




O cuidado no cotidiano hospitalar: perspectivas de profissionais gerentes e assistenciais de enfermagem

Care in the hospital routine: perspectives of professional managers and nursing assistants

Como citar este artigo:

Costa JR, Marcon SS, Testón EF, Arruda GO, Peruzzo HE, Cecilio HPM, Marquete VF. Care in the hospital routine: perspectives of professional managers and nursing assistants. Rev Rene. 2020;21:e43239. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143239>

-  Josane Rosenilda da Costa¹
-  Sonia Silva Marcon¹
-  Elen Ferraz Testón²
-  Guilherme de Oliveira Arruda²
-  Hellen Emília Peruzzo¹
-  Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio¹
-  Verônica Francisquete Marquete¹

¹Universidade Estadual de Maringá.
Maringá, PR, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
Campo Grande, MS, Brasil.

Autor correspondente:

Josane Rosenilda da Costa
Universidade Estadual de Maringá.
Av Colombo, 5790, Jd Universitário.
CEP: 87020-900. Maringá, PR, Brasil.
E-mail: josanerc@gmail.com

RESUMO

Objetivo: compreender os significados do cuidado no cotidiano hospitalar para profissionais de enfermagem atuantes na gestão e assistência. **Métodos:** estudo qualitativo que adotou como referencial a Teoria do Cuidado Humano. Participaram 38 profissionais de enfermagem, destes, coordenadores de serviço, diretores, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo, modalidade Temática. **Resultados:** emergiram três categorias: Possível e necessário: o resgate de sentido e valores subjetivos do cuidar; Potencial científico e humano como determinante do cuidado; e Dificuldades intervenientes no cuidado. **Conclusão:** o cuidado no cotidiano hospitalar foi percebido por profissionais de enfermagem gerentes e assistenciais como evento acompanhado e influenciado por aspectos operacionais, de cunho mais objetivo, como barreiras institucionais para formação de vínculos, mas, principalmente, por aspectos subjetivos, atrelados ao modo de ser do profissional e que moldam o cuidado humanístico.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Empatia; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand the meanings of care in the hospital routine for nursing professionals working in management and care. **Methods:** qualitative study that adopted the Human Care Theory as a reference. 38 nursing professionals participated, including service coordinators, directors, nurse assistants and nursing technicians. Data collection took place through semi-structured interviews recorded, transcribed and submitted to Content Analysis, Thematic modality. **Results:** three categories emerged: possible and necessary: the rescue of meaning and subjective values of care; scientific and human potential as a determinant of care; and difficulties involved in care. **Conclusion:** care in the hospital routine was perceived by nursing managers and care professionals as an event monitored and influenced by operational aspects, of a more objective nature, as institutional barriers for bonding, but mainly due to subjective aspects, linked to the way of being of the health professional which shape humanistic care.

Descriptors: Nursing Care; Nursing Team; Empathy; Health Management.

Introdução

O cuidado é o que diferencia o ser humano de outros seres vivos. O conceito de cuidado humano é uma característica essencial da enfermagem, com intuito de promover o bem-estar de indivíduos, famílias e coletividades. Entende-se, desta forma, que, independentemente da posição, o trabalho do enfermeiro contempla várias dimensões – cuidativa e assistencial, de ensino e educação, de pesquisa e gestão/administração –, em maior ou menor escala, o que o torna complexo⁽¹⁾.

Os enfermeiros, em cargos de gestão, como os diretores de enfermagem, desempenham atividades com objetivo de atingir a assistência de qualidade e o sucesso da instituição. Para tanto, as ações cotidianas enfatizam a coordenação e organização da instituição, das unidades de serviço, da equipe, e a tomada de decisão. Por sua vez, os enfermeiros coordenadores atuam na administração direta da unidade, considerando o provimento de recursos físicos, materiais e humanos para gestão do cuidado⁽²⁾. Os assistenciais respondem diretamente pelas melhorias relacionadas ao cuidado, atividade gerencial, coordenação da equipe de enfermagem e viabilização do processo cuidativo⁽³⁾, sendo referência para os serviços de enfermagem, podendo influenciar os integrantes da equipe na forma como realizam o cuidado⁽⁴⁾.

Nesse contexto, o desempenho das funções do enfermeiro na prática do cuidar pode apresentar diferentes significados, dependendo de quem o realiza, o recebe e do ambiente em que ocorre. Para um grupo de mulheres com câncer de mama, por exemplo, o cuidado de enfermagem deve estar pautado no processo de comunicação, a partir do qual, elas podem expor as necessidades físicas, emocionais e espirituais, sendo que consideram indispensável que o profissional compreenda, a partir do doente, o impacto causado pelo adoecer⁽⁵⁾.

