.68).

Para o alcance do resultado esperado, esse cotidiano deve se basear numa relação de confiança mútua, com liberdade e respeito, aberta as variáveis que irão transcorrer ao longo da interação enfermeira/paciente. Este, por sinal, está em situação de fragilidade, exposto a ambiente “hostil”, desconhecido, necessitando de referencial de cuidado para se colocar participativo no tratamento a que será exposto.

A enfermagem pode desempenhar esse referencial, apoio necessário para o momento pelo qual o paciente está vivenciando. Sem apoio, este se encontra frágil, sente-se perdido, desamparado. Conforme nos mostrou Souza (2008, p.63):

O fato de estar doente, estar hospitalizado [...] provoca nas famílias sentimentos de origem real ou imaginária, que se manifestam geralmente por meio de sentimentos, ações e pensamentos que podem prejudicar o enfrentamento da situação, principalmente, quando não há esclarecimentos por parte da Enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde.

É nesse cenário que a enfermeira encontra espaço para desenvolver seu cotidiano do cuidado, realizando ações que podem ser feitas diretamente com o paciente, sua família ou com a equipe de enfermagem. A partir dessas interações, é que vamos presenciar a criação de um vínculo afetivo entre as pessoas, fundamental para que haja o sucesso do tratamento. É o chamado cuidado sensível, que busca unir a razão e a emoção na busca da melhor assistência ao paciente (SOUZA, 2008).

O enfermeiro, ao desenvolver o cuidado sensível, trabalhar com valores e sentimentos dos pacientes e seus familiares, valoriza seus hábitos culturais, expõe e deixa aflorar os anseios do indivíduo para, junto com ele, traçar novas formas de cuidar.

O cotidiano do paciente, até então escondido e pouco valorizado, agora é premissa básica no transcorrer do cotidiano em enfermagem.

Esse cotidiano, baseado nas relações e observações, está repleto de influência da religiosidade, movimentos festivos e pequenos rituais presentes nas tribos dos indivíduos (MAFFESOLI, 1996). O cuidado passa a ser baseado no indivíduo e a partir dele, sendo flexível e adaptável às mudanças existentes no convívio do dia a dia; foge da rigidez imposta pelo período da modernidade, com valorização e utilização do imaginário de cada um para que a aplicabilidade do cuidado seja possível.

O cotidiano deve ser visto através das falas, das vestes, indumentários, maneira de se mostrar ao outro, de andar ou até mesmo dos gestos de cada um de nós, expressando-se também através da cultura dos povos. É a partir desse olhar contemplativo, do “ver a grama crescer”, que será construído um novo cuidado de enfermagem, menos efêmero, mais enraizado e humanizado, almejado por essa profissão.

Souza (2008, p. 82) definiu o cotidiano como sendo:

O espaço de vida, onde pode estar presente a doença, as interações saudáveis ou não, ações de cuidado e desvelo ou ações de não-cuidado, é onde as pessoas mostram seus estilos de vida, seus pensamentos, sua ética com base nas experiências que viveram e nas tribos às quais pertencem e determinam suas próprias regras, sua base familiar, suas concepções sobre determinados aspectos sociais e individuais, sem que para isso seja preciso forçá-las a se mostrarem. É o universo de que nos esquecemos, banalizamos como trivial, porém, o trivial é o viver diário e se manifesta por meio de expressões ao longo da vida.

Na enfermagem hospitalar, destaco como parte desse cuidar cotidiano procedimentos como comunicação terapêutica, realização da visita em cada leito, administração de medicamentos, o banho do paciente, encaminhamento para exame ou cirurgia, realização de grupo de saúde ou educação continuada em equipe, além da passagem de plantão.

Seriam todas tarefas rotineiras da enfermagem, não fosse esse novo olhar da pós-modernidade, para o cotidiano escondido e reprimido na era da modernidade. Agora o foco também se volta para as pequenas coisas, nas pequenas atitudes do cuidar, nos gestos e atenção dispensados para cada evento ou atitude, está na sensibilidade do profissional para o que já existia (mas não era visto ou valorizado por ele) durante o processo do cuidar.

O indivíduo passa a ser reconhecido como integrante de um todo, de uma rede de relacionamentos, de uma tribo com características peculiares e que devem ser valorizadas. O momento é, sem dúvida, de se destacar o subjetivo, os sentimentos e emoções existentes em cada um, em cada interação, no estar junto com o outro. Somente com essas atitudes pode-se construir um cuidado verdadeiro, transformador, capaz de trazer o real e duradouro bem-estar de que o paciente necessita.

3 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Para a realização desta pesquisa, optei pela escolha do método qualitativo, uma vez que pretendia buscar a compreensão do sentido da experiência humana, em uma abordagem relativizadora que considera como alvo da investigação a dimensão do mundo vivido, a partir da fala e sentimentos dos sujeitos (MINAYO, 1993).

Para Minayo (2008), a pesquisa qualitativa possibilita compreender as pessoas, seus valores, suas relações interpessoais e as influências dos meios sociais e políticos nas decisões e práticas de cada pessoa.

A fim de alcançar o detalhamento da realidade vivida, usei como marco teórico a Sociologia do Cotidiano de Michel Maffesoli e outros estudiosos sobre o tema, que buscam compreender as vivências da sociedade de forma profunda, valorizando o cotidiano do ser e as interferências nesse cotidiano. Segundo Maffesoli (1984), tem-se na sociologia do cotidiano uma forma de compreender e buscar ideias aproximativas da verdade, procurando o verdadeiro significado das coisas escondido nas falas e atitudes dos indivíduos.

Como objetivo desta pesquisa pretendi foi exercer a compreensão sobre o fazer do enfermeiro, considerando essencialmente as pequenas coisas do dia a dia, que, na banalidade e no trivial da vivência do cuidado, formam o conjunto de experiências cotidianas que servem de suporte para a compreensão dos significados (MAFFESOLI, 1984).

Para Maffesoli (1984), todas as coisas são essenciais no processo de desvendar o verdadeiro sentimento contido nas ações das pessoas. Devemos analisar os fatos como não sendo absolutos, completos, pois não podemos definir uma verdade completa, mas sim verdades parciais, que se entrelaçam e se relacionam umas com as outras.

A sociologia do cotidiano preconiza a imparcialidade do pesquisador, exige que este se desapegue de tudo que já existe de pré-formado em sua mente, que não haja qualquer concepção do que é certo ou errado, do que deva ou não ser feito. Somente dessa maneira o pesquisador conseguirá absorver o verdadeiro sentimento por trás das atitudes, os reais motivos que fazem as pessoas tomarem as decisões no seu cotidiano (MAFFESOLI, 1998).

Escolhi como cenário de estudo uma instituição hospitalar filantrópico-privada de uma cidade da Zona da Mata Mineira, de grande porte, que oferece uma grande variedade de serviços à população. A escolha de uma instituição hospitalar deveu-se à

possibilidade de entrevistar um maior número de profissionais, com vivências distintas da prática do cuidado em enfermagem, o que pode propiciar uma melhor compreensão do cotidiano dos enfermeiros em relação ao objeto da investigação.

Para a realização da pesquisa, o projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde realizei meu estudo e, somente após a aprovação desse comitê, iniciei o trabalho de campo propriamente dita. Para realização desta investigação, foi solicitada a assinatura dos (as) entrevistados (as) no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice), que contém todas as informações necessárias ao devido esclarecimento dos sujeitos, bem como a autorização por escrito da participação na pesquisa do sujeito de investigação, conforme orienta a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Para compreender melhor esse cotidiano do cuidar da enfermeira, utilizei como método de informações a entrevista semiestruturada através da seguinte pergunta-chave: O que significa para você o cuidado de enfermagem como sendo o seu fazer em enfermagem? A partir dessa pergunta e de acordo com as falas dos entrevistados foram realizadas novas questões de forma que o verdadeiro cotidiano do cuidar dos enfermeiros se fizesse presente nas falas dos sujeitos, sendo todas as entrevistas gravadas em formato eletrônico.

Segundo Quaresma (2005, p.75):

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal.

Ainda segundo o autor, as entrevistas semiestruturadas trazem a facilidade de reproduzir uma amostra confiável de uma determinada população a ser estudada, o que facilita a compreensão do pesquisador.

Foram realizadas sete entrevistas, com alcance da saturação dos dados, através de falas que se mostravam convergentes, tendo sido destacadas aquelas que foram analisadas como antagônicas às demais no sentido de análise e categorização (MINAYO, 2008). Para melhor organização das falas e seguir com os preceitos éticos de pesquisa, cada entrevistado foi identificado com a sigla “Enf”, seguida de um número correspondente à sequência da ordem em que se deram as entrevistas.

Segundo autores como Fontanella e colaboradores (2008), a técnica de saturação dos dados traz uma ferramenta importante na pesquisa qualitativa, gerando

economia de tempo e objetividade na evolução da pesquisa, pois o pesquisador pode interromper a coleta de novas entrevistas quando perceber que os dados já coletados contemplam o objetivo a ser alcançado. Após a gravação das entrevistas, as mesmas foram transcritas em sua totalidade, e busquei realizar as recorrentes leituras, com o objetivo de encontrar as unidades temáticas e as unidades de significados. As entrevistas ficarão arquivadas por um prazo de cinco anos, sendo destruídas a seguir.

Conforme Minayo (2008), as unidades temáticas advêm naturalmente de um texto e representam pensamentos ou conceitos em comum, que podem ser agrupados para melhor análise e interpretação de um pensamento coletivo. São elaboradas através de uma pré-análise do material colhido nas entrevistas, passando por exploração do material e posterior tratamento dos resultados obtidos.

A partir das unidades temáticas e de significado, realizei a análise das falas em comum, com base em autores que trouxeram fundamentação teórica para os dados encontrados. Utilizei a técnica de triangulação dos dados buscando uma análise mais ampla, correlacionando as falas, os fatos e as ações dos sujeitos entrevistados (SOUZA e ZIONI, 2003). Para AZEVEDO et al (2013, p.4): “A triangulação significa olhar para o mesmo fenômeno, ou questão de pesquisa, a partir de mais de uma fonte de dados.”

Durante a realização das entrevistas, consegui perceber cenários em comum nas falas dos entrevistados, sendo elencadas algumas categorias, que demonstraram os sentimentos e ações envolvidos no cotidiano dos enfermeiros, conforme se verá a seguir.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com o cenário de investigação já definido e a aprovação do Comitê de Ética por meio do CAAE 14630813.0.3001.5139, iniciei a abordagem aos enfermeiros de forma aleatória, mesclando profissionais de unidades fechadas e abertas, de acordo com a disponibilidade e interesse desses em participar desta pesquisa. Deste modo, foram obtidas entrevistas com sete enfermeiros, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino.

Todos profissionais entrevistados já possuíam curso de especialização e atuavam por cerca de três anos na instituição, tendo uma média de 30 anos de idade e trabalhando apenas na instituição do referido estudo.

Do total de entrevistados, três trabalhavam em unidades fechadas e os outros quatro, em enfermarias. Cabe ressaltar que todos os entrevistados atuavam no período diurno e que este foi escolhido de forma intencional, pois foi o horário em que há maior número de procedimentos a serem realizados pelo enfermeiro.

A realização das entrevistas transcorreu de forma harmônica e com participação ativa dos enfermeiros, com bom diálogo entre ambas as partes envolvidas na pesquisa, além do bom relacionamento existente entre os sujeitos e o pesquisador. A coleta de dados se desenvolveu no próprio local de trabalho dos profissionais, sendo realizada nas salas desses profissionais, localizadas no setor onde eles desenvolvem suas atividades. Não observei maiores dificuldades para a realização da coleta de dados, mas tive a sensibilidade de notar que alguns profissionais demonstravam uma preocupação em falar de seu cotidiano de forma clara e transparente, transmitindo certo medo em relatar os reais sentimentos envolvidos em sua prática laboral.

Muitas vezes, percebi que esse sentimento correlacionava-se com o fato de serem profissionais não efetivos, estando presente o medo da demissão caso suas falas viessem a mostrar críticas sobre a instituição onde eles estavam lotados. Diante dessa percepção, tive o cuidado de enfatizar a importância da pesquisa e a obrigatoriedade do sigilo, conforme o termo de consentimento assinado previamente, afirmando que, em momento algum, o pesquisador tornaria público as identidades. Reforcei também que, a qualquer momento, eles poderiam desistir de continuar na pesquisa, podendo solicitar a retirada de suas falas do presente trabalho.

Após tranquilizar os enfermeiros e abrandar suas angústias, percebi que o sentimento de dúvida foi se esvaziando, ficando o profissional mais susceptível ao diálogo e, conseqüentemente, mais aberto para mergulhar nas indagações levantadas.

Apesar desses pequenos momentos de dúvidas e incertezas dos sujeitos da pesquisa, esta foi realizada sem maiores dificuldades, com a participação ativa de todos os entrevistados. Entretanto, cabe ressaltar a maior facilidade na interação com os enfermeiros das unidades fechadas e setor de emergência, pois esses setores permitiram maior disponibilidade dos profissionais no horário da entrevista, visto que, nas enfermarias, os enfermeiros estavam com muitos pacientes sob seus cuidados, o que foi relatado pelos próprios profissionais.

Foi realizada a transcrição das entrevistas com vista a buscar o verdadeiro sentido do cotidiano desses enfermeiros, suas angústias, aflições, sentimentos de mais-valia, frustrações e satisfação profissional. Os enfermeiros entrevistados trouxeram uma riqueza de detalhes sobre seu cotidiano profissional, cheio de desafios, conquistas e sonhos a serem alcançados.

Diante dessa variedade de sentimentos e percepções, construí quatro categorias de análise, que retratam as falas em comum existentes entre esses enfermeiros, seus sentimentos, suas realidades e cotidiano vivido e sentido. Nesse sentido, procurei dividir as categorias em falas que demonstravam sentimentos de insatisfação com o trabalho do enfermeiro, afastando-o do cuidar, enraizado no vitalismo moderno.

De forma a entrelaçar e continuar esse pensamento transmitido nas falas desenvolvi uma categoria que nos remete ao cuidado fragmentado do enfermeiro, que o afasta do paciente, não fornece satisfação profissional, não o completa enquanto cidadão.

Em oposição às duas primeiras categorias, encontrei falas que demonstravam as atitudes e sentimentos de conquista, de zelo, alegria e entusiasmo que tanto procuramos em nosso cotidiano. Nesse sentido, formulei outras duas categorias de análise, uma que demonstrava a satisfação dos enfermeiros com seu trabalho, com seu cotidiano e outra categoria em que as falas convergiram para o sentimento de alegria em estar junto com o outro, demonstrando a importância do convívio humano.