Na perspectiva de um grupo de profissionais de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica, o cuidado foi traduzido como a expressão de afeto

às crianças, e a arte de promover ambiente seguro e afetuoso a elas⁽⁶⁾. Percebe-se que, ainda que pesquisado em diferentes contextos, para os profissionais, os sentidos de cuidado guardam semelhanças em seus significados. Assim, ao refletir sobre o cuidado, compreende-se que as atitudes dos profissionais de enfermagem precisam ser constantemente reavaliadas.

Destarte, considerando as experiências de cuidar, o cotidiano hospitalar e a premissa de que a identificação de características e elementos fundamentais para o cuidado pode auxiliar no reconhecimento do que é realmente importante e que faz a diferença no cotidiano do cuidado, além disso, as percepções sobre o cuidado, dos diferentes componentes da equipe de enfermagem (diretoria, encarregados das divisões de internamento e atendimento, supervisores de setor, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem) podem contribuir efetivamente para construção de reflexão e concepção acerca do cuidado holístico/integral, fato, muitas vezes, negligenciado pelas instituições, devido às dificuldades em proporcionar momentos de interação entre as instâncias hierarquizadas.

Assim, este estudo objetivou compreender os significados do cuidado no cotidiano hospitalar para profissionais de enfermagem atuantes na gestão e assistência.

Métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizou como referencial teórico para interpretação dos dados a Teoria do Cuidado Humano⁽⁷⁾. Os informantes do estudo foram profissionais de enfermagem de um Hospital Geral de Ensino do Noroeste do Paraná, Brasil. Por ocasião da coleta de dados, atuavam na instituição 109 enfermeiros (78 estatutários, 30 credenciados e um celetista) e 186 técnicos de enfermagem (163 estatutários, 22 credenciados e um celetista). No primeiro momento, incluíram-se no estudo 15 profissionais que ocupavam cargos de gestores: diretora de enfermagem, enfermeiros encarregados das divisões de internamento e de atendimento e os coordenadores de

setor. Posteriormente, englobaram-se enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes na assistência direta aos pacientes, indicados como referência de cuidado na unidade de atuação e no hospital.

As indicações ocorreram mediante a seguinte solicitação: Indique um enfermeiro e um técnico de enfermagem do seu setor e um enfermeiro do hospital que você considera como referência de cuidado. Destaca-se que três enfermeiros que eram encarregados de setor receberam duas ou mais indicações de referência do cuidado no hospital e, por esta razão, foram entrevistados novamente. Deste modo, realizaram-se 41 entrevistas com 38 participantes, todos estatutários, cujo número foi definido por exaustão.

Os dados foram coletados de dezembro de 2015 a julho de 2016, mediante entrevistas previamente agendadas, que ocorreram em sala privativa, no próprio setor, fora do horário de trabalho ou em momento de descanso. Aponta-se que uma participante indicada pela chefia foi entrevistada em casa, pois estava em licença maternidade. Os profissionais em cargo de chefia e os indicados aceitaram participar do estudo.

Durante as entrevistas, utilizou-se de roteiro semiestruturado, constituído por questões que abordavam características sociodemográficas e profissionais, bem como as seguintes questões norteadoras: como você percebe o cuidado oferecido em seu setor de trabalho/hospital? Para os gestores: conte-me como você cuida. Para os profissionais indicados como referência de cuidado: cite algumas situações de cuidado que você proporcionou. As entrevistas foram realizadas pela primeira autora, tiveram duração média de 40 minutos e foram gravadas em mídia digital, após autorização. Para análise, transcreveram-se na íntegra, preferencialmente no mesmo dia da realização e submetidas à Análise de Conteúdo, modalidade Temática, obedecendo às etapas propostas: pré-análise, tratamento dos dados e interpretação dos dados⁽⁸⁾.

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da instituição signatária (Parecer nº 1.868.933/2015). Os participantes assinaram o Ter-

mo de Consentimento Livre e Esclarecido e, para garantir-lhes o anonimato, os extratos dos relatos foram designados: para enfermeiro em cargo de chefia (EC), enfermeiro referência de cuidado (ERC) e técnico de enfermagem referência de cuidado (TRC), seguidos pelo número indicativo do tempo de trabalho na enfermagem.

Resultados

Participaram do estudo 38 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 15 enfermeiros que ocupavam cargo de gestão (diretoria de enfermagem, chefia de divisão de internamento e de atendimento e os coordenadores das unidades) e 23 profissionais indicados por eles como referência de cuidado direto (12 enfermeiros e 11 técnicos). Os participantes tinham idade que variou de 28 a 56 anos e 35 eram do sexo feminino. Com relação à escolaridade, os onze técnicos de enfermagem participantes do estudo possuíam alguma graduação (sete em enfermagem), nove deles eram especialistas e uma doutoranda. Entre os enfermeiros em cargo de chefia, seis eram especialistas e nove mestres. Dos enfermeiros indicados como referência de cuidado, oito eram mestres, duas doutorandas, uma doutora e uma especialista. A partir da análise dos relatos, emergiram três categorias: Possível e necessário: o resgate de sentido e valores subjetivos do cuidar; Potencial científico e humano como determinante do cuidado; e Dificuldades intervenientes no cuidado.

Possível e necessário: o resgate de sentido e valores subjetivos do cuidar

Esta categoria emergiu exclusivamente dos relatos dos profissionais que foram indicados pelos superiores como sendo referência de cuidado e agregam os elementos objetivos e subjetivos, considerados por eles, importantes para executar tal tarefa. *Antes de ser um bom profissional, procuro ser um bom ser humano, não acredito que ter muito conhecimento seja o suficiente se você não está disposto a ser um bom ser humano, se não colocar em prática* (ERC,

22a). *Tem vezes que seguro a mão do paciente, ... ele até estranha, fiquei internado tanto tempo, é a primeira vez que alguém segura minha mão, ... são coisas simples, que não tem disponível no arsenal entende* (TRC, 17a).

A dificuldade na criação do vínculo de confiança entre profissional e o paciente foi apontada pelos chefes de enfermagem como um dos principais elementos que dificulta a realização do cuidado de qualidade. Contudo, os enfermeiros referência de cuidado destacaram que o vínculo é parte integrante do cotidiano de cuidado. *Tem muito paciente que sai daqui da Unidade de Terapia Intensiva, que vou visitar [silêncio], fora da Unidade de Terapia Intensiva eles viram outro paciente [risos] é muito bom, recebem a gente bem, essa troca com eles é muito boa.* (TRC, 17a). *É muito bom, eles saem da clínica cirúrgica, voltam para fazer acompanhamento no ambulatório, ... vem aqui, conversamos, rimos, demonstram nossa importância e se sentem importantes também.* (TRC, 16a). *Você chegar ao quarto e dizer: – Olha, eu sou a enfermeira da noite, confia em mim, o que você precisar (porque internado a gente fica tão fragilizado). Então esta relação de confiança para mim é um cuidado, saber a quem recorrer...* (ERC, 25a).

A relação de confiança pode ocorrer desde o primeiro contato ou desenvolver-se ao longo do período de internação, podendo se estender aos familiares. *É bastante difícil, às vezes, aqui na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, lidar com a mãe, a família, mas eu fico segura, porque eu percebo que eles veem a gente cuidando com amor [silêncio] eles ficam mais confiantes e seguros* (TRC, 33a). *Dedico-me para que o cuidado seja individualizado, e aqui na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica tem que ser muito direcionado para a mãe, principalmente, que às vezes até apresentam algum comportamento agressivo com os profissionais, mas com o tempo, consegui entender que aquele comportamento, não era para mim, para nós [silêncio], eu tinha que ganhar a confiança da mãe [silêncio], depois que entendi isso, as coisas passaram a fluir bem melhor* (ERC, 26a).

Nesse sentido, alguns relatos mostraram que valores humanos e atitudes profissionais se misturam, configurando teia de sentidos próprios de cada momento de cuidado. *Você tem que colocar o sapato do outro mesmo, se aquela mãe está com comportamento alterado, você tem que entender que ela precisa de atenção, cuidado e compreensão, porque tudo que está acontecendo naquele momento, todas as dificuldades de amamentar, não significa que ela é assim sempre* (ERC, 26a). *Não importa a história deles [silêncio], não sabemos o que ele passou, o que o levou a fazer o que fez, ...trato todos os pacientes iguais, dentro de sua diferença ...com carinho, cuidado, atenção [silêncio]. E, para a família, eu passo confiança, segurança, sempre estou conversando com alguém da família* (TRC, 17a). *Cuido assim, como se cada paciente fosse meu pai, minha mãe* (TRC, 22a).

Percebeu-se, nos relatos, que o cuidado prestado pelos profissionais indicados como referência era impregnado de valores e atitudes, como amor ao próximo, vínculo baseado na confiança, além de altruísmo, respeito, empatia e alteridade. E mais, os cuidados eram dirigidos aos pacientes, às famílias, à equipe e, até mesmo, à instituição.

Potencial científico e humano como determinante do cuidado

Esta categoria configurou-se a partir dos relatos que demonstraram a importância dada ao conhecimento científico e ao investimento na qualificação do capital humano. *Nossa [ênfase] aqui nós cuidamos e cuidamos em excesso. Temos uma enfermeira responsável pela pesquisa clínica, comissão de segurança do paciente, serviços de apoio à enfermagem, vigilância epidemiológica e de reações adversas aos medicamentos, hemoderivados, órteses e próteses. Somos referência para o país em tratamento de feridas, temos uma consultora internacional em aleitamento materno* (EC, 24a).