Essas categorias não conseguem desvelar todos os sentimentos existentes no cotidiano dos enfermeiros, mas possuem falas extremamente ricas, que demonstram o real e o vivido do enfermeiro na instituição hospitalar escolhida para a pesquisa, além

de transmitir os microcosmos, percepções e desafios existentes no trabalho do enfermeiro.

4.1 - O COTIDIANO VITALISTA QUE AFASTA O ENFERMEIRO DO CUIDAR

Durante minha formação e experiência profissional, percebi o quanto o enfermeiro é exigido em suas tarefas cotidianas, muitas delas ligadas diretamente a procedimentos técnicos, com base em normas institucionais ou meramente intuitivas (MACHADO et al, 2011). Não são raras as situações de trabalho extenuantes, que desgastam tanto o lado físico quanto o emocional do profissional. Além da própria exigência do trabalho em saúde, particularmente na enfermagem, o fato de a grande maioria dos profissionais possuir mais de um vínculo empregatício faz com que o esforço próprio e o desgaste pessoal e profissional aconteçam de forma mais incisiva.

Pensando nisso, busquei analisar a realidade vivida pelos enfermeiros, foco de minha pesquisa, analisando seus olhares e percepções sobre o seu dia a dia no trabalho. Nesse sentido, como já dito anteriormente, precisei fazer um exercício de recuo de minhas próprias opiniões, para que a análise das falas dos sujeitos não fosse permeada de meus pré-conceitos, de minhas avaliações e opiniões prévias. Conforme nos ensinou Maffesoli (1998, p.11): “é indispensável recuar um pouco para circunscrever, com a maior lucidez possível, a socialidade que emerge sob nossos olhos”.

Nesse sentido, é preciso analisar a vivência desses enfermeiros a partir de suas próprias falas, buscando extrair os reais sentimentos vividos em seu cotidiano, em suas práticas de cuidado; analisar e detectar seus sentimentos, seus olhares perante essa “tribo” que é a enfermagem. Esta, permeada por inúmeras relações de convívio e cuidado, bem como pela interação entre profissionais e seus pacientes, deve ser analisada sem o PRÉ-ESTABELECIDO presente em cada um de nós. Somente através da verdadeira análise dos sentimentos emanados pelos entrevistados é que consegui perceber os detalhes existentes neste cotidiano.

Durante a análise, sem medo de destruir minhas próprias concepções e emoções sobre o cotidiano do profissional, encontrei dizeres e sentimentos que me levaram a analisar o afastamento do enfermeiro do cuidar. Para isso, fui influenciado pela “filosofia do martelo” de Michel Maffesoli, na qual ele abordou a necessidade de desconstrução de nossos conceitos para que possamos olhar o verdadeiro sentido das

coisas, desvelar os sentimentos existentes nas falas e atitudes dos sujeitos com os quais nos relacionamos.

Dentre os depoimentos dos entrevistados, foi destaque as falas que valorizavam a posição de destaque das atividades de cuidado, pois os depoentes relataram que tais tarefas consumiam uma grande porcentagem do seu tempo no serviço. Os profissionais, ao fazerem uma análise de sua prática, apresentaram um contexto repleto de angústia e frustração devido ao fato de que essas tarefas burocráticas acarretam o afastamento do cuidado ao paciente.

Assim, parece que hoje em dia a importância principal são os papéis, não é? Você tem que escrever lá que você fez! Como, não é? Pelo número de processos, pelo número de tudo, você tem que estar lá registrado. É... não tem o número insuficiente de enfermeiros! Enf. 2

Trago nesse momento os estudos de Casafus, Acqua e Bocchi (2013, p.314), que analisaram as consequências desse distanciamento do cuidar perante o excesso de atividade administrativa do enfermeiro:

Contudo, o distanciamento entre o administrar e o cuidar, vivenciado no cotidiano de trabalho do enfermeiro, pode gerar grandes inquietações pessoais e profissionais, impondo-o a um repensar da prática administrativa com sentido para a assistência e para o resgate do papel do enfermeiro como gerente do cuidado.

Essa ponderação destoa do cotidiano do enfermeiro, uma vez que este fica, conforme nos trouxeram os entrevistados, envolto nas inúmeras tarefas e cobranças institucionais, o que acarreta um estrangulamento, uma diminuição substancial do tempo útil do sujeito, dificultando-o a pensar sobre sua prática, seu agir, seu fazer profissional, esquecendo-se muitas vezes de voltar suas atenções para o cuidar.

Como salienta Maffesoli (1996), o crescimento pessoal e profissional passa pela necessidade de perceber os detalhes de seu cotidiano, analisar as pequenas coisas que o cercam, suas relações com o outro, as atitudes dos pacientes, suas subjetividades. É preciso “ver a relva crescer” (Maffesoli, 1996) para que suas atividades de cuidado se tornem plenas e satisfatórias.

Infelizmente esse olhar, esse tempo de análise e interpretação do profissional está, muitas vezes, distante da realidade da enfermagem, estrangulada pelas exigências de um mercado ainda enraizado nos moldes da modernidade, presa em um vitalismo moderno, sem flexibilidade para o olhar subjetivo do outro. Pode haver uma maior

valorização dos documentos institucionais e cumprimento de rotinas em detrimento ao cuidado com o paciente caso o enfermeiro não seja o agente que tem o cuidado como foco principal de seu trabalho.

Muitas vezes as ações de cuidado podem ser deixadas de lado para que uma norma ou rotina institucional seja cumprida. Nesse sentido, foi de grande destaque a avidez dos entrevistados em expressar o real sentimento envolvido quando esses reportavam a dimensão gerencial, própria de sua realidade.

Ficou claro nas falas o quanto essas atividades estavam presentes no cotidiano desses profissionais, utilizando parte importante de seu tempo, sugando suas energias, suas emoções. Essa situação precisa ser bem analisada, pois carece de ações que impeçam que essas atividades sejam predominantes na prática profissional, envolvendo o dia a dia do enfermeiro, que acaba por se acomodar a esse mundo tal como é (MAFFESOLI, 1998).

Infelizmente, segundo os entrevistados, as ações dos enfermeiros sempre estavam envoltas de inúmeras tarefas burocráticas, sempre exigindo maior empenho para as funções administrativas da instituição, independente de qualquer processo de acreditação.

Porque tem hora que é tanta reunião, tanto papel, tanto... resolver tantas coisas que o paciente fica de lado! Enf. 3

Nesse sentido, pode-se destacar nas entrevistas sentimentos de desolação, insatisfação e pouca perspectiva de melhora no que tange a solução da sobrecarga das tarefas burocráticas.

Não, eu acho que o que dificulta mesmo é a... é... a parte de burocracia, de tanta coisa que a gente tem que fazer, então você acaba mais distante do leito. Aquela enfermagem beira leito mesmo. Enf. 2

Porque, para mim, eu não consigo me ver só fazendo papel! Se fosse para fazer papel, eu ia ser administradora... Eu acho que eu tenho que prestar assistência ao paciente, acolher, a parte de humanização mesmo. Enf. 6

Para enriquecer essa discussão, encontro os estudos de Caveião, Hey e Montezeli (2013), os quais relacionaram a administração da enfermagem com o pensamento complexo. Segundo os autores, o pensamento reducionista iniciado por Descartes trouxe sérias consequências para o enfermeiro, pois sua formação não mais consegue suprir as necessidades do mundo contemporâneo. Este, invariavelmente, exige

do enfermeiro uma postura mais flexível, contextualizando suas ações com as complexidades próprias de cada indivíduo.

Devido à forte influência histórica dos conceitos e ensinamentos do mundo moderno, o enfermeiro ainda não conseguiu libertar-se das normas e rotinas rígidas impostas pelas instituições de saúde, pelas influências do pensamento reducionista e fragmentado desse olhar. Opondo-se a esse modelo, o profissional deve ter um pensamento complexo, multicausal, observando e analisando os fenômenos a sua volta, sem rejeitar os ensinamentos da ciência moderna, mas questionando e buscando sempre soluções mais amplas para as necessidades complexas que cada indivíduo exige.

Cabe ao enfermeiro, diante dessa nova necessidade, buscar conhecimentos para que seu pensamento atravessasse as barreiras impostas pelas normas e rotinas; ele deve ser complexo, interacionista, baseando seu cuidar através das vivências e percepções de si próprio e da tribo da qual faz parte. Conforme afirma Maffesoli (1996, p.13):

Em particular, todos os detalhes, os fragmentos, as pequenas coisas, os diversos acontecimentos que constituem um mosaico colorido, um caleidoscópio de figuras cambiantes e matizadas, tornando a dar ao presente um valor central na vida social.

Esse processo de desconstrução e reconstrução no mundo contemporâneo deve iniciar-se na própria formação do enfermeiro, sendo esta ampliada para atuações mais complexas, menos fragmentadas, não permitindo que o acadêmico possua uma prática alienada do e para o sujeito, fomentando um cuidado mais adequado para um mundo inserido na pós-modernidade. Segundo Caveião, Hey e Montezeli (2013, p.82):

Destarte, essas contraposições entre cartesianismo e complexidade podem ser reportadas para a formação do enfermeiro, em especial para o ensino da administração em enfermagem, o qual também foi influenciado por este paradigma reducionista.

Autores como Ramos et al (2013, p.42) já abordaram em seus estudos a influência do cartesianismo na atuação dos profissionais e instituições. Segundo os autores, o paradigma flexneriano, ainda existente e influente na área da saúde, proporciona um olhar tecnicista, biologicista, focado em ações curativistas, “não tolera a interferência de valores humanos e religiosos, bem como qualquer variável relacionada à subjetividade”.

Esse modelo biologicista, fragmentado, não dá conta de explicar para o enfermeiro todo o processo de cuidar que deve existir para que o paciente seja plenamente atendido. No mundo contemporâneo, o cuidado amplia-se para os olhares

da subjetividade, centrados na essência das coisas, na banalidade e futilidade de tudo que cerca os sujeitos (cuidador e ser cuidado). É nessa subjetividade que o enfermeiro pode encontrar o real sentido do cuidado, alcançando a expectativa verdadeira do outro para atingir o seu bem-estar e realização profissional.

Para Maffesoli (1996, p.28), o importante são as pequenas coisas, que transmitem valores da vida social: “O fato de experimentar em comum suscita um valor, é vetor de criação.”

Muitas vezes, esse modelo tecnicista de trabalho se coloca como um dificultador na atuação dos enfermeiros, que se sentem acuados diante da exigência de inúmeras funções, cobrança institucional, assumindo uma postura pouco reativa perante as instituições.

Percebe-se nas entrevistas que os enfermeiros sempre transmitiam a sobrecarga de ações a que eram submetidos, demonstrando sentimentos de insatisfação perante o insucesso em propiciar ao doente o cuidado necessário, próprio de sua atividade laboral.

Não porque tudo que dá problema, não sei se você já percebeu? Muitas vezes, direciona para a enfermagem porque aí começa a andar corretamente. Então a gente vai acumulando funções. Enf.2

Esse acúmulo de funções traz uma consequência maléfica não só para o profissional, angustiado e frustrado perante sua impossibilidade de realização do cuidar pleno, mas também impacta diretamente na qualidade de vida do indivíduo, custos hospitalares, aumento de índices de complicações com os pacientes, entres outros.

Ávila et al (2013) e Nogueira et al (2013) apontaram as consequências da sobrecarga de serviço dos enfermeiros, seu afastamento do cuidado com o paciente e o número reduzido de profissionais como sendo causadores do aumento de erros dentro da assistência à saúde, insatisfação de profissionais e queda da qualidade da assistência.

Para que não haja essa piora na assistência do enfermeiro, o cuidar, baseado não apenas em procedimentos técnicos, demanda um momento de atenção, um momento de escuta e observação sensíveis, um momento para vangloriar a organicidade do outro, um momento de sorrir, de sofrer, de perceber as angústias, a necessidade da pessoa com a qual se pretende interagir, cuidar e até mesmo compartilhar os momentos de aflição. A partir da criação desse ambiente e condições laborais é que poderá haver uma satisfação do profissional, o qual percebe sua responsabilidade perante o outro, além de almejar a satisfação profissional tão desejada.

Essa necessidade de sentir presente, essa percepção da qualidade da assistência também foi apontada pelos entrevistados, como se pode ver abaixo:

(...) tudo que acontece com o paciente é de responsabilidade nossa! Então eu tenho que dar conta do paciente, dar conta das tarefas do técnico de enfermagem e tá administrando na função aí, enfermagem, técnico, médico, família, paciente, né? Porque a prioridade nossa é dar uma assistência de qualidade eficaz para o paciente. Enf. 2

Encontro nas palavras de Manzo et al (2012, p.2) o respaldo necessário para debater essa questão, uma vez que as autoras discutem sobre as consequências da falta de qualidade nos serviços de saúde:

A falta de qualidade nos serviços de saúde resulta em sérios impactos para a sociedade e os sistemas de saúde, manifestando-se de muitas formas, como, por exemplo, serviços ineficazes, que não alcançam os resultados esperados; serviços ineficientes, com custos elevados para alcançar o mesmo resultado; serviços inacessíveis, tanto geográfica, econômica, como cultural ou socialmente, refletindo em longas listas e insatisfação dos usuários e profissionais de saúde.

Ressalva-se aqui a importância do papel da instituição, que deve buscar fornecer aos profissionais as condições adequadas para a melhor assistência aos seus pacientes, garantindo um serviço de excelência e qualidade, em conjunto com a satisfação do seu colaborador. Entretanto, alguns hospitais veem o profissional enfermeiro como mero administrador de equipe, voltado apenas para atividades que atendam à demanda mercadológica da instituição (CAVEIÃO, HEY e MONTEZELI, 2013). Essa questão também foi exposta pelos entrevistados, angustiados com algumas de suas funções diárias:

Porque tem hora que é tanta reunião, tanto papel, tanto... resolver tantas coisas que o paciente fica de lado! Enf. 3

Como estava dizendo, essa parte burocrática até as próprias empresas gerais, não é? A empresa acaba cobrando de você um pouco disso e você se afasta da assistência um pouco ali. Enf. 5

Diante desse excesso de tarefas administrativas e afastamento relatado, o cotidiano dos profissionais tornou-se repleto de momentos em que o processo de cuidado fica à margem de suas atividades. O cuidado, meta central do trabalho do enfermeiro, deve ser entendido como atividade que necessita de tempo adequado para sua execução, portanto, exige a presença do profissional de forma quase integral. Suas ações não se restringem apenas a uma mera ação ou intervenção, mas se expandem a uma intrincada rede de entendimentos e ações que não se resumem apenas no bem-estar

do indivíduo, mas abrangem intervenções voltadas também para familiares e, por vezes, comunidade.

Segundo Gonçalves (2010, p. 512): “o cuidar é um processo dinâmico que depende da interação e das ações planejadas a partir da compreensão e do respeito à realidade do cliente, de sua família e de seu meio sociocultural”.

Maffesoli, em seu livro “No fundo das aparências” (1996), já trazia a importância do estar-junto, sem o qual não há a “atividade comunicacional”, fundamental para a existência do cuidado:

A partir do momento em que se esteja de acordo sobre a correspondência orgânica que liga as pessoas, “as palavras e as coisas”, a partir do momento em que se reconheça que todas as situações, todas as experiências, por menores que sejam, participam de um ambiente geral, a partir do momento em que nos dediquemos a sublinhar que os imaginários de diversas espécies irrigam em profundidade a vida societal, então, para retomar uma expressão da Escola de Frankfurt, “a atividade comunicacional” prevalecerá, para compreender o que chamei de ideia obsedante do estar-junto (MAFFESOLI, 1996).

A ausência de ações próprias do cuidado foi relatada intensamente pelos entrevistados, que demonstram a falta de iniciativas que contemplem tamanha complexidade nas tarefas envolvidas no cuidado. O sentimento manifestado nas falas demonstra a percepção da não realização do objeto de trabalho do enfermeiro (o cuidado), não havendo satisfação e conquista profissional, pois ele passa a ser executado de forma incompleta, como tarefa mecânica, sem vida, apenas para atender às necessidades da instituição.

Às vezes, o cuidado é a porcentagem menor. Não necessariamente a menor! Eu sei que ali, durante o meu plantão, eu tenho que estar fazendo, eu tenho que estar administrando o setor, eu tenho que estar fazendo isso tudo. Ah, o paciente chegou! Antes de olhar o paciente, eu tenho que estar colocando ele na tela, no setor. Entendeu? Mas se eu não por ele no setor. Antes de ver o paciente! Enf. 2

Às vezes, tem paciente que chega na emergência que nem sabe quem é o enfermeiro, porque já foi, já passou e não tive oportunidade nem de ver o paciente. Enf. 5

Ora, não é por meio do cuidado que ocorre a realização do enfermeiro? Não é o cuidado a meta central de trabalho desse profissional? Como, então, poderá existir satisfação profissional em um ambiente onde o mais importante não é o paciente, o sujeito a ser cuidado, o indivíduo que está sofrendo? São essas questões com que muitos enfermeiros se deparam em sua vida profissional. Quantas vezes o profissional vivencia

a dificuldade em SER ENFERMEIRO e não ser “enfermesa”, profissional burocrático, extenuado por suas funções administrativas, pouco resolutivas e menos ainda prazerosas.

Apenas quem já viu o olhar do outro, sentiu a satisfação de um toque, a magia existente no sorriso de um paciente é que pode entender e encontrar o verdadeiro sentido de sua práxis, uma práxis significativa do profissional, que não só percebe o outro, mas sente, no relacionamento com o sujeito, o sentido de sua própria existência profissional. Apenas quem pode ver “a relva crescer” (Maffesoli, 1996) junto com o paciente é que pode entender que não é o valor do salário, não é o prêmio de uma instituição ou a norma cumprida que fazem nossa alma se revigorar, nossa autoestima se alimentar diariamente. É o contato, o processo de cuidar do enfermeiro é que traz o verdadeiro sentido do ser /estar no mundo, pertencer a ele e interagir com ele, ver esse mundo como ele é, e mais importante: se sentir parte dele, encontrar sentido nele.

Infelizmente, essa práxis ainda não foi percebida nas falas de muitos entrevistados, que se encontram oprimidos por tarefas próprias de suas ações, mas que ainda não estão indo ao encontro do verdadeiro sentido do cuidar. Exemplo dessa situação é a avaliação da Escala de Braden, criada desde 1987 para auxiliar na sistematização das ações do enfermeiro, auxiliando este profissional na identificação, diagnóstico, prevenção e tratamento de úlceras por pressão (BANDEIRA et al, 2011).

Através dessa e de outras ferramentas de gestão, o profissional enfermeiro tem a condição de direcionar os cuidados de sua equipe, definir prioridades, estabelecer metas, prognósticos, construir planejamento de alta. O cuidado passa então a ser intencional, direcional, movido por conhecimentos próprios do enfermeiro, emancipando-o enquanto profissional, detentor de um conhecimento específico e que será reconhecido socialmente, fator esse importante para sua valorização pessoal e profissional.

Entretanto, percebi nas falas que a avaliação e o processo de emancipação do enfermeiro ainda podem estar distantes de sua realidade, sendo as tarefas próprias da função entendidas como uma sobrecarga burocrática, como obrigações das normas institucionais.

E essa burocracia mesmo, que você tem que estar fazendo no computador, ah... não é direito! Tem coisas que você faz no computador... ah, vamos fazer a avaliação de Braden, vamos fazer, não é? Isso aí para fazer você passou no paciente, mas tem que estar fazendo por causa de convênios, por causa de faturamento! Enf 2

Percebi que as funções burocráticas relatadas despertavam, em sua maioria, sentimentos de insatisfação, angústia e apreensão por parte dos sujeitos da pesquisa, trazendo sentidos e expressões negativas para a prática do cuidar. Acredito que esses enfermeiros, não satisfeitos com essa realidade, percebem a necessidade de mudança de sua prática, a necessidade de interagir com essa realidade para transformá-la, reformulá-la.

O profissional não se contenta com o “mundo-aí” da modernidade. Ele percebe a necessidade de olhar para a multiplicidade, a complexidade dos fatos, bem como de interagir com esse mundo, olhar para as minúcias de sua realidade, transformando-a em ambiente de satisfação. Como retrata Maffesoli (1996, p.20), em sua análise das reflexões necessárias no mundo pós-moderno: “Assim a apresentação sublinha que não se pode jamais esvaziar totalmente um fenômeno, [...] trata-se do coração pulsante da reflexão desenvolvida aqui”. Maffesoli (1996, p.21) salientou ainda: “E aquele que estiver atento à beleza do mundo, às suas expressões específicas, participa do esforço criativo deste”.

Diante de tantas insatisfações, percebi a necessidade de maior investigação desse cotidiano, bem como de suas redes de interações e do que realmente acontecia com o profissional em sua prática. Há que se analisar também a divergência existente entre o idealizado pelo enfermeiro e sua realidade laboral, bem como os sentidos presentes nessa realidade.

4.2- O COTIDIANO FRAGMENTADO DO ENFERMEIRO: DIFERENÇAS ENTRE O IDEALIZADO E O VIVIDO PELO PROFISSIONAL

Complementado o que já foi exposto na categoria anterior, muitos foram os relatos que demonstravam uma realidade oposta ao idealizado pelos sujeitos entrevistados, ao que se acredita ser o cuidado ideal. Nesse sentido, Silva e Ferreira (2013, p. 1.326) definiram o cuidado da seguinte forma: “O cuidado exige maior aplicação de conhecimento, o qual orienta a atenção do enfermeiro na busca por dados objetivos e subjetivos oriundos do cliente, bem como objetivos provenientes do maquinário”.

O cuidado só pode existir a partir do momento em que o enfermeiro se entenda enquanto participante de seu mundo, de uma tribo de conflitos, de muitas

complexidades e exigências, mas que necessita de sua presença enquanto ser participante e integrante desse mundo; é preciso estar nesse mundo, envolver-se, tornar-se parte. Sem isso, não haverá a organicidade necessária para se fazer o cuidado.

É nesse cotidiano do cuidado que o enfermeiro encontrará seu prazer profissional, sentido da vida e de sua práxis. Conforme afirmou Maffesoli (2011, p.23):

Qualquer que seja a maneira de o nomear, um tal “presenteísmo” vai contaminar as representações e as práticas sociais, em especial juvenis. É um *carpe diem*, de antiga memória, que traduz bem o hedonismo difuso. O gozo já não é adiado para alguns hipotéticos “dias melhores”, já não é esperado num paraíso que deve advir, mas é efetivamente vivido, tanto quanto possível, no presente.

Nas entrevistas, foi apontado o excesso de serviços a cargo dos enfermeiros, o que os impossibilitava de realizarem em plenitude suas tarefas. Muitos foram os relatos que indicavam essa grande quantidade de atividades a serem realizadas como causadora de prejuízos para a aplicabilidade de uma boa assistência de enfermagem, como se pode perceber a seguir:

Mas, às vezes, o próprio, a instituição sobrecarrega você com toda administração do setor. Enf. 4
É recursos humanos para os enfermeiros, recursos materiais para os enfermeiros, então, assim, [...] querendo ou não, você perde tempo nisso também. Enf. 1

Silva e Erdmann (2013, p.101) trouxeram reflexões sobre o sofrimento do enfermeiro hospitalar gerencial. Segundo esses autores, “A sobrecarga de trabalho, expressa pela abrangência das atividades, pela responsabilidade em tomar decisões e pela necessidade de conciliar o cuidado direto ao paciente com atividades gerenciais, foi um fator de sofrimento”.

Cabe aqui enfatizar a necessidade de adoção de medidas para transformação dessa prática de enfermagem, que produz no próprio profissional o ambiente propício para o antagonismo de suas ações: o adoecimento. O enfermeiro, sobrecarregado de funções, tende a buscar refúgio em uma prática pouco compromissada e/ou pouco eficaz, pois percebe que não consegue atingir o mínimo necessário para cuidar do paciente.

Como consequência, percebe-se uma enfermagem estanque, distante de seus objetivos, propensa a não ser reconhecida como importante para a promoção da saúde e prevenção dos agravos a esta. É necessário que os enfermeiros possuam uma energia voltada para a transformação dessa realidade, buscando atingir o que lhes é próprio, o

que realmente lhes satisfaz enquanto profissionais. Essa necessidade de satisfação profissional foi muito bem relatada por um entrevistado, quando falou de sua ânsia por se sentir valorizado:

Eu acho que assim... acho que é sobrecarga de trabalho... acho que a enfermagem, às vezes, tem dois, três empregos! Querendo ou não, eu acho que isso, eu acho que, em questão de qualidade, cá. Desmotivação! Sabe, valorizar a equipe de alguma forma, sabe, a equipe somos nós também! Nós também precisamos de alguma valorização. Enf. 1

Essa valorização, essa necessidade de se sentir parte do mundo, vem ao encontro da necessidade do ser humano de se sentir vivo, pertencente a essa realidade plural, não se enraizando a um mundo racional, próprio do modernismo. Como salientou Maffesoli (1998, p. 46): “Do momento em que há vida, há labilidade, dinamismo. A vida não se deixa enclausurar. Quando muito é possível captar-lhe os contornos, descrever-lhe a forma, levantar suas características essenciais”.

A consequência do excesso de atividades para os profissionais também foi discutida por autores como Agnol et al (2013), Barboza et al (2013), Bandeira et al (2011), que analisaram esse fator como preocupante no cotidiano dos enfermeiros, uma vez que pode ser devastador para a atuação desses profissionais, bem como causar uma imagem negativa diante das instituições.

Avila et al (2013, p.105), em seu estudo, também apontaram que o “aspecto referido como comprometedor para a imagem da Enfermagem foi a sobrecarga de trabalho, esta favorece a ocorrência de erros e impossibilita a realização do trabalho de maneira plena”.

O serviço prestado, dessa forma, torna-se incompatível com a qualidade da assistência e/ou gerência do enfermeiro, fato esse já analisado por outros pesquisadores como Melo et al (2012, p.2). Estes ressaltam que: “Os três fatores [...] que dificultam a gerencia eficaz nos serviços de saúde são: respeitar as diferenças de cada membro da equipe; falta de motivação; excesso de trabalho”.

A dificuldade de assistir relatada pelos entrevistados desta pesquisa aparece em alguns depoimentos repletos de indignação por não receberem condições adequadas para prestar o cuidado aos pacientes. Este se torna fragmentado, pouco efetivo, distante do objeto do enfermeiro, refletindo a influência do mundo moderno, do modelo cartesiano-newtoniano de prestação da assistência, típico do mundo moderno, no qual o pensamento é reducionista, tecnicista, mecanicista, com pouca valorização da subjetividade, do sujeito e suas vivências.

Neste modelo, o profissional tem sua prestação de serviço voltada para o cumprimento de tarefas, rotinas e metas, não se preocupando com o sujeito, suas necessidades, sem olhar a subjetividade do cuidado (RAMOS et al, 2013). Percebi que esse modelo fragmentado e pouco valorizador da subjetividade, do estar junto com, estava presente no cotidiano dos enfermeiros, que relataram a condição de impossibilidade de manter o contato com o paciente, conforme vemos abaixo:

Sempre eu fico mais de um andar (...) é uma demanda muito grande e eles têm todos os problemas que você pode imaginar. Então, assim, tudo que eu preciso fazer daqui, eu faço uma supervisão indireta. Enf. 6

Tal situação vem de encontro ao pensamento de Maffesoli (1996), uma vez que este autor orientou quanto à importância de valorizar a ética da estética, valorizar o estar junto, a essência humana, focar o olhar não apenas para o indivíduo, mas também para o grupo com o qual este se relaciona, interage, constrói relações, cresce enquanto ser humano. Dessa forma é que se pode realmente fazer com que o processo de saúde aconteça a partir da troca de sentimentos, percepções e ensinamentos. A partir da interação entre as pessoas é que o processo educacional verdadeiro ocorre, pois cresce a partir da experiência e interação dos envolvidos, que passam a ser responsáveis pelo momento de construção de conhecimento.

Barbos e Oliveira (2009, p.70), em estudo sobre a contribuição de Paulo Freire e Michel Maffesoli no cotidiano das práticas sociais, destacam que: “as pessoas aprendem na própria prática social, isto é, por meio da participação nesse espaço, as pessoas acessam diferentes saberes, não só sobre a dinâmica e a natureza dessa prática específica”.

Nesse sentido, torna-se impossível a realização desse aprendizado social, uma vez que o relato dos profissionais demonstra que estes atuam de maneira indireta com o paciente, não conseguindo o contato necessário para que o momento de trocas e interações ocorra, como demonstra a fala abaixo:

Vai chegar, é a mesma coisa que eu te falei no início: eu não consigo, eu não consigo atender todo mundo da maneira que precisa. Isso sem contar que é um que te chama para um lado, que te chama pro outro... os andares são completamente diferentes. Enf. 6

Essa condição enfrentada pelo enfermeiro, que acaba sendo “pressionado” a cuidar de mais de um setor, cada qual com suas particularidades e exigências, poderia ser evitada se as instituições cumprissem as determinações de dimensionamento

profissionais estabelecidas pelos órgãos de classe, conforme a Lei n. 7.498, de 26 de junho de 1986, Lei do Exercício Profissional, e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen – n. 293/2004.

A previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem e o cumprimento correto do dimensionamento de pessoal impactam positivamente na qualidade de assistência da equipe, reduzindo o número de erros, aumentando a eficiência e satisfação da equipe e pacientes, bem como resultam na diminuição dos custos institucionais (ARBOIT e SILVA, 2012).

Os motivos mais diversos foram levantados pelos enfermeiros para tais situações, mas, em muitos relatos, foi evidenciado o precário dimensionamento de pessoal da enfermagem, demonstrando um déficit de profissionais para garantir assistência adequada aos pacientes.

Segundo Arboit e Silva (2012, p.129), citando Versa (2011):

Na enfermagem, o dimensionamento de pessoal representa um instrumento gerencial para o planejamento de uma assistência de qualidade e também auxilia na adequação do quadro de pessoal às necessidades dos usuários e às características do Serviço de Enfermagem e da instituição.

A correlação entre o número de profissionais e qualidade de serviço também é relatada por Nogueira et al (2013). Os autores apontam como consequência da sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem a queda da qualidade dos serviços por eles prestados.

Essa mesma relação também foi evidenciada nas falas dos sujeitos, como se pode perceber:

Assim, sinceramente, pelo que eu percebo, é o número de pacientes por enfermeiro. Muitas vezes, a gente trabalha com cem pacientes. Não é? Enf. 1

Tendo X pacientes para cada enfermeiro, com certeza, esse protocolo ele seria muito, seria muito válido. É... você teria muito é... fruto... muito recurso para prestar assistência, sabe? Então... e você tem que cumprir! Independe se é um enfermeiro e são 54 pacientes. A coisa passa muito batido, entendeu? Enf. 7

Por consequência, a enfermagem aparenta estar muito aquém de suas possibilidades de intervenção, sem autonomia profissional, distante das ações coletivas e individuais que lhe são próprias. Essa ausência profissional pode acarretar o que chamo de “vazio assistencial do enfermeiro”, pois este não faz seu papel social de agente transformador na saúde do indivíduo, equipe e comunidade.

Sua ausência pode permitir que a doença prevaleça sobre a essência da vida, que o indivíduo e equipe flutuem em mares revoltos, sem direcionamento, com impactos negativos para toda a assistência e imagem da profissão. A visão do enfermeiro, nessas condições, pode ser permeada de uma pobreza de percepção da realidade, distante do verdadeiro sentido do cuidar; pode não atingir a essência das coisas; enfim, pode ser vazia, sem vida, se perdendo na dinâmica das instituições modernas.

Tal situação pode levar o indivíduo a se tornar apático, pouco crítico, pouco reflexivo, sem pró-atividade em suas ações e, conseqüentemente, de sua equipe. O enfermeiro pode passar a não interagir com o paciente, não se fazer presente. Portanto, pode tornar-se inexistente para aquele que necessita de cuidado, pois este se dá a partir de momentos de interação, de estar junto com (PATERSON e ZDERAD, 1976).

Maffesoli (1996, p.12), analisando a importância das relações, afirmou:

Ao contrário, essas relações tornam-se relações animadas por e a partir do que é intrínseco, vivido no dia-a-dia, de um modo orgânico; além disso, elas tornam a centrar-se sobre o que é da ordem da proximidade. Em suma, o laço social torna-se emocional. Assim, elabora-se um modo de ser (*ethos*) onde o que é experimentado com outros será primordial. É isso que designarei pela expressão: “ética da estética”.

Essa percepção, essa ausência de momentos de aproximação com o outro são observadas nos relatos dos profissionais, demonstrando sentimentos de pesar por não estarem ao lado do paciente, cientes da fragilidade de sua assistência indireta, conforme se pode ver abaixo:

Eu queria que o meu cuidado fosse mais assistencial, mas, geralmente, não é. Eu queria mesmo estar mais presente, poder [...]. Realizar, assim... os procedimentos como algumas punções, nem sempre eu consigo [...]. Eu acho assim, eu acho que esses são os principais, eu acho que a gente tinha que estar mais presente nessa parte da assistência mesmo. Enf. 6

O relacionamento humano acontece com o advento do sinergismo entre a razão e a emoção, em que afeto e emoção se afloram e permitem a construção do relacionamento interpessoal (MAFFESOLI, 1998). Conforme relatou Maffesoli, em seu livro “Elogio da Razão Sensível”, o racionalismo moderno deve ser envolto por uma “racionalidade aberta”, levando em conta a realidade em todos seus aspectos, sem deixar de lado a subjetividade, o lúdico, o vitalismo existente em cada indivíduo. Sem isso, o distanciamento do paciente leva o enfermeiro a se afastar de sua meta de trabalho

(o cuidado), fazendo com que a desvalorização e insatisfação profissional e insatisfação façam parte de seu cotidiano, como sinaliza a fala abaixo:

Não estou exercendo a enfermagem! Não estou! Eu fico triste mesmo! Não tive tempo de olhar o paciente porque estava em reunião, tem que resolver papel, é auditoria, é... não é só aqui não! A, a enfermagem está virando mais isso e quem fica mais nos cuidados é os técnicos! Os enfermeiros estão perdendo a essência da enfermagem! Enf. 3

Esse afastamento do cuidado ao paciente também foi relatado por Ramos et al (2013, p.43):

Do outro lado, estão os profissionais de nível superior que, guiados por essa ideologia cartesiana, preterem o desenvolvimento de atividades práticas e de contato direto com o paciente, priorizando ações burocráticas e de gerenciamento e, assim, relegando a essência de sua profissão. Nessa perspectiva, evidenciamos a desvalorização do cuidado de enfermagem que, nesse cenário, prima por ações tecnicistas.

Em consequência desse afastamento, as falas dos sujeitos aparentam sentimentos de angústia velada, presa no cotidiano dos enfermeiros, corroendo-os gradativamente. Isso é, no mínimo, preocupante para mim, que percebi sujeitos que aparentavam estar submersos em um cotidiano avassalador, o qual diminuía o prazer próprio de cada profissional, podendo extorquir deles a essência de sua profissão, podendo não proporcionar seu bem-estar e do próprio paciente. As falas abaixo mostram um pouco isso:

As escalas que a gente faz, de Braden, de... agora tem risco de queda. Isso é bom para o paciente! Isso é bom! Só que perde! Igual, por exemplo, a gente podia ficar seis horas cuidando do paciente e a gente fica, às vezes, duas horinhas, uma horinha. Enf. 3

Porque, a partir do momento que eu não olho aquela criança, eu sinto que não vou, aquele paciente do jeito que eu queria, eu sinto que eu estou olhando aquele paciente pelas metades. Eu não estou prestando cuidado por inteiro. É assim que eu me sinto. Eu não estou por inteira ali! Enf. 6

Em consequência desses sentimentos, os profissionais podem se defrontar com doenças laborais, normalmente constituídas e construídas por um longo período de exposição a fatores estressantes. Algo perturbador percebido foi encontrar nos relatos frases que já demonstravam o desgaste emocional decorrente desses sentimentos, dessas frustrações, com impacto extremamente negativo para a qualidade de vida do profissional e de seus pacientes e para a própria instituição.

Ah, não é pequena, parece que assim ... é desvalorização profissional mesmo, propriamente dita é desvalorização profissional mesmo! A palavra que eu

encontrei agora é isso. A gente... se eu fosse valorizada, a enfermeira não vai fazer isso não porque ela é muito mais importante fazer aquilo outro. Enf. 1

Insatisfação! Vamos supor, quando eu não consigo fazer, é porque alguma coisa me levou a não fazer! Às vezes, é uma intercorrência, às vezes, é outro problema, então eu tento parar e pensar: o que eu podia ter administrado para conseguir fazer isso? Enf. 4

Autores como Martins et al (2011) já estudaram a complexa e densa atividade dos profissionais de saúde em meio hospitalar. Este ambiente possui em sua natureza uma exigência maior dos trabalhadores, pois é nesse local onde se encontram as situações de maior complexidade da área da saúde. Invariavelmente, existe no hospital, além das demandas dos pacientes, uma intrínseca hegemonia médica, trazendo para os profissionais de enfermagem certa tendência a uma submissão ao médico (FOUCAULT, 2012).

Diante de tamanho sofrimento profissional, Santos et al (2013, p. 98) fizeram a seguinte análise: “O sofrimento acontece quando há uma falha na intermediação entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pela organização e gerência do trabalho”.

Esse sofrimento advém da ausência da percepção do outro, da ausência da sensibilidade orgânica levantada por Michel Maffesoli. É preciso, nesse momento, dar valor às pequenas coisas, encontradas no dia a dia das relações, nos sentimentos envoltos em cada um, nos olhares, modo de se vestir, na maneira de olhar e falar. Enfim, segundo Maffesoli (1998, p.74):

Com efeito, constata-se cada vez mais, e talvez esteja aí uma das marcas da pós-modernidade, que não há nenhum domínio que escape ao retorno em massa do afeto: as relações “tribais” que pontuam a vida social, evidentemente, mas, igualmente, o político, as relações culturais, religiosas, de trabalho... é precisamente isso que torna necessária uma visão orgânica do mundo.

Nesse sentido, não consegui perceber em algumas falas o prazer necessário para o verdadeiro cuidar do enfermeiro, sua realização profissional e, por consequência, o crescimento de suas potencialidades. Sem um ambiente favorável, os sujeitos ficam expostos a uma situação de deterioração profissional e pessoal, que afeta sua autoestima e proporciona o surgimento de doenças ocupacionais (HORA, FERREIRA e SILVA, 2013).

Principalmente nos profissionais do sexo feminino da enfermagem, o ambiente hospitalar favorece a criação de estresse, pois as enfermeiras, geralmente, possuem outras jornadas de trabalho como atividades domésticas, com a família etc. (HORA,

FERREIRA e SILVA, 2013). Portanto, esse ambiente de trabalho torna-se propício ao desenvolvimento de estresse laboral, despertando sentimentos contrários ao que qualquer indivíduo deseja, como se pode observar nas falas abaixo:

Então eu fico, às vezes, frustrado com essa situação. Fico assim, um pouco triste! Enf. 5

Ah, é uma questão de frustração, né? Sinto também que o enfermeiro é explorado, né? Uma questão de exploração porque o enfermeiro ele é uni, não é dez, não é cem, né? Enf. 7

Em consequência a essas frustrações (muitas vezes veladas) causadas pelo ambiente estressor próprio do trabalho da saúde e pelos fatores prejudiciais ao desempenho do enfermeiro, percebi sentimentos que podem apontar para a presença de Síndrome de Burnout, característica de indivíduos esgotados, desgostosos com sua atividade laboral. Oliveira et al (2014, 186) definiram esta síndrome:

A Síndrome de Burnout causa uma exaustão emocional caracterizada por um sentimento muito forte de tensão que produz uma sensação de esgotamento, de falta de energia para lidar com as rotinas da prática profissional e da vida pessoal.

Estudos outros corroboram com o pensar dos pesquisadores, sinalizando que profissionais de unidades fechadas em hospitais também apresentam, com grande prevalência, sintomas característicos do estresse profissional, o que traz prejuízos para a qualidade de vida dos enfermeiros e, por consequência, do atendimento prestado aos pacientes (BARBOZA et al, 2013; PANUNTO e GUIRARDELLO, 2013). Tais consequências foram evidenciadas nos sujeitos, os quais se mostravam cansados, desmotivados com a realidade por eles vivida. Pode-se perceber isso nas falas que se seguem:

Eu me sinto um pouco frustrada por eu não conseguir fazer isso! Enf.6

Sabe, valorizar a equipe de alguma forma, sabe, a equipe somos nós também! Nós também precisamos de alguma valorização. Enf.2

Frustrada! Eu fico frustrada! Eu fico um pouco... não vou falar revoltada! Revoltada, nessa altura do campeonato, não! Mas fico chateada nesse sentido de sentir o quanto o enfermeiro é explorado! Enf. 7

Diante de tantos sentimentos de insatisfação, também pude perceber nas falas o relato de esgotamento, de cansaço físico, característico dessa síndrome e dessa condição desfavorável de trabalho, como citado abaixo:

Primeiro, tirando o cansaço, desmotivada. Desmotivada também! Só estou falando coisa ruim, não é? Enf. 6

Embora houvesse inúmeras falas que buscavam transmitir o cansaço e condições desfavoráveis do trabalho dos entrevistados, também consegui perceber, para minha satisfação, que o cotidiano dos enfermeiros era permeado de ações que buscavam sua emancipação enquanto profissionais, com alto grau de significância para aqueles que participaram da pesquisa.

O cotidiano dos sujeitos envolvidos na pesquisa também mostrava momentos de felicidade com o trabalho, emergindo nas falas sentimentos de satisfação, de interação, de conquista. No fundo das aparências, os dizeres trouxeram relatos de emancipação profissional, participação ativa do enfermeiro e interação com o paciente e equipe.

4.3- “NO FUNDO DAS APARÊNCIAS” A SATISFAÇÃO COM O TRABALHO

O cotidiano vivido pelos entrevistados traz uma expectativa e um pluralismo de sentimentos típicos da enfermagem, profissão envolvida com o cuidado, com a inter-relação humana. Nesse mundo de interações e intervenções, pude perceber a importância direcionada para profissão, ao ser humano ali necessitado e ao próprio ambiente de trabalho.

Verifiquei a necessidade de entender melhor essa dinâmica de sentimentos envolvidos nas entrevistas, para isso, busquei alguns referenciais teóricos que transmitissem melhor os processos envolvidos na profissão do enfermeiro.

Historicamente, como já relatado, a enfermagem possui a influência da religião e um valor de formação inicial voltado para caridade (AVILA et al, 2013). Ainda percebo, em minha experiência profissional, trabalhadores, instituições e comunidades que fazem relação direta do enfermeiro como representante da bondade, ser caridoso, transmissor de amor, subserviente.

Apenas conhecendo a história de sua profissão, seu papel na sociedade, paradigmas e desafios a serem alcançados é que o profissional da enfermagem conseguirá reverter essas concepções, incabíveis para a enfermagem contemporânea. Nesse sentido, Avila et al (2013,p.106) afirmaram que:

Por outro lado, não é somente o conhecimento que promove visibilidade ao fazer do enfermeiro, mas também o modo de agir do enfermeiro, de maneira ética, pode assegurar o enfrentamento de uma série de preconceitos sociais que acometem a Enfermagem.

Torna-se fundamental a participação ativa do profissional na mudança das ações da enfermagem, devendo passar de um mero cumpridor de tarefas e prescrição médica para um agente de transformação social. Para isso, cabe ao enfermeiro conhecer de forma ampla suas ações e suas possibilidades, não se omitindo no cumprimento do cuidado.