Ademais, independente da formação, destacaram a importância da valorização do conhecimento de cada profissional. *Temos autonomia, podemos fazer a prescrição de enfermagem, vamos aos congressos e trazemos conhecimento para equipe. Tenho técnicos de enfermagem formados em Informática, Serviço Social, com pós em feridas, ou em terapia intensiva, vou valorizando o conhecimento de cada um deles, para propagar o cuidado, melhorar e vigiar o cuidado* (EC, 22a).

Observa-se que os profissionais indicados pelas cheffias também valorizam o conhecimento científico, seja pela própria busca em capacitar-se ou pela importância que atribuem ao conhecimento das subjetividades do ser humano no momento do cuidar. *Às vezes, eu vejo que a criança melhora muito mais pela forma como você o trata, do que o tratamento em si, ter um bom relacionamento com a mãe e a criança também, isso ajuda muito* (TRC, 25a). *Trabalhar em unidade de terapia intensiva é bom porque a gente tem que estudar sempre, muito ...tento sempre cuidar com amor, carinho, porque a família fica mais tranquila e confiante e faz toda a diferença* (TRC, 33a). *Respeitar, chamar pelo nome, se colocar no lugar do outro, ...como eu me sentiria se fosse comigo?* (TRC, 11a).

As subjetividades do cuidado também foram apontadas pelos enfermeiros em cargo de chefia, ao reconhecerem a individualidade/coletividade dos funcionários e como ela afeta o processo do cuidar. *A gente percebe no decorrer desses anos todos*

de assistência, que o cuidado depende muito de quem cuida, tem profissional que é mais comprometido, e esta é a linha de pensamento dele [silêncio] e, às vezes, ele está mais alterado, com a voz mais alta, isso afeta o setor... (EC, 17a).

Os profissionais assistenciais também perceberam as subjetividades e influência destas, positiva ou negativa, na coletividade e execução do cuidado. *Era para ser um simples procedimento, mas por puro estresse perdemos a Pressão Arterial Média, a Sonda Nasoenteral, ficamos muito chateados. Foi a correria, algum problema com a gente, e isso acontece. Tem que se policiar (TRC, 17a). Teve uma moça que trabalhou aqui, que pessoa maravilhosa, tranquila, calma, sempre com uma palavra de apoio, era tão bom trabalhar com ela. Ela conseguia acalmar o setor (TRC, 16a).*

Os profissionais atuantes na assistência observaram que a efetividade do trabalho dependia das ações e do compromisso de cada um e do reconhecimento do papel de cada um dentro da equipe. *Trabalhamos muito aqui, esperamos sim, um retorno do colega, que te ajude... falta sim, por parte de alguns o espírito de equipe, sinto falta das relações entre equipe e o serviço, falta vínculo (ERC, 17a). Nossa escala tem sempre três técnicos, mas, ultimamente, sempre tem um atestado ou dois, ou falta, ...fica bem difícil cuidar de 15 crianças e suas mães com duas técnicos, mas sempre estamos correndo, tentando fazer o possível (TRC, 25a). Tais relatos vão ao encontro do que foi referido pelos profissionais envolvidos com a gestão, quando apontaram que, com compromisso, vínculo e respeito, é possível conquistar um ambiente de crescimento individual e coletivo: Não acredito que atingimos um nível de excelência no cuidado, temos uma equipe muito antiga junta, temos pelo menos mais de dez anos de convivência, nos ajudamos, crescemos, amadurecemos juntos. Percebemos a importância do cuidado, esse cuidado bom, de qualidade. (EC, 26a). Estamos juntos há mais de 20 anos, isso cria vínculo e uma confiança entre os membros da equipe, ..., se um não sabe, chama o outro, temos muita facilidade de cobrir faltas, ..., os funcionários se ajudam entre si, não fica funcionário sobrecarregado (EC, 22a).*

As fragilidades existentes nas unidades eram muitas e distintas. No entanto, os relatos destacaram que os profissionais acreditavam que a postura de compromisso com a instituição, os colegas de trabalho, os pacientes e o cuidado podem ajudar a superá-las, resultando em cuidado de melhor qualidade ao paciente.