Para reforçar e garantir a percepção do enfermeiro frente às suas demandas, reporto-me a Maffesoli (2011, p.24), pois esse valorizou a pluralidade da vida e cotidiano: “[...] intelectual, religiosa, política, industrial, etc., tudo e todas as coisas devem dar-se a ver, dar espetáculo. Podemos dizer, numa óptica weberiana, que podemos compreender o real a partir do irreal (ou daquilo que é considerado enquanto tal)”.

Tal atitude acaba por ajudar o sujeito no alcance da construção de seu *marketing* pessoal, mudando a concepção da profissão em que trabalha. Essa valorização, conforme cita um dos entrevistados, deve partir de cada indivíduo:

A revolução que a Florence trouxe então, a gente tem que aprender a valorizar ela, a enfermagem precisa ser mais valorizada, até pelos próprios profissionais de enfermagem, o trabalho que ele faz. Enf. 1

Persona et al (2009, p.645-646) ressaltaram que a enfermagem tem como essência o cuidar, cabendo ao enfermeiro os conhecimentos necessários a esta ação, bem como sua gestão. Entretanto, segundo esses autores, é necessária a aquisição e o aprimoramento do chamado “quinto padrão do conhecimento” da enfermagem, ou seja, o padrão sociopolítico, no qual o enfermeiro se sente parte do processo de transformação, percebendo-se como agente transformador de sua realidade e dos outros que o cercam. Dessa forma, ele irá viver plenamente o processo de cuidado, integrando-se a ele, percebendo os impactos promovidos através de suas ações.

Para que esse momento aconteça, também se faz necessário que o enfermeiro entenda o que é sua profissão. Nesse sentido, Angelin (2010) apresentou duas formas de interpretação do que seria a profissão. A primeira, calcada sob os moldes do funcionalismo, exige que uma profissão possua atributos específicos, com conhecimento próprio, além de encontrar respaldo nas associações profissionais.

A segunda, influenciada pelo modelo interacionista, mostra que deve haver uma valorização do processo e suas interações, considerando a individualidade e personalidade de cada sujeito, bem como a existência da autonomia profissional. Além disso, para os interacionistas, em uma profissão, existe uma “hierarquização das funções e a separação entre funções essenciais, reconhecidas como sagradas e funções secundárias, tidas como profanas” (ANGELIN, 2010).

Reforçando esses conceitos, reporto-me a Pires (2013, p.40), que apontou como atributos da profissão, entre outros:

[...] realizar um trabalho que tenha utilidade social, ou seja, a sociedade reconhece a sua necessidade e importância; fundamentar-se em um saber especial a ser produzido pelo exercente da profissão e transmitido pelos pares na formação de novos profissionais; dispor de autonomia para decidir sobre o seu trabalho; contar com legislação específica que define quem pode exercer a profissão; dispor de um código de ética que estabeleça padrões orientadores para o agir profissional; e contar com entidades que representem a profissão na sociedade e que defendam os parâmetros ético-legais e as condições requeridas par este fazer.

Portanto, os enfermeiros são pertencentes a uma profissão, com características próprias. Entretanto, ainda existe muito para que a enfermagem caminhe e seja reconhecida em nossa sociedade como essencial pelos usuários da saúde. Ela necessita desenvolver ações e conhecimentos próprios, conhecimentos que reforcem nossos conceitos sobre ética, trabalho, cuidado e transformação social.

Torna-se necessário ir além do aspecto formal das coisas, conforme afirmou Maffesoli (1996) em seu livro “No fundo das Aparências”. Para o autor, é preciso dar importância para a aparência das coisas, relativizar a razão, ir além das imagens sociais, mas sempre apoiar-se nos pequenos detalhes do cotidiano para que o estar junto seja o mais pleno possível.

De acordo com Pires (2013, p.41), é necessário: “Produzir conhecimentos sobre ética, bioética e suas implicações no fazer da Enfermagem. Produzir conhecimentos sobre história do campo da saúde e da Enfermagem e sobre educação em saúde e Enfermagem”. Ainda segundo a autora: “Nesse sentido, é fundamental dispor de entidades que defendam o que cabe à profissão e que se posicionem contra o exercício ilegal”.

Seguindo esse raciocínio, é preciso entender qual papel estamos desempenhando enquanto enfermeiros e qual nosso entendimento sobre o cuidado. Muitas vezes, nos encontramos imersos num processo de trabalho fragmentado, não

articulado, com poucas diretrizes e resultados alcançáveis, tornando nossa práxis pouco tangível em um cotidiano massacrante, frequentemente infeliz.

Na pós-modernidade, estamos vendo e percebendo a busca por novos parâmetros, tangíveis aos profissionais da saúde, os quais almejam romper com um olhar mecânico ao paciente, voltando esse olhar para suas diversidades, costumes e crenças. Por meio do e com o paciente é que o enfermeiro deve construir seu processo de trabalho, valorizando o cuidado a partir do outro, estando com o outro, construindo uma prática reflexiva e flexível na ação de cuidar (PATERSON e ZDERAD, 1976; AMOS et al, 2013).

Essa questão aflorou nas falas dos enfermeiros, quando esses relataram a importância do trabalho em suas vidas, bem como a interação com o paciente, como se vê abaixo:

Assim, eu vou... eu gosto muito de enfermagem. Eu não me vejo fazendo outra coisa. Eu sou apaixonado pela enfermagem. Quando eu começo a pegar o meu eu... eu até me emociono. Enf. 5

Ah, em questão de emocional, é a satisfação profissional, não é? A gente vê onde a gente faz a diferença! É o que a gente estudou para estar fazendo, né? Enf. 2

No que tange ao que foi dito acima, percebo a necessidade de valorização das relações, do contato com o outro, do estar junto com. Influenciados pelo interacionismo simbólico, devemos olhar para o cotidiano e subjetividade existente em cada um com quem nos relacionamos, valorizando os símbolos existentes nessas relações, compartilhando perspectivas, colocando no foco das atenções o sujeito, não a técnica (MAFFESOLI, 1996).

Através dessas ações é que o enfermeiro irá encontrar sua verdadeira práxis, sentindo suas ações como mecanismos de transformação social e de bem-estar para o outro. Nesse momento, dar-se-á o nascimento da emancipação do profissional da enfermagem, detentor de uma práxis que lhe traga felicidade e liberdade.

Conforme mostraram Salimena et al (2013, p.146), ao valorizar os cuidados prestados pelo profissional de enfermagem: “Salienta-se que estes se surpreendem ao serem reconhecidos por desempenharem atividades básicas de cuidado, como se apenas procedimentos complexos os valorizassem como [bons profissionais]”.

Essa satisfação foi também apresentada pelos entrevistados, conforme descrito abaixo:

Eu gosto muito do que eu faço. Muito, muito mesmo. Eu me sinto realizada no que eu faço. A gente não ganha muito, né, mas...tá difícil responder. Enf. 3

Eu já tenho que sair da minha casa dizendo: olha tem pessoas que precisam de mim e eu vou cuidar delas da melhor maneira. Enf. 4

Além desse prazer em lidar com o paciente, o sentido de satisfação é demonstrado ao se reportarem ao processo de interação com a equipe de trabalho, fator facilitador para um ambiente mais harmônico e prazeroso. Muitos relataram em seu cotidiano a presença do trabalho em equipe, demonstrando sentimentos de mais-valia, conforme mostram os depoimentos abaixo:

Que tem um trabalho de interação muito bom, de comunicação. Então eu falo: “olha, eu preciso agora que dê continuidade, naquele que eu não fui”. E ela mantém! Então a gente tem uma comunicação muito boa com ela. Enf. 1

A enfermagem é equipe também! Não é só o enfermeiro, a equipe tem que estar também... e eu estou vivenciando muito isso aqui! Nesse setor. Enf. 2

Então, vamos supor, se eu não consegui olhar do jeito que eu queria para o paciente naquele dia, alguém já começa por ele. Enf. 4

Não é só chegar pode fazer. Eu acho que a gente tem que fazer e a equipe tem que ver que você está junto com eles. Enf. 5

Tais relatos transmitem a noção de que o processo de cuidar não é uníssono, não é exclusivo de um indivíduo. Ele é complexo, parte de um trabalho entre indivíduos e para indivíduos; através dessa interação na centralização do cuidado no trabalho se torna mais prazeroso, completo, transmitindo aos cuidadores a sensação de possuírem uma força transformadora da realidade na qual estão inseridos.

Dall’Agnol et al (2013, p.3) fizeram uma análise sobre as motivações da liderança de enfermeiros:

A construção de relações de confiança e respeito entre os membros da equipe de enfermagem pode auxiliar na valorização do capital social das organizações e no fortalecimento de redes cooperativas, solidárias e com valores compartilhados.

De acordo com Arboit e Silva (2012, p.129), a excelência de saúde acontece quando existe o trabalho de equipe:

Neste sentido, os profissionais necessitam estar adequadamente instrumentalizados, para proporcionar cuidados de enfermagem qualificados, articulados com os demais membros da equipe multiprofissional e interdisciplinar, visando à resolubilidade das ações, na promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos pacientes/clientes.

Para esses autores, o processo participativo criado pelos enfermeiros facilita e agiliza as ações necessárias para o cuidar, constrói relações de confiança e respeito entre seus membros. Tal situação acaba por proporcionar um ambiente seguro e equilibrado para que a práxis de enfermagem aconteça de forma natural, fluida, trazendo benefícios para cuidadores e pacientes.

De acordo com Agnol et al (2013), as melhores equipes são detentoras de líderes flexíveis, criadores de espaços democráticos para construção de saberes e soluções de problemas. Nesse sentido, muitos foram os relatos dos enfermeiros que transmitiam essa capacidade de liderança no cotidiano do hospital, sempre transmitindo um sentimento de felicidade por exercer tal papel. Para os sujeitos, o fato de serem referencia para equipe era motivo de satisfação profissional, pois percebiam e se enxergavam como essenciais para o andamento organizado e efetivo do serviço.

Eles têm dúvidas, eles vêm até mim, eu sou daquelas que, quando eu não sei, eu procuro pesquisar, eu procuro professor, uma pessoa mais experiente, eu corro atrás, eles veem isso, às vezes, eu vou dar um simples treinamento de posições, de mudança de decúbito. Eu procuro trazer fotos, figuras, eu não sou só de... entendeu? Eles gostam... eu vejo que eles têm segurança em mim. Enf. 3

Porque assim: você se esforça o máximo para olhar todo mundo, incentivo, algo que eles realmente precisam de uma direção, a equipe precisa de uma direção, como que o curativo, como que eu vou fazer o curativo, às vezes, de um cuidado no banho, às vezes, dúvidas com relação a algumas medicações a serem administradas. Então o que que acontece: eu oriento a equipe. Enf. 4

Essa liderança e satisfação ficam mais facilmente percebidas quando o trabalho da enfermagem ocorre com fortes laços de equipe, de união entre os profissionais. Para isso, o enfermeiro lança mão do processo de sistematização de assistência de enfermagem como ferramenta facilitadora desse mecanismo de liderança de sua equipe.

A partir da sistematização da assistência de enfermagem possibilita-se a construção de ambiente seguro, encorajador, facilitando o trabalho de equipe e liderança, o que ocorre a partir do momento em que os membros da equipe se percebem como essenciais nesse processo de cuidado.

Portanto, a sistematização da assistência de enfermagem existe a partir do momento em que o enfermeiro percebe também a subjetividade existente em cada membro de sua equipe, valorizando as peculiaridades de cada indivíduo, suas percepções, ideais e seus próprios sentimentos. É nesse caminhar de construção de equipe que o profissional conseguirá desenvolver seu papel de liderança frente sua

equipe, promovendo o ambiente necessário para a execução do cuidado e construção de satisfação laboral.

Segundo Souza et al (2013) e Agnol et al (2013), o enfermeiro líder traz para si a responsabilidade em direcionar sua equipe, busca criar a harmonia necessária para seu grupo. Dessa forma, ele envolve não só a participação coletiva no processo de cuidar, mas toma para si procedimentos que lhe são próprios, trazendo qualidade para assistência de enfermagem ao paciente. Essa atitude foi percebida por mim quando os entrevistados enfatizaram que assumiam algumas funções que são exclusivas do enfermeiro, enfatizando o reconhecimento de sua equipe.

Sondagem vesical de alívio, de demora, sondagem gástrica, lavagem gástrica, isso tudo eu consigo fazer. A equipe me referencia. Enf. 5
A equipe sente confiança em mim, sente confiança! No meu trabalho, na minha prática de enfermagem. Enf. 3

Para que haja a atitude adequada do enfermeiro, enquanto líder de sua equipe, o profissional necessita direcionar a prestação da assistência de enfermagem, definindo as condutas necessárias para a harmonia do cuidado. Quanto ao processo de enfermagem, encontrei, com muita satisfação, os dizeres dos entrevistados sobre sua ação de cuidar. Muitos foram os depoimentos que faziam alusão à sistematização da assistência de enfermagem como forma de satisfação, direcionamento da equipe e segurança para a aplicabilidade do cuidado.

Ah, o cuidado significa fazer a diferença! Poder proporcionar para o paciente coisas que somente o enfermeiro pode proporcionar. Estar avaliando e fazendo a sistematização, fazendo as prescrições de enfermagem, mesmo que aqui, no caso, não são escritas, a gente pode estar falando para equipe, orientando, sabe? Enf. 2
Missão cumprida! Missão cumprida! Eu fico aliviada quando você tem o plantão e consegue olhar todos os pacientes, cuidar com zelo, faz plano de ação, prescreve, consegui. Enf. 4

Em concordância ao exposto acima percebi em minha prática que o alcance da melhor assistência de enfermagem se dá por meio do diálogo entre as partes interessadas, com envolvimento de todos aqueles que fazem parte do cuidado. Nesse sentido, não se consegue a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), processo esse de direcionamento do trabalho do enfermeiro e equipe, sem a participação e entendimento de todos os envolvidos, seja ele criador ou executor das ações a serem realizadas.

Para que esse processo de sistematização de enfermagem ocorra, é preciso que o profissional encontre suas raízes no seu processo de construção de conhecimento

ainda como acadêmico, de forma que ele não só entenda, mas saiba construir o pensamento emancipatório envolvido na construção da SAE. É o que Nietzsche (2000) enfatiza, em seu livro “Tecnologia Emancipatória”: necessidade dos profissionais da enfermagem em construir tecnologias que lhes sejam próprias, emancipatórias, construídas a partir da análise da cultura e participação da clientela por eles atendida.

Nesse sentido, Freire, no livro “Educação como prática de liberdade” (1982), enfatizou a importância da construção do conhecimento a partir do outro e de suas relações, conforme descrito:

A partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo que ele mesmo é o fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. Faz cultura.