Dificuldades intervenientes no cuidado

Os enfermeiros gestores foram os primeiros entrevistados, e quando questionados (como você percebe o cuidado

oferecido em seu setor de trabalho/hospital?), destacaram fragilidades próprias dos serviços de saúde e que estavam relacionadas diretamente ao cuidado, entre estas, o número considerável de profissionais em fase de pré-aposentadoria, devido às características do cenário atual de trabalho. *Há um quadro de funcionários já bem envelhecido, eles já se dedicaram muito, estão cansados, e a grande maioria faz um trabalho que é bem pesado para idade, muitos estão trabalhando à noite, exercem um bom cuidado, mas estão muito cansados e sobrecarregam os demais, estão se descuidando (EC, 16a).*

Apontaram, também, o número reduzido de profissionais decorrente da não substituição por concurso nos casos de aposentadorias e, até mesmo morte, e a contratação precária de profissionais temporários. *Teve uma ampliação de salas e de serviços e tem que contratar, porque na verdade já estava com uma deficiência de pessoal, e hoje o volume de procedimentos é muito maior (EC, 21a). Aqui, nós temos o estatutário, o celetista e o credenciado. Cada um com uma carga horária diferente..., [silêncio] e a rotatividade de profissional ainda é grande, porque vence contratos ou acaba saindo mesmo (EC, 20a).*

Ademais, demonstraram que em decorrência da rotatividade de funcionários nos setores, o estabelecimento de vínculo com os pacientes, os colegas de trabalho e, inclusive, com a própria instituição é prejudicado. *Aqui no setor, são 71 funcionários. Dos 23 enfermeiros, seis são estatutários, o restante celetista e credenciado e de 48 técnicos de enfermagem, menos da metade é de estatutários, e tem ainda o plantão docente, que são sete. Entra e sai gente, fica difícil estabelecer vínculo (EC, 17a). Aqui tem muito funcionário de teste seletivo, credenciado, terceirizado, prestador de serviço, fica ainda mais difícil para ele fazer o vínculo com o setor, com os colegas de trabalho e os pacientes. E, na maioria, eles possuem outro vínculo empregatício, já chegam ao plantão cansados (EC, 17a).*

A associação dessas dificuldades culmina em outra condição apontada pelas chefias: a dificuldade de exercer a liderança. *Eu sou um pouco quadrada, da época da roupa certa, do rigor, das cobranças, o uniforme certo. O uso do celular me incomoda muito no horário de trabalho, aí você vai, chama em reunião, fala das reclamações, mas parece que não adianta, não sei sabe, como que vai se resgatar isso. O técnico não tem mais aquela segurança de trabalhar com o enfermeiro, porque não há afinidade entre eles, tem conflitos, antes não era assim (EC, 13a). Têm pessoas que a gente fala, fala, faz reunião, orienta, faz comunicado interno e nada, a pessoa não muda...é muito difícil porque dependemos do trabalho deles. Eu fico muito preocupada, ...é uma questão que prejudica o paciente (EC, 20a).*

Observou-se que os profissionais atuantes na assistência direta ao paciente também descreveram situações de

dificuldades no relacionamento interpessoal e liderança por parte das chefias. *Penso que se tivesse uma chefia firme, mais forte, mais dura até, poderia dar um jeito. Você vê que tem muita coisa que passa sem ser falado, conversado, cobrado, a maioria dos funcionários precisa de cobrança mesmo* (TRC, 22a). *É muito importante trabalhar em equipe, temos que pensar a mesma coisa, para o bem do paciente. Nós, estatutários, estamos juntos há muito tempo, mas têm os celetistas e os credenciados e nem sempre se consegue este vínculo no trabalho, às vezes, é bem difícil* (ERC, 24a).

Esta categoria reforça fatores que impossibilitam a realização do cuidado efetivo e eficaz, visto que o dimensionamento pessoal de enfermagem, o modelo de liderança e a dificuldade de relacionamento interpessoal são pontos que afetam diretamente a qualidade do cuidado ofertado.

Discussão

Destaca-se como limitação do estudo a indicação dos profissionais da assistência pela chefia, visto que resultados diferentes poderiam ser obtidos se os mesmos tivessem sido selecionados aleatoriamente entre os profissionais da instituição. Ademais, a participação apenas de profissionais estatutários também pode ter interferido na percepção do cuidado identificada, visto que estes estão inseridos no modelo de cuidar da instituição há muitos anos e, frequentemente, no mesmo setor, o que torna as concepções alinhada à filosofia de cuidar do serviço. Há, ainda, que considerar que a percepção destes também pode ser diferenciada diante da maior oportunidade de capacitação disponível e realizada por eles. Por fim, pontua-se, também, como possível restrição o fato de as entrevistas terem sido realizadas no local de trabalho, o que pode ter restringido a liberdade de expressão dos participantes.

De qualquer modo, os resultados obtidos são válidos, pois podem subsidiar e favorecer a reflexão sobre a prática do cuidado. Enfatiza-se que por serem profissionais estatutários, com muitos anos de vínculo na instituição, conseguem aproximar percepção válida da realidade de cuidar, à medida que se utilizam das experiências diárias para refletir sobre o cuidado

que oferecem, destacando a importância do vínculo em diversos contextos como fator facilitador do cuidado, conforme pautado pela Teoria do Cuidado Humano, relacionando, portanto, a prática à teoria.

Na percepção dos profissionais de enfermagem, o cuidado relaciona-se ao âmbito assistencial, gerencial, relacional, de educação e de valores humanos, diferente de evidência que aponta que o cuidado do enfermeiro é pautado em um fazer técnico⁽⁹⁾. Aponta-se que, por vezes, a rotina de trabalho árduo do enfermeiro e as múltiplas tarefas desempenhadas prejudicam a qualidade do cuidado prestado⁽¹⁾, fato que necessita de reflexão contínua entre os membros da equipe, com vistas a elencar estratégias de contorná-las.

A maioria dos profissionais indicados pela chefia atuava na enfermagem há cerca de 20 anos, e ainda assim, ou por isso mesmo, desempenhavam cuidado cuja característica os tornava referência entre os colegas de profissão. Este achado contradisse a observação dos enfermeiros gestores, que apontaram que o quadro de funcionários em pré-aposentadoria era um dos problemas interno das instituições públicas. No entanto, corrobora com as dificuldades identificadas pela limitada reposição de pessoal, funcionários com restrições de esforços laborais e diferenças intergeracionais⁽¹⁰⁾. Notou-se que somente profissionais estatutários foram indicados, o que permite inferir sobre a importância do vínculo empregatício para qualidade do cuidado, a ponto de serem referência para os demais.

Ainda relacionado ao quadro de funcionários, o duplo vínculo foi apontado como outro fator que influencia na qualidade e continuidade do cuidado, pois é comum o profissional chegar atrasado ou sair antes, além de não conseguirem realizar o trabalho com a mesma disposição e condição física, em virtude dos plantões seguidos. Esse aspecto repercutiu também na vida do trabalhador de várias formas, como sono ruim, dores no corpo, lapsos de memória, dificuldade de concentração, irritabilidade, tristeza, transtorno de humor e esgotamento profissional⁽⁹⁾, podendo resul-

tar em absentéismo ou afastamentos de saúde, o que sobrecarrega a equipe.

Observa-se que, por vezes, a rotina de trabalho do enfermeiro, em especial no contexto hospitalar, é árdua e repercute na condição física e mental, pois é constantemente forçado a ir além dos próprios limites, fato que também afeta a qualidade do cuidado prestado^(4,11-12). Neste sentido, outro estudo apontou que gradativamente o profissional se torna individualista e, assim, passa a desempenhar somente as atividades assistenciais sob sua responsabilidade e que considera prioritárias⁽⁹⁾. Isso funciona como reação passiva a todas as obrigações.

Evidencia-se, ainda, que a duplicidade de vínculos empregatícios é mais comum entre os profissionais credenciados, o que, de certa forma, dificulta o relacionamento interpessoal e a liderança por parte dos enfermeiros do setor e chefias, justamente por estes não possuírem estabilidade na instituição. Isso porque um vínculo empregatício frágil pode gerar dificuldades e insegurança para o profissional exercer a liderança na equipe. Por outro lado, conforme observado, os profissionais estatutários têm dificuldade em reconhecer os credenciados ou celetistas como líderes da equipe. Assim, a relação laboral e de cuidado segue prejudicada^(4,10), sendo causa de sofrimento moral⁽¹²⁾.

Em contrapartida, estudo realizado com 84 enfermeiros gerentes de serviços hospitalares, no sudeste brasileiro, evidenciou correlação negativa entre tempo de assistência e vínculo empregatício com a liderança pautada no incentivo e na motivação profissional⁽¹³⁾. Resultados desta investigação coadunam com os achados deste estudo, sobretudo, em relação às dificuldades em lidar com a equipe, modos de vestir, posturas e comportamentos. Aponta-se que o fato de o enfermeiro falar, “chamar a atenção”, levar críticas para reunião de equipe, não são suficientes ou efetivos, diante da baixa capacidade em liderar, sensibilizar e integrar a equipe⁽¹³⁾.

Pondera-se, ainda, que, por vezes, o despreparo técnico, bem como as dificuldades na comunicação com os colegas de trabalho, conforme citado, dificul-

tam ainda mais a execução de um cuidado efetivo. Neste sentido, estudo com 15 profissionais de enfermagem apontou que este cuidado necessita de articulação e engajamento entre os membros da equipe, a fim de possibilitar a discussão das necessidades e a tomada de decisões que favoreçam a execução de forma descentralizada⁽¹⁴⁾.