Maffesoli também corrobora esse pensamento, quando enfatiza a importância da valorização do ser humano, da organicidade do ser.

Uma vez aqui, à imagem do barroco, a “visão do interior” compreende, “prende junto” (cum-prehendere), todos os elementos da realidade, do macroscópico ou microscópico, percebe suas numerosas interações, a lógica interna e as constantes metamorfoses. Coisas que são, justamente, as características do vivente. Assim, enquanto o racionalismo abstrato se contenta com uma visão mecanicista, a sensibilidade intuitiva assenta na lógica do vivente e sua dinâmica orgânica (MAFFESOLI, 1998, p.135).

Para que essa sistematização da assistência de enfermagem ocorra de forma sólida, sustentada, é imprescindível que o profissional entenda sua história, sua construção e consolidação na enfermagem brasileira. Martins et al (2011) referiram que esse processo de enfermagem foi desenvolvido no Brasil a partir de Wanda Horta, após a década de 70. Com o desenvolvimento de pesquisas e surgimento de teorias, a sistematização de enfermagem evoluiu, trazendo consigo novos pensamentos para auxiliar os enfermeiros na garantia de melhor qualidade na assistência.

A Resolução n. 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todos os ambientes de saúde em que exista a intervenção de enfermagem, sejam eles públicos ou privados.

De acordo com Machado et al (2010, p.192):

O processo de Enfermagem é um método sistemático utilizado para auxiliar na realização da prática do enfermeiro, é uma forma de prestar um cuidado mais completo ao cliente, com o objetivo de identificar as necessidades e

implementar a terapêutica adequada, além de qualificar a assistência de enfermagem de forma humanizada.

Portanto, baseado em minhas próprias experiências, saliento que é fundamental a utilização da SAE pelo profissional enfermeiro. Destaquei intencionalmente a palavra, uma vez que esta traduz a afirmação do indivíduo enquanto detentor de um conhecimento próprio, específico, que configura sua autonomia e o coloca como essencial perante o paciente e a sociedade (ANGELIN, 2010).

Reforçando esse pensamento, Avila et al (2013, p. 106) enfatizaram a importância da atitude profissional do enfermeiro para sua valorização e autonomia:

Por outro lado, não é somente o conhecimento que promove visibilidade ao fazer do enfermeiro, mas também o modo de agir do enfermeiro, de maneira ética, pode assegurar o enfrentamento de uma série de preconceitos sociais que acometem a Enfermagem.

Vivenciando essas experiências de autonomia, em minha trajetória profissional, remeto-me aos dizeres de Maffesoli sobre as características do ser orgânico, do vitalismo próprio do ser que interage e que se faz presente no mundo:

Deve-se entender estética, aqui, em seu sentido mais simples: vibrar em comum, sentir em uníssono, experimentar coletivamente. Coisas que permitem a cada um, movido pelo ideal comunitário, sentir-se deste mundo e em cada neste mundo (MAFFESOLI, 1998, p.137).

Essa necessidade de se sentir no mundo também foi exaltada pelos entrevistados quando suas falas demonstravam algumas iniciativas que iam ao encontro da sistematização da assistência de enfermagem, transmitindo sensação de bem-estar para os enfermeiros, tornando-os mais seguros nas atividades cotidianas do cuidado.

Quando eu faço essas prescrições todas, quando eu estou ciente, quer dizer, os técnicos têm que ter o cuidado com o enfermeiro que eles têm que ter. Enf.6

Que eu estou dando realmente... que eu estou informado do que está acontecendo com os pacientes e eu posso ajudá-los, né? Na questão de prescrição de enfermeiro, aí eu... entra as minhas ações, né? Enf. 4

Então, para mim, traz, até essa parte de burocrático não me incomoda não porque traz, eu estou afirmando escrito tudo o que eu fiz e tudo o que eu fiz de certo, tudo o que eu vi no paciente, então me passa uma sensação boa, assim, tranquila, de tranquilidade de hoje. Enf. 6

Entretanto, para que essas etapas do cuidar aconteçam, alguns fatores tornam-se obrigatórios na instituição e necessários aos profissionais. A sistematização da assistência de enfermagem é amplo, complexo, exige dedicação, conhecimento técnico

e científico de seus executores, além de atitudes por parte de uma instituição que entenda a importância de propiciar ambiente e condições propícias para a realização desse modelo de gestão de cuidado por parte do enfermeiro.

Segundo autores como Machado et al (2010) e Martins et al (2011), ainda são poucos os locais e profissionais que conhecem todas etapas da sistematização da assistência de enfermagem, as técnicas e conhecimentos imprescindíveis para seu fazer, facilitando a fragmentação e redução dos cuidados apropriados e prioritários aos pacientes.

Em consonância com esses autores, percebo a grande dificuldade que os enfermeiros possuem para a execução de todas as etapas da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). A execução desta advém de um conhecimento prévio, construído ao longo da formação acadêmica do enfermeiro. Nesta formação, muitas vezes fragmentada e destituída de valores próprios do mundo contemporâneo, o acadêmico recebe um conhecimento superficial sobre o processo de cuidado do enfermeiro, muitas vezes, sem uma experiência prática e real da utilização da SAE.

Como consequência dessa falha do processo educacional, o enfermeiro adentra no mercado de trabalho com seu pensamento pouco sólido sobre seu foco de trabalho, deixando-se levar por uma realidade cruel, na qual não há a intencionalidade de valorizar o verdadeiro agir do profissional enfermeiro. Por conseguinte, conforme reforçado por Nietzsche (2000, p. 120), referindo-se à prática da enfermagem: “há um enorme vazio a ser preenchido pelo desenvolvimento de saberes e práticas específicas”.

Esse vazio na ação da enfermagem desencadeia um cuidado frágil, facilitando uma condição instável de trabalho do profissional. Conforme afirmaram Casafus, Acqua e Bocchi (2013, p.317) durante análise da consequência da carência da sistematização da assistência de enfermagem: “Com isso, decorre a falência da SAE, e a equipe de enfermagem passa a ser de executores de prescrição médica, o que impede que o enfermeiro exerça uma de suas atividades privativas”.

Nesse sentido, durante as entrevistas, percebi que a importância dada a sistematização da assistência de enfermagem decorre de valores intrínsecos aos próprios enfermeiros, os quais demonstram o cuidar como parte do seu fazer, sentindo-se incomodados quando ocorre alguma falha na continuidade da assistência, como apontam as falas abaixo:

É... muitas vezes, eu tenho que ficar teimando porque já vem aquela coisa que eles olham a prescrição médica! A de enfermagem não! Aí tem que ficar

todo dia falando! O que que eu sinto aí já vem um pouco a parte aí... eu faço! Mas eles não complementam o que eu já comecei. Enf. 6

Porque, muitas vezes, falta interesse! De algumas partes falta interesse! De outras, muitas vezes, é imposto! Ah, você tem que fazer isso! Mas por que tem que ser assim com a gente? Enf. 2

Diante dessas falas, percebo que o processo sistematizado do cuidado em enfermagem exige a participação e o comprometimento de todos os integrantes da equipe, para que haja continuidade e revisão contínua do processo. Somente dessa forma, o enfermeiro conseguirá atender e prestar uma assistência adequada ao paciente, com economia de tempo, recursos materiais e humanos, além de alcançar a satisfação de toda equipe quando esta analisa os resultados alcançados no seu fazer cotidiano.

Nesse sentido, penso que os mecanismos necessários para que essa assistência aconteça devam partir de um indivíduo íntegro, ético, comprometido com seu fazer, entendendo que a SAE facilita seu processo emancipatório enquanto profissional.

De acordo com Nietzsche (2000, p.135): “o processo emancipatório precisa ser intrinsecamente ético. [...] A emancipação humana não passa pela arma, pela guerra, mas pela participação e conquista”.

Portanto, cabe ao enfermeiro a vontade de se colocar com o outro, de interagir e de se fazer presente. Somente através da valorização das relações é que esse processo de cuidar se instaura, ocupa seu espaço na vida e pensamento de cada um, torna-se importante e essencial para a prática do cuidado de enfermagem. Conforme afirma Maffesoli (1998), é através da vontade de estar junto, do valor dado ao sensível e ao senso comum que a satisfação e felicidade das pessoas acontecem.

Alguns enfermeiros, entretanto, ainda percebem dificuldades para que a implantação dessa felicidade aconteça, pois encontram certos empecilhos para a realização dessa forma contemporânea do cuidar, conforme se apreende nas falas abaixo:

Eu acho que a dificuldade principal é a sensibilização da equipe! Porque, muitas vezes, a própria equipe de enfermagem é que não valoriza isso. Enf. 2
Então, assim, agora nós temos, isso traz uma segurança, agora o enfermeiro tá ali! Enf. 5

Importante dizer, após essa observação, que a própria equipe de enfermagem ainda está em processo de sensibilização para essa forma de gestão do cuidado, ficando a cargo do enfermeiro o principal papel de reversão desse pensamento. Este profissional não pode ficar alheio a essa situação, não deve permitir a chamada SAE ilusória,

definida pelos pesquisadores Casafus, Acqua e Bocchi (2013, p.316) como uma tentativa dos enfermeiros em produzir uma falsa gestão do cuidado perante as dificuldades em implantar o processo de sistematização.

Segundo esses autores, diante dessa SAE ilusória, a própria equipe de enfermagem encontra-se insegura, opta por voltar seu modelo de atenção de assistência para o modelo funcionalista, em que o principal ator do cuidado é o profissional médico. De acordo com Avila et al (2013, p. 107): “uma das causas que fragilizam a imagem e credibilidade do enfermeiro perante os pacientes está relacionada à hegemonia médica e à valorização da medicina em detrimento da Enfermagem.”

Para enfrentar e evitar esse modelo vigente em nossa realidade, cabe ao enfermeiro utilizar de uma prática significativa do cuidado, de forma a romper com o modelo funcional, fomentando sua práxis no interacionismo simbólico, com foco na valorização das relações, do indivíduo e sua essência. Segundo Angelin (2010), o modelo interacionista privilegia a lógica dos processos sociais, valorizando o sujeito no processo de construção da sua própria profissão.

Nesse sentido, Maffesoli (1996) enfatizou a importância da valorização do cotidiano, das pequenas coisas do dia a dia, do modo de ser das pessoas, suas interações, expectativas e sensações.

Dessa forma, o profissional sente-se afastado do tecnicismo puro, entendendo que faz parte do processo do cuidado, encontra seu papel na equipe e sociedade, participando ativamente das condutas e dinâmicas decorrentes da interação com o paciente, além de usar a essência existente nos lados envolvidos na ação do cuidado.

Como consequência, o enfermeiro passa a entender suas ações de forma a criar um espaço vigoroso de mudanças, construindo novas relações com sua equipe e paciente; entende seu processo de trabalho como meio para sua liberdade e afirmação profissional. Nesse sentido, valoriza a ação de estar com o outro e as interações decorrentes desse contato para criar a forma ideal de trabalho, construindo um cotidiano que favorece a construção da verdadeira enfermagem.

Sem esse processo de interação entre enfermeiro e paciente, não há saúde e nem existe o meio fecundo para a realização de uma prática emancipadora da enfermagem, conforme já exposto anteriormente. Nesse sentido, percebi que os entrevistados trazem sentimentos que reportam para a valorização do contato, do estar com o outro, buscam sua emancipação através da interação e percepção da subjetividade no paciente, conforme apresentado na seção seguinte.

4.4- O “ESTAR JUNTO COM”: OPORTUNIDADE DE MOTIVAÇÃO DO ENFERMEIRO

Conforme apresentado anteriormente, com o advento dos conceitos oriundos da pós-modernidade, os profissionais de saúde passam a repensar sua prática, seu modo de agir e estar no mundo. Dessa forma, o modelo fragmentado de cuidado, a forma reducionista e pragmática do enfermeiro de cuidar perde espaço para um modelo mais flexível, mais sensível de olhar o outro.

Diversos pesquisadores na enfermagem trabalham a importância desse novo modo de ver o mundo, valorizando o indivíduo e suas peculiaridades. Como exemplo, cito Watson (1985), autora da Teoria do Cuidado Humano, a qual valorizou o indivíduo, sua espiritualidade e sua essência, ultrapassando a barreira da patologia. Para a autora, o cuidado de enfermagem se dá por meio da relação eu-tu, indo além da análise da cura e da doença, avança na inter-relação entre corpo, mente e espírito.

Esse pensamento foi compartilhado por Maffesoli (2011, p.23), que enfatiza a importância do outro no processo de interação entre as pessoas: “Resumidamente, não é mais a autonomia – eu sou a minha própria lei – que prevalece, mas a heteronomia: a minha lei é o outro”.

Para esse autor, o pensamento moderno não mais consegue atender às demandas dos pacientes, ficando o processo de cuidar do enfermeiro aquém do modelo de saúde a ser instituído. Percebo, em minhas vivências, que, mesmo em um mundo influenciado pelo modelo tradicional de saúde, o enfermeiro vislumbra a necessidade de romper laços com o paradigma flexneriano, busca construir um modelo mais harmônico, com uma forma mais interacionista, mais dinâmica do cuidar.

Esse ambiente humanístico do cuidar foi trabalhado por diversos autores, entre eles Favero et al (2009, p. 214), que comentaram sobre o cuidado transpessoal de Jean Watson: “O cuidado transpessoal com base na definição utilizada determina uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o outro, estando este ser conectado ao universo e ao outro, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades”.

Encontrei também em Maffesoli (1996) o sentido para a busca desse novo olhar, pautado no outro, construído a partir de sua essência, valorizando as pequenas coisas do cotidiano. Para esse autor, a heterogeneidade, a complexidade, o pluralismo de

ideias e a apreciação da vida cotidiana são passos fundamentais para a construção do cuidado verdadeiro para com o outro.

Esse modo de pensar e agir encontrado na pós-modernidade foi abordado por diversos pesquisadores na enfermagem, os quais buscam construir um cuidado pautado na relação com o outro, com foco no processo de interação e valorização da subjetividade de cada um envolvido no processo de cuidar.

Segundo Machado et al (2009, p.1.033):

A modernidade foi racionalista, historicista, ideológica e homogeneizante, lugar privilegiado do cálculo e da técnica, da crença no progresso e da confiança num previsível futuro. Na pós-modernidade, há o desenho de uma vitalidade cultural, do sensualismo coletivo e da teatralidade das condutas (performances), da primazia do prazer e da felicidade cotidianas, da criatividade popular, entre outros.

Através desse novo olhar, percebi que os entrevistados aparentavam grande satisfação no contato com o outro, no estar junto, em se fazerem presentes. As falas mostram a valorização do sujeito, das relações existentes entre as pessoas; através do contato, as relações acontecem, promovem espaço para que haja a formulação do cuidado, conforme sinalizam algumas falas:

Às vezes, a gente consegue identificar algumas coisas, mas, se você pudesse ficar mais tempo com esse contato, a gente perceberia muito mais. Enf. 1

Consegue identificar coisas muito precocemente que dá para a gente poder reverter mais rápido. Enf. 1

Representa o cuidado! O cuidado do paciente! A gente pode até voltar na história da Florence, sair realmente com a lâmpada na noite olhando caso a caso o paciente, olhando a necessidade, é você ter amor, a dedicação e fazer o quê... história na vida do paciente. Enf. 4

Com base nas falas, aparentemente transmite-se que cuidar é mais que um ato, é uma atitude profissional. Abrange mais que um momento de atenção e zelo, pois advém da ocupação e preocupação com o outro, envolve a intencionalidade do enfermeiro em interagir com o paciente por ele cuidado.

Conforme afirmaram Fonseca, Parcianello e Zamberlan (2013, p.658):

A Enfermagem, enquanto ciência, vem crescendo dia após dia, e isso deve vir acompanhado de afetividade, responsabilidade, atenção e compreensão, pois cuidar é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção e zelo. Representa uma atitude de ocupação, de resolubilidade, de envolvimento com o outro, embasado na singularidade do indivíduo assistido.

Portanto, a ação do enfermeiro passa a ser entendida como um novo cotidiano de interação, com a valorização do outro. O processo de saúde está voltado para a construção da autonomia do indivíduo cuidado, através do fortalecimento de suas ações, buscando seu bem-estar e autonomia. Através dessa relação, é possível a identificação de suas necessidades, seus valores, crenças, favorecendo a valorização do sujeito enquanto ser único, com a subjetividade que lhe é pertinente.

Somente por meio desse olhar e atitude do enfermeiro é que pode ocorrer o fortalecimento necessário da prática do cuidado do enfermeiro (SILVA e FERREIRA 2012). Este, por sua vez, utiliza-se da interação com o outro, do contato e do diálogo para executar seu processo de cuidado.

Pude perceber que há um certo destaque nas entrevistas quando se coloca em pauta o estar com o outro, fato esse trabalhado por outros autores na enfermagem. Conforme salientaram Favero et al (2009, p.214), ao analisarem a aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: “a Enfermagem vem sendo construída, especialmente nas três últimas décadas, à luz de uma base humanista de atenção, que busca significado na existência do ser humano”.

No decorrer das entrevistas, em consonância com esses pensamentos, percebi dizeres que podiam refletir a satisfação dos enfermeiros quando relatavam a importância de estarem ao lado do paciente; reportavam a necessidade do contato para que houvesse o cuidado de enfermagem, como se pode notar abaixo:

Satisfatório! Assim, eu não posso, eu gosto muito do contato com o paciente, se eu pudesse... seis horas de plantão é pouco. Enf. 1

Eu me sinto... não é confortável, eu me sinto... me sinto bem,...mas, principalmente, em estar ali cuidando do paciente. Enf. 2

Porque eu, eu fico assim... eu não gosto do trabalho burocrático. Eu gosto do paciente! Eu gosto de ficar direto ali com o paciente. Sabe, saber a queixa ali da assistência. Enf. 5

Percebi essa necessidade em toda a minha vida acadêmica e profissional, pois não há como construir uma práxis sem a interação com o outro. O processo do cuidar em enfermagem, só se dá através desta relação, em que os sujeitos envolvidos adquirem atitudes favoráveis para a busca do bem-estar. Nesse sentido, percebo que a emancipação do indivíduo somente ocorre a partir da sua percepção, de seu entendimento sobre sua condição de saúde. Com intuito de facilitar essa percepção é que o profissional enfermeiro utiliza do contato e da percepção do outro para que haja o ambiente propício para o cuidar em enfermagem.

Segundo Souza et al (2013, p.289): “O enfermeiro traz em sua essência o contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar ou também gerindo equipes e preocupando-se com quem cuida”.

Artinian e Conger (2011) e Paterson e Zderad (1976) destacaram a importância da interação entre enfermeiro e paciente, com foco na valorização dos conhecimentos, crenças e valores deste. A presente pesquisa confirma tal colocação, uma vez que as falas dos enfermeiros demonstraram que essa relação e a essa necessidade de estar com o outro fazem parte do seu cotidiano, como se pode observar a seguir:

Olha, quando eu tenho oportunidade de estar direto com os pacientes, é uma satisfação muito grande. Eu fico, assim... parece que a minha formação, que a gente escolheu para a profissão foi bem feito naquele momento. Um muito obrigado, um simples olhar de uma paciente, aquilo dali já é suficiente, para mim, pelo menos para mim. Tipo assim: meu serviço está sendo bem feito. Enf. 4

Sabe, eu acho que faz parte você dar a mão para o paciente, dar atenção para a família, porque a família quer também atenção. Enf. 3

Eu acho assim, a gente tem que ver a parte emotiva da pessoa, o sentimento, é uma pessoa que tem alma, uma pessoa que tem família, não é só você cuidar do material, que é o corpo. Enf. 3

Percebi que os profissionais, quando se referiram ao processo ocorrido na interação com o paciente, transmitiam sentimentos de prazer, de realização pela profissão. Significava que, no cotidiano do estar com o outro, o sentimento imbuído do ser enfermeiro se tornava mais vívido, transparecendo em suas falas a satisfação em sentir que estava realizando a verdadeira práxis da enfermagem.

Mais ainda gratificação e mais benefício para o paciente porque você consegue identificar algumas coisas muito precocemente. Enf. 1
Então, essa questão, eu achei muito interessante essa questão do enfermeiro acompanhar o curativo. Então, assim, eu achei interessante, Dra. Estefani, né? Eu achei interessante, não do enfermeiro ficar de fora, sabe? Deixar a equipe e o médico trabalhar. A gente tem sempre uma, uma relação de cuidado com esse paciente, tem uma relação também de cuidado de uma equipe. Enf. 7

Segundo Salimena et al (2012, p.144), no que se refere ao enfatizar o valor de estar com o outro: “Para o enfermeiro, a assistência prestada ao paciente não se constitui apenas em executar tarefas técnicas, mas em ter habilidade de saber escutar, falar e perceber que uma simples conversa com o paciente faz com que a assistência se dê com qualidade”.

Diante dessas expressões de satisfação, não pude notar a demanda dos profissionais em aumentar o tempo existente entre o profissional e seu paciente.

Se eu pudesse ficar mais à beira do leito, eu sou mais aquela, aquela concepção de que enfermeira na beira do leito... é muito diferente! Enf. 1

Você tem um número menor de pacientes para cuidar. E você, lidando com aquele cotidiano do paciente, você... acaba criando em você um vínculo de confiança. Enf. 1

Porque a gente gosta tanto de ser reconhecido. Não é? A gente faz porque a gente gosta, não é? Pelo menos, assim, eu gosto quando nossa, igual quando o paciente: qual que é o seu nome? Então isso, ... não é só a gente perguntar para ele. Você vê que ele está preocupando em saber quem é que está cuidando, saber quem é que está fazendo essa diferença. Enf. 2

Em minha prática, percebo a relação direta entre o contato existente entre duas ou mais pessoas envolvidas no processo saúde-doença e a concretude da formação do enfermeiro. Os entrevistados demonstram, aparentemente, que o alcance de uma práxis de enfermagem se origina desse relacionamento, dessa interação, tendo o paciente como artista principal. As relações e sentimentos de satisfação acontecem naturalmente, fornecendo meio propício para que o processo do cuidar do enfermeiro se torne meio de bem-estar não só para o paciente, mas também para seu cuidador. É através da interação que se processa o sentido da vida do enfermeiro, sua satisfação e seu crescimento pessoal e profissional.

Maffesoli (1996, p. 11), ao se referir à sensibilidade necessária a todos os indivíduos, adquirida através das relações pessoais, afirmou:

Em poucas palavras, isso significa prestar atenção ao que, de um modo espantoso, levando em conta as diversas imposições sociais, equivale a dizer “sim, apesar de tudo”, à vida. E isso não em função de qualquer otimismo de privilegiado, mas considerando o sólido vitalismo social que, mesmo através das mais duras condições de vida, não deixa de se afirmar, mesmo que seja na forma da duplicidade.

Com base nas entrevistas realizadas, destaco que os enfermeiros aparentavam buscar no “estar junto com” a satisfação necessária para sua prática profissional, alcançando a satisfação necessária para seu fazer. Essa relação entre pessoas, o contato com o outro é que motiva o sujeito a continuar “vendo a relva crescer”, extraindo desse olhar a oportunidade de construir no outro e a partir dele as características e oportunidades verdadeiras para a construção da saúde do indivíduo, família e sociedade.

Dessa forma, o enfermeiro passa a se tornar agente de mudança, transformador de sua realidade, impõe-se como profissional e adquire um papel de transformador do espaço social onde está inserido, ajudando a construir um mundo melhor, onde há o espaço para o diálogo, para a interação e construção mútua de felicidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesses onze anos de formado sempre me deparei com situações em minha profissão que me faziam refletir sobre minha prática profissional, seja atuando como professor, como enfermeiro em unidade de atenção primária à saúde ou em ambiente hospitalar.

Nesse período participei de inúmeros processos de aprendizado e crescimento pessoal e profissional, passando por situações de docência, monitoria, coordenação de processos de qualidade e gestão, chegando agora na etapa de uma realização pessoal importante: a conquista do mestrado em enfermagem. Todas essas experiências me fizeram conhecer mais como a enfermagem deve estar atuante no processo do cuidado, como deve ser minha relação com o outro (seja ele equipe ou sujeito a ser cuidado).

A partir dessas experiências e aprendizados percebi o quanto a situação laboral do enfermeiro me incomodava, sempre me questionando o quanto minha profissão ainda podia ir mais além, mas ainda não possuía uma concretude no seu processo de cuidar, não era reconhecida tanto quanto poderia no mercado de trabalho e, mais importante, o quanto eu e vários colegas de profissão nos sentíamos insatisfeitos com o reconhecimento profissional e pessoal.

Muitas leituras foram necessárias para compreender que esse processo não era simples de ser analisado e interpretado, mas havia a necessidade de se buscar meios para compreendê-lo melhor, analisá-lo e interpretá-lo para que nós enfermeiros pudéssemos trilhar melhores caminhos diante dos desafios que nossa profissão nos exige.

Nesse sentido busquei compreender, através dos estudos da sociologia do cotidiano de Michel Maffesoli, como seria o cotidiano dos enfermeiros em uma instituição hospitalar e os sentimentos presentes no fazer enfermagem desses sujeitos.

Este estudo me fez perceber o quanto ainda estamos presentes em um ambiente com fortes influências do mundo moderno, tecnicista, fragmentado e ainda preso em técnicas, normas, rotinas, de forma a quase excluir a vontade e sentimento de cada indivíduo, seja ele profissional ou sujeito a ser cuidado.

Consegui entender que os profissionais ainda trabalham em um ambiente sobrecarregado de tarefas burocráticas, exigidos pelas instituições que ainda não vislumbram o quanto é importante a mudança para um ambiente com foco nos sujeitos, dando-lhes condições para interação e construção de um verdadeiro ambiente de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Entendo, a partir do estudo, que o profissional enfermeiro ainda se encontra distante do cuidado como centralidade do trabalho e, portanto, longe de conseguir alcançar a valorização e satisfação profissional que tanto almeja.

Tal situação, como vimos, é presente desde os primórdios da enfermagem, mas também pode ser mudado a partir do momento em que possuímos um processo sistematizado de cuidado, específico de nossa profissão. Para isso, há que se promover um ambiente capaz de permitir que o enfermeiro execute seu cuidado de forma completa e íntegra, com a participação dos sujeitos envolvidos nesse processo. Para isso, cabe ao profissional utilizar de todos mecanismos existentes em sua prática profissional, com valorização de sua equipe de trabalho, além do próprio sujeito paciente.

O estudo me fez perceber o quanto é importante na pós-modernidade a valorização do outro, seus hábitos, costumes e sentimentos para que a construção da saúde se dê de forma completa e satisfatória, com a participação ativa dos integrantes envolvidos.

Somente dessa forma, valorizando o outro, o contato e troca de saberes entre indivíduos é que poderemos nos realizar enquanto profissionais, alcançando sentimentos e valores até então almejados mas dificilmente encontrados pelo enfermeiro.

Percebi que a realidade vivida dos profissionais muito vem ao encontro do que já vivenciei enquanto enfermeiro, onde muitas vezes me sentia frustrado, insatisfeito por ter que realizar inúmeras tarefas administrativas e que não traziam um sentido para minha prática. Muitas vezes encontrava-me distante do paciente, sentia-me afastado do processo de gerenciamento do cuidado, mas não entendia, até então, os motivos existentes para essa dura realidade vivida.

Nesse estudo, com o relato dos colegas de profissão, compreendi melhor a realidade da enfermagem ainda presa em um vitalismo moderno, pouco flexível, sem valorizar a subjetividade da relação existente e necessária entre sujeitos que se prestam a cuidar e serem cuidados.

Dessa forma o cuidado encontra-se fragmentado, pouco útil e muitas vezes nocivo a quem o pratica, pois o cuidador se sente sobrecarregado e insatisfeito por não perceber e não vivenciar todas as benfeitorias que um bom processo de cuidado pode lhe acarretar.

Além de indignação, pude sentir nos relatos dos sujeitos que alguns já experimentam sintomas característicos da síndrome de Burnout, trazendo um impacto extremamente negativo para as instituições, pacientes e o próprio sujeito.

Entretanto, assim como tenho vivenciado nesses anos de profissão, encontrei profissionais que, mesmo diante dessas dificuldades, ainda encontram motivos para se sentirem felizes com sua profissão e atuação, valorizando a equipe, o cuidado e as ações praticadas no cotidiano do serviço.

Concomitante aos relatos que traziam sentimentos e experiências ruins pude destacar que o enfermeiro valorizava os momentos de autonomia profissional, ficava satisfeito em estar com o outro e importava-se com ao processo de cuidado construído junto com sua equipe e paciente.

Nesse sentido, encontro nesse estudo mecanismos para a construção de um novo caminhar para a enfermagem, pautado em um processo que valorize o ser enfermeiro, proporcionando condições para que este exerça plenamente as funções que lhe são atribuídas, com foco no cerne de seu trabalho: o cuidado.

Acredito que há uma necessidade enorme em se realizar mais pesquisas nesse sentido, pois carecemos de conhecimento científico que valorize as características próprias da pós-modernidade, onde o enfermeiro encontra lugar de destaque não somente para a instituição, mas para sua própria realização pessoal e profissional.

Somando a isso, esta pesquisa demonstrou que a análise do cotidiano do enfermeiro é formada de inúmeras percepções e variações, sendo formada, construída e reformulada ao longo das experiências de cada indivíduo, comunidade, sendo influenciada pelo momento institucional e histórico vivido.

Portanto, esse estudo, como tantos outros, deve fazer parte de meios de discussão em enfermagem, sejam eles participantes de quaisquer níveis de graduação, pois o enfermeiro deve enriquecer-se de percepções e argumentos que o levem a ser reconhecido como profissional autônomo, detentor de conhecimentos próprios e capaz de direcionar o cuidado de forma a criar as condições essenciais para a emancipação do sujeito paciente.

Através dessas discussões poderemos criar caminhos onde o enfermeiro se realize como pessoa, profissional, sendo reconhecido como essencial numa sociedade

cada vez mais carente de contato, de relações e inter-relações, onde o mais importante passa a ser o sujeito e não a patologia que ele carrega.

REFERÊNCIAS

ALVES, Marcelo da Silva et al. Saberes de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2012, Jan/abr; 2(1): 1-9.: Disponível em <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/171>> Acessado em 20 dezembro 2012.

ANDRADE, Josilene Santos.; VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, June 2005 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=en&nrm=iso>.accesson 23 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300002>

ANGELIN, Paulo Eduardo. **Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil.** REDD- Revista Espaço de Diálogo e Desconexão, Araraquara, v.3, n.1, jul/dez. 2010.

ARBOIT, Éder Luís; SILVA, Luiz A. Anacleto da. **Eventos adversos na enfermagem relacionados ao dimensionamento de pessoal.** Revista de Enfermagem. FW. v.8. p.128-139. 2012.

ARTINIAN, Barbara M.; WEST, Katharine S., CONGER, Margaret M. **The Artinian Intersystem Model Integrating Theory and Practice for the Professional Nurse.** Second Edition. Springer Publishing Company. New York. 2011

AVILA, Liziani Iturriet et al. **Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional.** Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(3): 102-109

AZEVEDO, Carlos Eduardo Franco et al. **A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo.** IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ5.pdf> . Acessado em: 10 de junho de 2014.

BAGGIO, Maria Aparecida; CALLEGARO, Giovana Dorneles; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, 2009, maio-jun; 62(3); 381-6.

BANDEIRA, Danieli et al. **Ensinando a escala de Braden no cuidado e prevenção de úlceras por pressão.** Revista Contexto e Saúde. Editora UNIJU. v.10, n.20. Jan/Jun. 2011. P. 933-938.

BARBOZA, Michele C. Nachtigall et al. **Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um hospital de Pelotas/RS.** Ver. Enferm UFSM 2013 Set/Dez; 3(3): 374-382.

BASÍLIO, Anneth Cardoso; FERRO, Maria do Amparo Borges. **Enfermeiras piauienses que contribuíram para a enfermagem brasileira: história e memória de experiências profissionais.** Revista Saúde e Desenvolvimento. Vol. 1. Jan-Jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento-Nacional de Saúde: Divisão de Organização Hospitalar. **História e Evolução dos Hospitais.** Rio de Janeiro, 1965. Disponível em www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf> Acesso em 25 março 2013.

BRUNO, Mona Lisa Menezes, **Enfermagem no hospital universitário: trajetória histórico-política.** Dissertação (Mestrado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2012.

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza. História social da enfermagem brasileira: afrodescendentes e formação profissional pós-1930. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser III, n. 6, mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100016&lng=pt&nrm=iso>Acessos em 07 maio 2013. História social da enfermagem brasileira: afrodescendentes e formação profissional pós-1930.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica.** Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2000.

CARRIJO, Alessandra Rosa. **Ensino de História da Enfermagem: formação inicial e identidade profissional.** Tese de Doutorado. São Paulo, 2012. Disponível em : www.teses.usp.br/teses>Acesso em 20/04/2012.

CASAFUS, Karen C. Urtado; DELL'AQUA, Magda C. Queiroz; BOCCHI, Silvia C. Mangini. **Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Vol.17, núm. 2, abril-junho, 2013, p. 313-321.

CAVEIÃO, Cristiano; HEY, Ana Paula; MONTEZELI, Juliana Helena. **Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo.** Rev. Enferm UFSM, 2013. Jan/abril; 3(1): 79-85.

DALL'AGNOL, Clarice Maria et al. **Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital universitário.** Ver. Latino-Am. Enfermagem. 21(5): [07 telas]. set-out. 2013.

DE SENA, Chalana Duarte et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 523 - 529, dez. 2012. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3365>>. Acesso em: 06 Mai. 2013. doi:10.5902/217976923365.

FAVERO, Luciane et al. **Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira.** Editora Acta Paul Enfermagem. 2009; 22(2): 213-8.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado 25 ed. Edições Graal Ltda. 2012.

FONSECA, Grazielle G. Portela; PARCIANELLO, Marcio Kist; ZAMBERLAN, Cláudia. **Agentes estressores em unidade de tratamento intensivo coronariana e o cuidado humanizado de enfermagem.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2013 mai/ago; 3(2):654-661.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24:17-27.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro, 13ª edição. Ed. Paz e Terra. 1982.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem.** Tradução: Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GELBCKE, Francine Lima et al. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. **Enfermagem em Foco**, 2011; 2(2):116-119. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/108>. Acessado em 20 de dezembro de 2013.

GEOVANINI, Telma et al.. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GIRONDI, Juliana B. Reis; HAMES, Maria de L. Campos. **O cuidar institucional da Enfermagem na lógica da pós-modernidade**. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3): 368-72.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2010. 13(3): 507-518.

HORA, Karoline P.H. de Souza; FERREIRA, Maria Gizelda de; SILVA, Ana Paula Freitas. **Elementos desencadeadores do estresse no trabalho do enfermeiro hospitalar: uma revisão integrativa de literatura**. *Cadernos de Graduação- Ciências Biológicas e da Saúde*. Maceió. V.1. n. 2. p. 167-180. Nov. 2013.

JOHNSON, Marion et al. **Ligações NANDA – NIC – NOC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2012.

KESSLER, Adriane Inês; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100007&lng=en&nrm=iso>.access on 06 Jan 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100007>.

KIAN, Kauhana Oliveira; MATSUDA, Laura Misue; WAIDMANN, Maria Angélica Pagliarini. Compreendendo o cotidiano profissional do enfermeiro-líder. **Rev Rene, Fortaleza**, 2011 out/dez; 12(4):724-31. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/290>. Acessado em: 05 outubro de 2013.

LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria**. 2ª ed. Editora Vozes, 1997

LIMA, Raphael Valentino et al. Papéis, conflitos e gratificações de enfermeiros especialistas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Eletr. Enf.** 2012, jan/mar; 14(1): 59-67. Disponível em <<http://www.fen.ufq.br/revista/v14/n1/v14n1a07.htm>>Acessado em: 01 de fevereiro de 2014.

MACHADO, Ana Lúcia et al. **Subjetividade e pós-modernidade na enfermagem.** Rev. Eletr. Enf. 2009; 11(4): 1031-6.

MACHADO, Juliana Carine et al. **Processo de enfermagem: um instrumento de mudanças.** Revista de Enfermagem. Frederico Westphalen. V.6-7. p.191-202. 2010-2011.

MAFESSOLI, Michel. **Pós-modernidade.** Comunicação e Sociedade, vol. 18, 2011, p.21-25. Disponível em: <http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/comsoc/article/view/982>. Acessado em 20 de março de 2014.

MAFESSOLI, Michel. **A conquista do Presente.** Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MAFFESOLI, Michel. **No fundo das aparências.** Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis: Vozes, 1996. 188p. Título original: AuCreuxdesapparences: por une ethique de l'esthetique.

MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível.** Tradução de Ibert Christophe Migueis Stuckenbruck. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MANZO, Bruna Figueiredo; RIBEIRO, Helen C. T. Couto; BRITO, Maria J. Menezes; ALVES, Marília. **A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho.** Rev Latino-Am. Enfermagem 20(1): [08 telas]. jan-fev 2012.

MARTINS, Vaneila Ferreira et al. **A viabilidade da sistematização da assistência de enfermagem em serviço pediátrico: uma abordagem reflexiva.** Revista Eletrônica Gestão e Saúde. Vol.4 n.1. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/238>. Acessado em 22 de dezembro de 2013.

MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Rio de Janeiro. Ed. Record, 1971.

MELO, Wyara Ferreira et al. **Gerência versus assistência o dilema da enfermagem no âmbito da atenção básica.** Revista Verde (Mossoró-Rn), v.7, n.4,p.01-04, out-dez, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11.ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2008.269p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acessado em agosto de 2012.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2008. 269p.

NASCIMENTO, N. M. **A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011. 93 f. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=594963&indexSearch=ID>. Acessado em novembro de 2012.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem**. 2000. Editora UNIJUÍ.

NOBREGA, J.F. et al. **A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem**. Cogitare Enferm. 2012 Abr/Jun. 17(2) 373-6. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/24572>. Acessado em 10 de dezembro de 2013.

NOGUEIRA, Lilia de Souza et al. **Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas**. Rev Bras Ter Intensiva. 2013; 25(3): 225-232.

OGUISSO, T. **Trajatória histórica e legal da enfermagem**, 2ª ed. Editora Manole Ltda. 2007.

OLIVEIRA, Roberto Santos de, et al. **Síndrome de Burnout: percepções do profissional de enfermagem**. Ver. Enf. Profissional 2014. Jan/abr, 1(1): 185-193.

PATERSON, Josephine E.; ZDERAD, Loreta T. **Humanistic Nursing**. United. States of America: Wiley Biomedical Publication; 1976.

PANUNTO, Marcia Raquel; GUIRARDELLO, Edineis de Brito. **Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva.** Ver. Latino-Am. Enfermagem. 21(3): [08 telas]. maio-jun. 2013.

PIRES, Denise Elvira Pires de. **Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar.** Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 66. Setembro, 2013. P. 39-44.

PRADO, E.V.; STEIN, A.V.; PEREIRA, R.A **compreensão da história da enfermagem a partir dos métodos ativos de ensino/aprendizagem da Faculdade AGES.** Revista Ed. Popular, Uberlândia, V.11, n.2, p.83-94. Jul/dez 2012.

QUARESMA, S.J.; BONI, V. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC.** Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.

RAMOS, Débora Karollyne Ribeiro et al. **Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem.** Enfermagem em Foco. 2013; 4(1): 14-44.

Resolução Conselho nacional de Saúde: 196/96: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 19 março 2013

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em 10 de janeiro de 2013

Resolução COFEN nº 272/2004 e Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Acessado em fevereiro de 2014.

ROMERO, Yocelyn Margaret Price; ANGELO, Margareth; MUNOZ GONZALEZ, Luz Angelica. A construção imaginativa de cuidados: a experiência de profissionais de enfermagem em um serviço de assistência remota. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, Aug. 2012 .Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400009&lng=en&nrm=iso>.access on 06 May 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400009>.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. **O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico.** Cogitare Enferm. 2013 Jan/Mar; 18(1): 142-7.

SANTOS, José Luis Guedes dos et al. **Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar.** Escola Anna Nery (impr.)2013. Jan-mar; 17(1): 97-103.

SILVA, Sandra Siqueira da. **A modernidade e a pós-modernidade. Uma leitura de Michel Maffesoli e Anthony Giddens.** RBSE. v. 10, n. 29, agosto de 2011. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/SandraRes.pdf>>. Acesso em 20 fevereiro 2013

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. **Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização.** Ver Esc Enfermagem USP. 2013; 47(6): 1325-32.

SOUZA, D.; ZIONI, F. **Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação dos dados.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.12, n.2, p 75-85, 2003.

SOUZA, Marcia Goulart de; MANDU, Edir Nei Teixeira; ELIAS, Alessandra Nogueira. **Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família.** Enferm. Florianópolis, 2013, jul-Set; 22(3): 772-9.

SOUZA, Luis Paulo Souza et al. **A liderança na visão de Enfermeiros Líderes.** Enfermeria Global. Revista eletrônica trimestral de Enfermeria. nº30. Abril 2013.

VIEIRA, M.J; ANDRADE, S.A. **Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização.** Rev Brasileira de Enfermagem, vol. 58. Nº3. Brasília, maio-jun 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002. Acessado em outubro de 2012.

WAIDMAN, Maria Angelica Pagliarini, BRISCHILIARI, Adriano, ROCHA, Sheila Cristina, KOHIYAMA, Vanessa Yekh. **Conceitos de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas.** Rev. RENE, Fortaleza, v.10, n 2. P.67-77. Abr/jun 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_7.html> Acessado em 10 janeiro 2013.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WATSON J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts; 1985

APENDICE :**Termo de consentimento livre e esclarecido**

Você está sendo convidada (o) a participar como voluntária da pesquisa "O Cotidiano do cuidar de Enfermeiras em um Hospital da Zona da Mata Mineira: Compreendendo o dia-a-dia do fazer enfermagem". Pretendemos compreender sob a ótica da sociologia do cotidiano as diversas variáveis e elementos que contribuem para que a enfermeira em seu dia-a-dia de trabalho esteja cada vez mais afastada do cuidado de enfermagem.

Para isso utilizaremos uma pesquisa qualitativa, que somente será realizada após sua autorização por escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A entrevista será realizada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética da Instituição de Saúde, sendo realizada uma entrevista semiestruturada, que será gravada em aparelho mp3 para posterior transcrição e análise.

A participação deste estudo não lhe trará nenhum custo, nem lhe dará nenhuma vantagem financeira. Sua participação é voluntária e poderá solicitar esclarecimentos a qualquer momento, estando livre para se desvincular do projeto a qualquer momento. Sua opção em sair da pesquisa não acarretará qualquer dano para você. Seu nome não será identificado em nenhum momento da pesquisa, bem como qualquer publicação decorrente desta. Esta pesquisa possui risco mínimo, equivalentes a atos como conversar, ler, caminhar.

Os resultados da pesquisa estarão à sua inteira disposição, sendo que os dados e instrumentos utilizados na pesquisa estarão arquivados por um período de cinco anos, sendo destruídos após esse prazo. Esse termo de consentimento está impresso em duas vias, sendo uma cópia destinada a você e outra ao pesquisador responsável.

Eu, _____ portadora (o) do documento de identidade _____, fui informada (o) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei sair da pesquisa, bem como modificar minhas informações ou solicitar novos esclarecimentos. Declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, sendo dado a mim a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2014

Assinatura da (o) participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvida você poderá consultar o Comitê de Ética de sua instituição ou procurar o próprio pesquisador:

Alessandro Teixeira Moraes, tel.: (032)84585933.

E-mail: aleteimo@hotmail.com