Houve consenso entre os participantes, no que se refere à importância do conhecimento científico e técnico de quem cuida, principalmente por parte do enfermeiro, bem como a disposição do potencial tecnológico no serviço. O conhecimento foi apontado como forma de transmitir segurança ao paciente e aos profissionais da equipe⁽¹¹⁻¹²⁾. Estudo realizado nesta mesma instituição constatou que as principais causas de sofrimento moral nos técnicos de enfermagem relacionou-se ao constructo “trabalhar com enfermeiros/médicos que não possuem competência para atuar”^(12:1058).

Além do conhecimento, o compromisso com as atividades inerentes à atuação da equipe de enfermagem também se mostrou como aspecto importante, o que parece estar relacionado à segurança transmitida para equipe e pacientes na execução dos cuidados. Assim, destaca-se que promover uma cultura de segurança em relação à assistência constitui responsabilidade dos enfermeiros.

Algumas subjetividades dos envolvidos no processo de cuidar foram apontadas como importantes elementos que repercutem na execução do cuidado. O diferencial no cuidado dos profissionais indicados está relacionado às atitudes, baseadas nas relações humanas, que se mostram a partir da produção de um novo modo de cuidar, embasadas no reconhecimento das necessidades dos pacientes e nas possibilidades de trabalho dos profissionais^(7,14-15).

Destaca-se que a comunicação é uma forma de o profissional se aproximar e interagir com quem está sendo cuidado, pois é, neste processo, que se torna possível conhecer o indivíduo, estabelecer relações, vínculo e identificar as necessidades para o cuidado^(7,15). O conceito de comunicação terapêuti-

ca – empatia, respeito e escuta receptiva – tem sido amplamente utilizado ao analisar as relações entre enfermeiro e paciente, pois conhecimentos técnicos e objetivos não abarcam todas as possibilidades e necessidades de cuidado em enfermagem. Elementos subjetivos emergem na comunicação terapêutica que, por sua vez, atua como intervenção para recuperação da saúde do paciente^(7,16). Os enfermeiros estudados também observaram que implementar um relacionamento terapêutico produz resultados observáveis no conforto e na melhora do estado de saúde dos pacientes. Ademais, apontaram a relevância de informar e criar vínculo com os familiares e, inclusive, incluí-los no cuidado, uma vez que a comunicação tem capacidade de amenizar o sofrimento de pacientes e dos entes destes^(15,17).

Essas considerações apontam para necessidade de refletir acerca do momento do cuidar, a partir da percepção de quem cuida, da complexidade do ato e do ambiente em que se processa. Ainda, da dinamicidade em que ocorre, de valores humanitários embutidos e da necessidade de identificar-se como ser de cuidado^(7,18). Deste modo, o cuidado, tal como apontado pelos enfermeiros participantes do estudo, deve ser pautado em atitudes e valores humanos, elementos essenciais para qualidade da atenção.

Contudo, é evidente a distância entre algumas objetividades apontadas pelos chefes e a valorização de aspectos humanitários e subjetivos trazidos pelos profissionais por eles indicados como referências em cuidado. Considera-se a existência de possíveis dualidades acerca do conceito de cuidado em enfermagem, as quais podem enviesar a compreensão do mesmo. Estudo realizado com profissionais atuantes em uma enfermaria oncológica no Rio de Janeiro, Brasil, por exemplo, abordou a dualidade existente entre o cuidado esperado e aquele que é de fato implementado pelos profissionais (o real), de maneira que a distância entre eles consiste no que se conceitua como inteligência prática, em que impera o “saber-fazer” do profissional, com enfoque sobre as habilidades de uso da palavra e da escuta e da promoção de conforto. Tais

habilidades, por vezes, passam despercebidas diante dos meios aplicados, com vistas à avaliação do cuidado, geralmente direcionados para fins gerenciais⁽¹⁹⁾.

Os aspectos “invisíveis” do processo cuidativo emergiram, mesmo sem fazer relação direta com contextos de cuidado em que tais aspectos são, com maior frequência, destacados como fundamentais. No contexto dos cuidados às pessoas com condições crônicas, é comum os familiares valorizarem um cuidado pautado na interação e que considere crenças, valores, possibilidades e limitações dos pacientes, enquanto que no cuidado ao paciente em morte encefálica e potencial doador – condição contrária ao propósito de manutenção da vida – exige-se da equipe postura de zelo e cuidado, vislumbrando a possibilidade de nova existência a partir da doação de órgãos⁽²⁰⁾.

A compreensão das percepções das diferentes categorias de profissionais da equipe de enfermagem acerca do cuidado possibilita a reflexão sobre a importância de cada elemento dentro da equipe e do papel que cada qual desempenha. Portanto, é imperativo buscar a integração entre as diversas percepções de cuidado e formas de cuidar, de modo a tornar a prática assistencial um processo interligado, com vistas a beneficiar ainda mais o paciente e a família deste e, por consequência, o próprio modo de estruturar este cuidado dentro das instituições, repercutindo em benefícios também para equipe e instituição. Apesar das inúmeras incumbências no dia a dia, a enfermagem deve priorizar o cuidado humano, que tem como característica ser sistematizado e ter uma intenção terapêutica, o que, por sua vez, exige conhecimento, competência técnica, habilidade, empatia, atenção e ética por parte daqueles que se propõem a cuidar^(7,10).

Conclusão

O cuidado no cotidiano hospitalar foi percebido por profissionais de enfermagem atuantes na gestão e assistência como evento acompanhado e influenciado por aspectos operacionais, de cunho mais objetivo, como barreiras institucionais para formação de vín-

culos, mas, principalmente, por aspectos subjetivos, atrelados ao modo de ser do profissional e que moldam o cuidado humanístico.

Agradecimentos

À direção do Hospital Geral de Ensino do Noroeste do Paraná que autorizou a realização da pesquisa, e a todos os participantes, pela colaboração na produção dos dados.

Colaborações

Costa JR e Marquette VF colaboraram com concepção e projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Marcon SS, Testón EF, Arruda GO, Peruzzo HE e Cecilio HPM contribuíram com redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Santos AG, Monteiro CFS, Nunes BMVT, Benício CDAV, Nogueira LT. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 14]; 33(3). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529>
2. Damasceno CKCS, Campelo TPT, Cavalcante IB, Sousa PSA, Moreira WC, Campelo DS. The nursing managerial work: professional nurses knowledge about their skills management. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016; 10(4):1216-22. doi: 10.5205/1981-8963-v10i4a11106p1216-1222-2016
3. Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dellaire C, Ribas EN. Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(1):142-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>
4. Azevedo BDS, Nery AA, Cardoso JP. Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(1):e3940015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>
5. Birk NM, Girardon-Perlini NMO, Lacerda MR, Terra MG, Beuter M, Martins FC. Percepção de mulheres com câncer de mama sobre o cuidado de enfermagem à espiritualidade. *Cienc Cuid Saude* 2019. 18(1):e45504. doi:<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i1.45504>
6. Diogo P, Baltar P, Prudêncio A. Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investig Cual Salud Portugal-Lisboa* [Internet]. 2016 [citado 2020 Jan 15]; 2:1632-42. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1077/1050>
7. Watson J. Investigacion del cuidado humano en enfermeria [Editorial]. *Investig Enferm Imagen Desarr* [Internet]. 2015 [cited Mar 06, 2020]; 17(2):9-12. Available from: <http://www.index-f.com/invenf/17/172009resp.php>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Ferraccioli P, Acioli S. The different dimensions of care in practice held by nurses in primary care. *Res Fundam Care Online*. 2017; 9(1):28-36. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.28-36>
10. Beckman BP. The power of magnet: changing nurses, changing nursing. *J Nurs Adm*. 2019; 49(9):400-1. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000775>
11. Leal LA, Soares MI, Silva BR, Bernardes A, Camelo SHH. Clinical and management skills for hospital nurses: perspective of nursing university students. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(4):1514-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0452>
12. Silvino MCS, Wakiuchi J, Costa JR, Ribeiro AL, Sales CA. Moral suffering experiences in nursing staff. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016; 10(3):1054-62. doi: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201615
13. Silva VLS, Camelo SHH, Soares MI, Resck ZMR, Chaves LDP, Santos FC, et al. Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2017; 51:e03206. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206>
14. Silva SS, Assis MMA. Family health nursing care: weaknesses and strengths in the Unified Health System. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(4):603-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400010>

15. Costa JR, Arruda GO, Barreto MS, Serafim D, Sales CA, Marcon SS. Cotidiano dos profissionais de enfermagem e Processo Clinical Caritas de Jean Watson: uma relação. *Rev Enferm UERJ*. 2019; 27:e37744. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37744>
16. Campos C. A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional dos cuidados de enfermagem. *PsiLogos*. 2017; 15(1):91-101. doi: <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
17. Rodrigues BC, Uema RTB, Rissi GP, Felipin LCS, Higarashi IH. Family centered care and practice in the neonatal intensive care unit. *Rev Rene*. 2019; 20:e39767. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039767>
18. Wei H, Watson J. Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *Int J Nurs Sci*. 2019; 17(2019):17-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>
19. Fonseca MLG, Sá MC. O intangível na produção do cuidado: o exercício da inteligência prática em uma enfermaria oncológica. *Cienc Saúde Coletiva*. 2020; 25(1):159-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.29022019>
20. Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGM, Lanzoni GMM, Silva EL, Mello ALSF Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e2017-0274. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons