

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Interações e influências do processo, pessoa, contexto e tempo sobre o
cuidado de enfermagem em unidades de internação hospitalar**

Diana Carolina Cristiano Castelblanco

Pelotas, 2018

Diana Carolina Cristiano Castelblanco

**Interações e influências do processo, pessoa, contexto e tempo sobre o
cuidado de enfermagem em unidades de internação hospitalar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem – Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Eda Schwartz

Coorientadora: Juliana Graciela Vestena Zillmer

Pelotas, 2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C933i Cristiano Castelblanco, Diana Carolina
Interações e influências do processo, pessoa, contexto e tempo sobre o
cuidado de enfermagem em unidades de internação hospitalar / Diana
Carolina Cristiano Castelblanco ; Eda Schwartz, orientadora : Juliana
Graciela Vestena Zillmer, coorientadora. – Pelotas, 2018.
115 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Relações enfermeiro-paciente. 2. Interações. 3. Cuidados de
enfermagem. 4. Hospitalização. 5. Pesquisa qualitativa. I. Schwartz, Eda,
orient. II. Zillmer, Juliana Graciela Vestena, coorient. III. Título.

CDD: 610.73

Diana Carolina Cristiano Castelblanco

Interações e influências do processo, pessoa, contexto e tempo sobre o cuidado de enfermagem em unidades de internação hospitalar

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

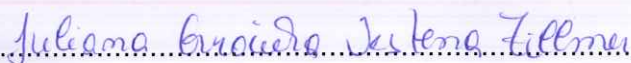
Data da defesa: 28 de fevereiro de 2018

Banca examinadora:



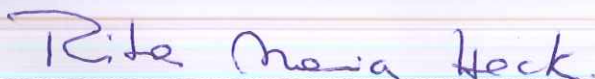
Prof. Dr. Eda Schwartz (orientadora)

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina



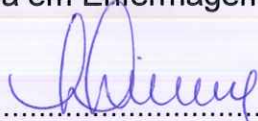
Prof. Dr. Juliana Graciela Vestena Zillmer (coorientadora)

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina



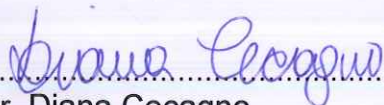
Prof. Dr. Rita Maria Heck

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina



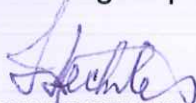
Prof. Dr. Lílian Moura de Lima Spagnolo

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas



Prof. Dr. Diana Cecagno

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande



Prof. Dr. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedicado a cada enfermeiro,
especialmente aqueles que cuidam do “todo”.*

Meu agradecimento de coração...

A **Deus**, ideador de tudo;

À minha filha **Carol Natalia** e meu companheiro **Jose Norvey** por seu amor e paciência, e por compartilharem esta experiência junto comigo, eu amo vocês;

Aos meus pais **Ana** e **Luis**, pelo amor e apoio incondicional sempre;

Aos meus avós **Cecilia** e **Laurentino**, pelo carinho e esperança depositados em mim;

À minha avó **Bernarda**, presente nas minhas lembranças;

Aos meus irmãos **Angelica** e **Javier**, pelos sonhos compartilhados;

À minha **família colombiana**, pelo animo e carinho;

Aos professores e colegas da **Universidad Nacional de Colombia**, por fazerem parte dos meus primeiros passos neste papel como enfermeira;

Aos meus colegas da **equipe de trabalho** na área assistencial, pelas vivências e experiências de cuidado;

Aos que foram **pacientes** comigo, por me deixarem cuidar deles;

Ao **Programa de Alianças para Educação e Capacitação OEA-GCUB2015** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas**, pela oportunidade brindada neste caminhar científico;

Aos **professores, colegas e trabalhadores** da Universidade Federal de Pelotas pelo conhecimento compartilhado;

Às minhas orientadoras **Eda Schwartz** e **Juliana Graciela Vestena Zillmer**, sempre disponíveis para compartilhar seu conhecimento, obrigada pela confiança e pelo rigor;

À doutoranda **Fernanda Lise** pela parceria;

Aos meus colegas da **turma do mestrado** pela aprendizagem compartilhada;

Às minhas colegas **Amanda** e **Eliana**, pela amizade em construção;

À alcateia do **grupo escoteiro Iguassu**, minha família de Pelotas;

À professora **Roxana Cardozo**, seu esposo **Henrique** e seus filhos **André** e **Frederick**, minha família peruana em Pelotas, pelo carinho e acolhimento proporcionados;

Aos meus amigos paulistas **Fernando** e **Larissa**, pelo tempo e carinho compartilhados;

*Aos meus amigos colombianos em Pelotas, **Miguel, Eugenia, Maiara, Luiza, Johan e Gloria**, pelo tempo e alegrias compartilhadas;*

*A todos os meus **irmãos latinos** em Pelotas, pela amizade;*

*Ao **Tigre** e à **Aqua**, pela sua companhia;*

*Aos professores que compuseram a Banca Qualificadora do projeto de pesquisa, **Rosani Manfrin Muniz, Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Rita Maria Heck Heck** e **Hudson de Carvalho**, pela orientação e ideias proporcionadas;*

*Aos **participantes deste estudo**, por cada uma das suas palavras;*

*Às professoras que compuseram a Banca Examinadora desta Dissertação, **Lílian Moura de Lima Spagnolo, Rita Maria Heck Heck, Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Diana Cecagno**, pelos aportes e retroalimentação;*

*E a todos os que não foram mencionados, mas ficarão na minha memória por **sempre...***

Gracias!

Por serem parte do meu sistema...

Resumo

CASTELBLANCO, Diana Carolina Cristiano. **Interações e influências do processo, pessoa, contexto e tempo sobre o cuidado de enfermagem em unidades de internação hospitalar. 2018.** 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia. Universidade Federal de Pelotas.

Este estudo objetivou compreender as interações e influências do processo, pessoa, contexto e tempo sobre o cuidado de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa analisada a partir da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. Foi realizada em duas unidades de internação de um hospital de ensino localizado no Sul do Brasil. Contou-se com a participação de 11 enfermeiros. O trabalho de campo foi realizado desde junho até novembro de 2017 e as técnicas de coleta de dados utilizadas foram a observação simples e a entrevista semiestruturada. O projeto de pesquisa foi aprovado sob o Parecer 2.042.429 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Para organização dos dados foram utilizados os *softwares Microsoft Word, Microsoft Excel e Ethnograph*. Utilizaram-se a análise de conteúdo convencional e dirigida; mediante a primeira buscou-se descrever o fenômeno de maneira global evitando o uso de categorias pré-concebidas, encontrando-as a partir dos dados; já a segunda permitiu identificar os principais conceitos e categorias iniciais de codificação mediante a orientação de uma teoria que guiou para um processo de análise mais estruturado. Resultaram da análise convencional três categorias: Unidades de internação e outros ambientes interligados; Pessoas envolvidas no cuidado; Processo: o enfermeiro no cuidado. Enquanto a análise dirigida resultou em quatro categorias: Influências promotoras e inibidoras do Microssistema sobre o cuidado de enfermagem; Influências promotoras e inibidoras do Mesossistema sobre o cuidado de enfermagem; Influências promotoras e inibidoras do Exossistema sobre o cuidado de enfermagem; Influências promotoras e inibidoras do Macrossistema sobre o cuidado de enfermagem. Se pode inferir que o cuidado de enfermagem nas unidades de internação hospitalar é compreendido como: processo de interação entre o enfermeiro, o ambiente e os usuários das unidades de internação; o conjunto de comportamentos e atividades dos enfermeiros, com a intenção de atender às necessidades das pessoas e dos ambientes que conformam as unidades de internação. A Teoria Bioecológica permitiu conhecer as influências dos diferentes aspectos do contexto olhando para as interações que promovem e/ou inibem a maneira como o enfermeiro concebe e proporciona esse cuidado. Além das características e interações das pessoas e do microssistema em que ocorre o cuidado de enfermagem, há influência promotora dos elementos bioecológicos que transpassam as fronteiras dos ambientes. Destacam-se entre eles os vínculos apoiadores indiretos formados pela interação com os elementos do mesossistema, a existência de recursos humanos e materiais necessários e a conexão com ambientes externos ao hospital que favorecem a realização do cuidado de enfermagem. É importante reconhecer as interações do contexto que interferem no cuidado de enfermagem nas unidades de internação, e a partir disso estabelecer intervenções que promovam sua reorganização e, portanto, a

qualificação do cuidado. Entre elas, resgatam-se as características físicas e organizacionais dos ambientes, as mudanças nos regimes de trabalho, e o manejo da informação, assim como algumas atividades de trabalho que inibem a interação de cuidado.

Palavras-chave: relações enfermeiro-paciente; interações; cuidados de enfermagem; hospitalização; pesquisa qualitativa; teoria bioecológica.

Abstract

CASTELBLANCO, Diana Carolina Cristiano. **Interaction and influences of process, people, context and time over nursing care in hospital wards**. 2018. 115f. Dissertation (Master's degree in Sciences) – Program of Postgraduation in Nursing. Faculty of Nursing . Federal University of Pelotas.

This study was aimed understand the interactions and influences of process, people, context and time over nursing care in university hospital wards of Brasil. This study was a qualitative research analyzed from Bronfenbrenner's Bioecological Theory. There were involved 11 nurses. The field work was made since June until November of 2017 and the data collection techniques were simple observation and semi-structured interview. The project was approved for the Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing and Obstetrics of the Federal University in Pelotas. For data organization was utilized the softwares Microsoft Word, Microsoft Excel e Ethnograph. The analyzed was by conventional and directed content analysis method. They were three content conventional categories analysis: International's units and other connected environment, People involved in the care, Process: the nurse on the care. With directed content analysis there were four categories: Promoter and inhibiting influences of Microsystem over nursing care, Promoter and inhibiting influences of Mesosystem over nursing care, Promoter and inhibiting influences of Exosystem over nursing care, Promoter and inhibiting influences of Macrosystem over nursing care. It is possible to infer the nursing care in the hospital wards is perceived like: interactions process between nurse, environment and users in the hospital wards, set of nurse behaviors and activities whit the intention of covering the needs of people and environments that make up the hospital wards. With the Bioecological Theory was possible to know the influences of different aspects of context looking out for interactions that promoted or inhibit the way that nurse conceived and feeds the care. In addition of people characteristics and interactions and microsystem, there is promoted influence of bioecological elements that straddles the environments boundaries. For example the undirected support links formed for the interactions between the mesosystem elements, existence of human and material resources and the connection with external environments that facility the nursing care. It is important to recognize the interaction of the context that interferes whit the nursing care in the hospital wards and according with this to establish interventions and promote its reorganization and hence the care qualification. Some of these interactions that interfere are: physical and

organizational features in the environments , the change in the workouts, the information management, and some work activities that inhibit the care.

Keywords: nurse-patient relations; interactions; nursing care; hospitalization; qualitative research; bioecological theory.

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxo da informação com as diferentes fases de uma revisão sistemática.....	23
Figura 2	Organização dos dados extraídos dos estudos incluídos na revisão.....	25
Figura 3	Representação da interação entre os núcleos do Modelo Bioecológico sobre o cuidado de enfermagem.....	38
Figura 4	Resultados das Análises Convencional e Dirigida.....	48
Figura 5	Papel, Funções e Atividades do Enfermeiro da Unidade de internação clínica.....	67
Figura 6	Contexto do Cuidado de Enfermagem em Unidades de Internação hospitalar.....	77

Lista de abreviaturas e siglas

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
XY	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HE	Hospital de Ensino
PIDI	Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPCT	Pessoa-Processo-Contexto-Tempo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

Sumário

1 Introdução.....	15
1.2 Objetivos.....	17
2 Revisão de Literatura.....	18
2.1 Política Nacional de Atenção Hospitalar.....	18
2.2 Cuidado de Enfermagem na perspectiva dos enfermeiros das unidades de internação hospitalar.....	21
3 Referencial Teórico Metodológico.....	32
4 Método.....	39
4.1 Caracterização do estudo.....	39
4.2 Local do estudo.....	40
4.3 Participantes do estudo.....	41
4.4 Trabalho de campo.....	42
4.5 Aspectos éticos.....	45
4.6 Gerenciamento e organização dos dados.....	46
4.7 Análise dos dados.....	47
4.8 Rigor do estudo.....	50
4.9 Divulgação dos resultados.....	50
5 Resultados e Discussão.....	51
5.1 Contexto do Cuidado de Enfermagem em Unidades de Internação Hospitalar.....	51
5.1.1 Unidades de internação e outros ambientes interligados.....	52
5.1.2 Pessoas envolvidas no cuidado.....	54
5.1.3 Processo: o enfermeiro no cuidado.....	60
5.2 Interações e Influências do contexto sobre o cuidado de enfermagem nas unidades de internação.....	79

5.2.1 Influências promotoras e inibidoras do microssistema sobre o cuidado de enfermagem.....	79
5.2.2 Influências promotoras e inibidoras do mesossistema sobre o cuidado de enfermagem.....	83
5.2.3 Influências promotoras e inibidoras do exossistema sobre o cuidado de enfermagem.....	90
5.2.4 Influências promotoras e inibidoras do macrossistema sobre o cuidado de enfermagem.....	91
6 Considerações finais.....	95
Referências.....	98
Apêndices.....	103
Anexos.....	111

1 Introdução

Ao longo dos anos várias disciplinas das ciências sociais e da área da saúde vêm estudando o fenômeno do cuidado. Para entender o cuidado de enfermagem, é necessário resgatar concepções do cuidado considerando aspectos da evolução histórica da enfermagem científica. Na primeira fase, a nightingaleana, as ações de enfermagem eram expressas de forma holística; na segunda fase o cuidado ao ser humano foi desvalorizado pela visão cartesiana; e já, na terceira fase, ele é retomado como a essência primária da enfermagem (STAMM, 2002).

A enfermagem, ao longo do tempo, vem considerando o cuidado ao ser humano como ponto de partida na construção do seu corpo científico (STAMM, 2002). Para os enfermeiros, compreender o seu objeto de estudo subsidia a construção e promoção de um processo crítico e reflexivo sobre quem ele é, como interage, e o seu papel nos diversos contextos, permitindo a articulação entre teoria e prática. “O desafio consiste em reintegrar as dimensões epistemológicas, ontológicas, e éticas no saber teórico-prático” (SILVA, 1997, p. 1).

Considerando que a enfermagem se encontra na terceira fase da sua evolução científica, ela posiciona-se como uma ciência que terá de ser “necessariamente construída em direção à complementaridade e que, portanto, será acompanhada da ousadia de querer buscar compreender o todo” (SILVA, 1997, p. 1). Nesse sentido, compreender o “todo” é o propósito da visão sistêmica emergente da ciência, porque mediante essa perspectiva procura-se um entendimento integrado dos fenômenos, assim como da dinâmica, funcionamento e conexão das partes e do todo numa interação de complementaridade. Assim, o cuidado de enfermagem, como um fenômeno, não

pode ser compreendido isoladamente sem conexão com os outros fenômenos que fazem parte de seu contexto, considerando espaço e tempo.

Diante do apresentado, uma das possibilidades de compreender esse cuidado de enfermagem é a partir da perspectiva da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner, utilizando os conceitos que constituem o que ele apresenta como Modelo Bioecológico. Essa Teoria define quatro núcleos, Processo, Pessoa, Contexto e Tempo, conformando o que se denomina PPCT.

O *Processo* é a relação entre a pessoa e o ambiente; a *Pessoa* envolve características determinadas biopsicologicamente e características construídas na interação com o ambiente; o *Contexto* compreende a interação dos quatro níveis ambientais (microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema), formando o meio ambiente ecológico; e o *Tempo* permite examinar a influência de mudanças e continuidades que ocorrem, e analisa-se em três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo (BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

O microssistema abrange atividades, papéis e relações entre as pessoas em um ambiente; o mesossistema inclui as interações entre dois ou mais ambientes em que participa a pessoa; o exossistema refere-se a um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa como participante ativo, mas no qual acontecem eventos que influenciam a pessoa; e o macrossistema aborda os sistemas de ordem inferior (micro, meso, exo) que existem na cultura da pessoa (BRONFENBRENNER, 1996).

Frente ao exposto, o presente estudo buscou compreender as interações e influências dos núcleos do Modelo Bioecológico, sobre a realização do cuidado de enfermagem nas unidades de internação de um hospital de ensino. O hospital foi compreendido como um ambiente em que se desenvolve o cuidado de enfermagem, sendo esse cuidado considerado como o processo, o enfermeiro como a pessoa que interatua e transita nesse ambiente, e tendo o tempo como um elemento que capta as mudanças que ocorrem nesse contexto. Todavia, é importante esclarecer que para este estudo adotou-se o termo “usuários dos serviços de saúde”, fazendo referência aos pacientes.

Como justificativa científica para esta pesquisa, atenta-se para o fato de considerar como pressuposto a pouca existência de estudos que abordem a perspectiva do enfermeiro da área assistencial a respeito de como acontece o

cuidado de enfermagem na sua cotidianidade, mais além de sua função “administrativa” enquanto realiza suas atividades para cuidar das pessoas internadas.

O desenvolvimento deste estudo foi motivado pela experiência da pesquisadora, surgida das experiências individuais e diferentes vivências na prática da enfermagem desde a academia até o trabalho na área assistencial, as quais geraram dúvidas a respeito da complexidade do cuidado realizado pelo enfermeiro, e suas interações nos diversos contextos em que acontecem os processos saúde/doença.

Diante do exposto, foi construída a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as interações e influências dos núcleos do Modelo Bioecológico, sobre a realização do cuidado de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino?

1.2 Objetivo Geral

Compreender as interações e influências do processo, pessoa, contexto e tempo sobre o cuidado de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino, a partir da perspectiva da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner.

2 Revisão da Literatura

Ao utilizar a Teoria Bioecológica de que trata este estudo, considera-se importante o conhecimento do ambiente a explorar no que se refere às dimensões sociais e políticas, pois, segundo Bronfenbrenner (1996, p. 9), “uma abordagem ecológica requer uma reorientação da visão convencional da relação adequada entre a ciência e a política pública que destaque sua relação complementar e sua integração funcional”.

Para Bronfenbrenner (1996), o conhecimento e a análise da política social são essenciais para o progresso da pesquisa, porque alertam o investigador para aspectos críticos do ambiente. Apresenta-se, a seguir, uma síntese em relação à política nacional de atenção hospitalar (PNHOSP), seguida de uma revisão exploratória da literatura a respeito do Cuidado de Enfermagem, considerando o que dizem os enfermeiros de unidades de internação hospitalar, com vistas a subsidiar posteriores discussões.

2.1 Política Nacional de Atenção Hospitalar

A Constituição brasileira de 1988 define que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, por isso, foi criado o Sistema único de Saúde (SUS) para garantir a todos os brasileiros o acesso universal ao sistema público de saúde. Entre seus princípios estão a universalidade, a equidade e a integralidade, que promovem “a redução de desigualdades regionais e o desenvolvimento econômico e social” (BRASIL, 2018).

Compreendendo que “saúde não se limita apenas à ausência de doença, considerando, sobretudo, como qualidade de vida”, o Sistema Único

de Saúde, “em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes” (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, considerando a necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e sendo responsabilidade do Ministério da Saúde, foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) mediante a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.

Esta Política define o hospital como:

“Uma instituição complexa, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2013).

Também expressa que os hospitais são instituições que prestam ações e serviços no âmbito do SUS, sendo pontos de atenção que constituem uma parte da Rede de Atenção à Saúde; porém, sua missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população do local em que se situam, e devem atuar segundo o estipulado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2013).

A política direciona-se para garantir a universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar, e o atendimento das outras políticas de saúde; além disso, contempla os eixos que sustentam o seu funcionamento e propósito (BRASIL, 2013).

O Eixo de Assistência Hospitalar descreve a respeito dos recursos e da infraestrutura necessária para o seu funcionamento, da segurança dos usuários dos serviços de saúde, da implantação de protocolos de atuação, das estratégias de qualificação da assistência e do cuidado ao usuário (BRASIL, 2013).

O Eixo de Gestão Hospitalar atenta para a qualidade, eficiência e transparência do funcionamento nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS, mediante estratégias de avaliação, destacando-se a gestão participativa e democrática. É responsável também pela caracterização do ambiente hospitalar, assim como pelo direcionamento dos recursos para o cumprimento do papel do hospital na RAS (BRASIL, 2013).

O Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho detalha a relação entre o hospital e o ensino, sendo responsável pela criação de estratégias de formação em saúde em consonância com programas e políticas de educação com o propósito de valorizar e aprimorar as habilidades dos profissionais (BRASIL, 2013).

“Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino para graduação e pós-graduação na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação” (BRASIL, 2013).

O Eixo de Financiamento descreve sobre o manejo de recursos da assistência e os recursos de investimento provenientes do SUS, que devem estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distritais e Municipais (BRASIL, 2013).

No Eixo de Contratualização encontra-se a seguinte definição:

“A Contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização estabelecendo compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa” (BRASIL, 2013).

O Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão estabelece as competências nos níveis da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, e são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos nesta Portaria (BRASIL, 2013).

A partir da política de atenção hospitalar podem-se resgatar elementos do ambiente hospitalar que dialogam com a abordagem do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner; segundo ele, a disponibilidade e frequência de ambientes

apoiadores são afetadas pela adoção de práticas e políticas públicas criando ambientes e papéis sociais úteis (BRONFENBRENNER, 1996).

2.2 Cuidado de Enfermagem em unidades de internação hospitalar

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsáveis pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilidade e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, o código de ética dos profissionais de enfermagem dita, entre seus princípios fundamentais, que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade da vida da pessoa, família e coletividade; e que o profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (COFEN, 2007).

Considerando as unidades de internação hospitalar como ambientes onde o enfermeiro realiza sua prática profissional mediante assistência às pessoas que precisam da internação para garantir as ações necessárias no seu processo de saúde/doença, ressalta-se a importância de compreender o cuidado de enfermagem a partir da perspectiva dos profissionais de enfermagem. Além da dimensão organizacional do trabalho, é importante olhar para as características das pessoas, dos ambientes e da interação entre eles como partes de um todo.

Pesquisar a respeito do cuidado é uma tarefa complexa, porém, conhecer o ponto de vista dos enfermeiros pode aportar significativamente na compreensão do cuidado de enfermagem em contextos específicos. Por isso,

com o propósito de conhecer a produção científica qualitativa existente sobre o cuidado de enfermagem nas unidades de internação hospitalar na perspectiva do enfermeiro, foi realizada uma revisão sistemática exploratória da literatura (ARSKEY, 2005) que consistiu em identificação da pergunta da pesquisa; identificação dos estudos relevantes; definição dos dados a extrair; categorização, análises e comunicação dos resultados.

Teve-se como ponto da partida a pergunta: Quais estudos qualitativos pesquisam o cuidado de enfermagem nas unidades de internação hospitalar a partir da perspectiva do enfermeiro?

Para identificação dos estudos foi seguido um protocolo de busca e o fluxograma de quatro etapas da recomendação PRISMA (MOHER, 2015). A busca foi realizada nas fontes de informação eletrônica: Google Acadêmico, base de dados *MEDLINE (PubMed)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*.

Buscaram-se estudos qualitativos correspondentes ao tema “Cuidado de enfermagem nas unidades de internação hospitalar” com participantes enfermeiros na amostra de estudo, utilizando-se como descritores: Pesquisa qualitativa, Cuidados de Enfermagem, Hospitalização, Pacientes, Assistência Centrada no Paciente, Continuidade da Assistência ao Paciente, Assistência ao Paciente, Planejamento de Assistência ao Paciente, e Relações Enfermeiro-Paciente.

Para agrupar os descritores na base de dados PubMed foram utilizados o operador “AND” e os descritores em inglês, e no Google Acadêmico e LILACS foram utilizadas aspas, fazendo a busca em blocos, ex.: “pesquisa qualitativa” AND “cuidados de enfermagem” AND “hospitalização” AND “Relações Enfermeiro-Paciente”.

Foram ativados alguns limites para busca: humanos; artigos originais, teses, dissertações nos idiomas inglês, espanhol e português; publicados entre 2012 e 2016. Estabeleceram-se como critérios de exclusão: artigos de revisão, cartas ao editor, livros, resumos, e estudos que não responderam à questão de pesquisa.

Os dados extraídos dos estudos selecionados foram referentes ao nome da revista, autor, ano de publicação, título, país do estudo, idioma, metodologia

(desenho do estudo/referencial teórico-metodológico/ marco conceitual, participantes, local do estudo, instrumentos de coleta de dados, técnica de análise), objetivos, resultados e considerações finais, que foram organizados em uma tabela no *software Excel*.

A partir da leitura completa dos artigos e da categorização dos dados realizou-se análise narrativa para comunicação dos resultados da revisão. Contudo, foram extraídas para a análise só as informações referentes à perspectiva do profissional da enfermagem.

A busca nessas bases identificou 88 estudos para leitura dos títulos, dos quais 15 estiveram repetidos; selecionando-se 67 estudos. Posterior à leitura dos resumos, elegeram-se 22 estudos que cumpriram os critérios de inclusão, dos quais, incluíram-se, para leitura na íntegra, oito estudos que responderam à questão de pesquisa (Figura 1). Os 14 estudos restantes corresponderam à perspectiva do paciente e família, ou à área de contrarreferência, ou à assistência pós-hospitalar (cuidado transicional) ou foram realizados em unidades de saúde mental, portanto, foram excluídos.

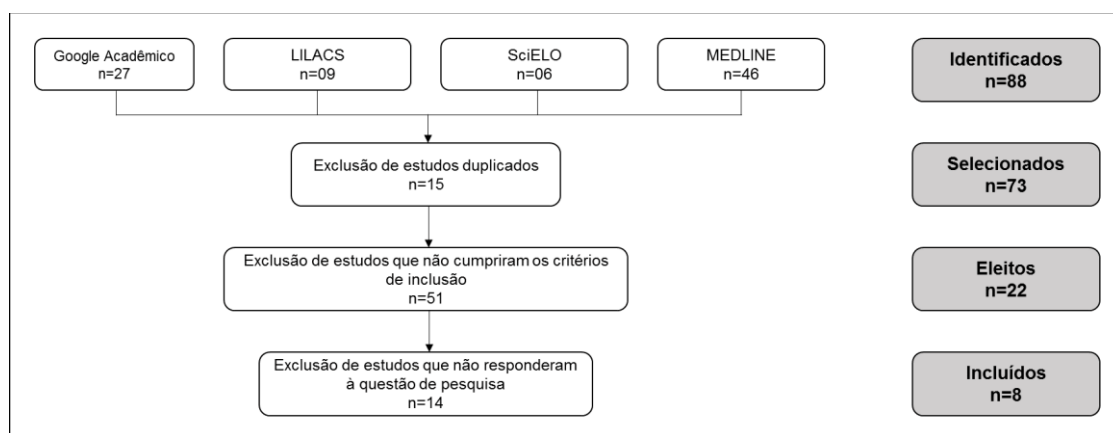


Figura 1 - Fluxo da informação com as diferentes fases de uma revisão sistemática
Fonte: MOHER, *et al.*, 2009

Foram analisados uma dissertação e sete artigos de pesquisas desenvolvidas no Brasil (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; CARMO *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2012; LIMA, 2013; VARGAS *et al.*, 2013), Bélgica (HOUDT *et al.*, 2014), Suécia (CEDERWALL *et al.*, 2014) e Irã (FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016); extraíram-se e organizaram-se em uma tabela os dados para a análise (Figura 2).

Os desenhos referidos nos estudos foram: teoria fundamentada nos dados (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012), descritivo (CARMO *et al.*, 2012;

CEDERWALL *et al.*, 2014), exploratório descritivo (VARGAS *et al.*, 2013), estudo de caso múltiplo (LIMA, 2013) ou não mencionado. Alguns dos estudos basearam-se num referencial teórico como o pensamento complexo (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012), a teoria pragmática da comunicação (CARMO *et al.*, 2012), e a teoria da coordenação relacional (HOUDT *et al.*, 2014). Nos outros estudos identificou-se um marco conceitual como norteador da pesquisa.

Encontraram-se cinco estudos que abordaram unicamente a perspectiva do enfermeiro (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; LIMA, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; CEDERWALL *et al.*, 2014) e três estudos consideraram adicionalmente a perspectiva de outros profissionais da saúde (HOUDT *et al.*, 2014) ou dos pacientes e seus familiares (CARMO *et al.* 2012; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016).

Autor, ano	Título	País	Método				
			Desenho do estudo//referencia I teorico- metodológico/ marco conceitual	Participantes	Local do Estudo	Instrumentos de coleta de dados	Técnica de análise
PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012	Emergindo a complexidad e do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica	Brasil	Pensamento complexo /Teoria Fundamentada nos dados	12 enfermeiros da unidade de terapia intensiva (UTI)	Hospital universitário	Entrevistas não Estruturadas	Teoria fundamentad a nos dados
CARMO <i>et al.</i> , 2012	O cuidado e a comunicação : interação entre enfermeiros e familiares de usuários em uma unidade de terapia intensiva adulto	Brasil	Descritivo / Teoria Pragmática da Comunicação	07 enfermeiros e 06 familiares dos usuários	UTI do Hospital Geral	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo de Bardin

MEDEIROS <i>et al.</i> , 2012	Cuidado paliativo: uma forma de refletir a abordagem do enfermeiro ao cliente oncológico	Brasil	Cuidado paliativo	12 enfermeiros	Hospital público	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo de Bardin
LIMA, 2013	Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde	Brasil	Estudo de caso múltiplo/Cuidado Humanizado	14 Profissionais de enfermagem e 37 técnicos de enfermagem	Unidades assistenciais e Unidades de Terapia Intensiva de Hospitais	Entrevista semiestruturada e observação direta	Análise de conteúdo de Bardin
VARGAS, et al. 2013	Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros	Brasil	Exploratório descritivo/UTI e	10 enfermeiros que atuavam em UTI e 10 que atuavam em emergência de instituições privadas e públicas da região metropolitana	Instituições privadas e públicas	Entrevista parcialmente estruturada	Análise temática

				de Porto Alegre, nos turnos manhã, tarde e noite			
HOUDT, <i>et al.</i> 2014	Grupos focais para explorar as experiências dos profissionais de saúde na coordenação de cuidados: para um quadro teórico para o estudo da coordenação de cuidados	Bélgica	Teoria da coordenação relacional e estrutura multinível	Vinte dos 58 profissionais de saúde convidados (34%) participaram dos grupos focais, que incluíram 5 de 24 (21%) clínicos gerais, 9 de 20 (45%) enfermeiros domiciliares e 6 de 14 (43%) fisioterapeutas.	Três hospitais	Grupos Focais	Análise comparativa constante
CEDERWALL <i>et al.</i> , 2014	Gerência de enfermeiros de cuidados críticos de desmame prolongado: um estudo de entrevista	Suécia	Descritivo/Desmame e de ventilação mecânica	19 enfermeiros de cuidados críticos	Três UTIs	Entrevista semiestruturada e observação não estruturada	Análise de conteúdo

FAKHR-MOVAHEDI, <i>et al.</i> 2016	Explorando o papel comunicativo da enfermeira nas relações enfermeiro-paciente: um estudo qualitativo	Irã	Comunicação	11 enfermeiros, 12 pacientes e suas famílias	Enfermarias médicas e cirúrgicas de um hospital de referência	Entrevista semiestruturada e observação não estruturada	Análise de conteúdo
------------------------------------	---	-----	-------------	--	---	---	---------------------

Figura 2 - Organização dos dados extraídos dos estudos incluídos na revisão

Fonte: Construído pela pesquisadora

Os estudos que descreveram o cuidado de enfermagem desde a perspectiva profissional foram realizados em unidades de alta complexidade como as UTIs (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; LIMA, 2013; CARMO *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; CEDERWALL *et al.*, 2014); três estudos foram realizados nas áreas de internação clínica oncológica (MEDEIROS *et al.*, 2012), clínica cirúrgica com pacientes com câncer de mama (HOUDT *et al.*, 2014), e clínica médica e cirúrgica (FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016). Ressalta-se que o estudo de Lima (2013) considerou como local de pesquisa tanto a UTI quanto as unidades assistenciais em dois hospitais de uma região do Brasil.

Dentre as técnicas para coleta de dados, identificaram-se grupos focais (HOUDT *et al.*, 2014), entrevista semiestruturada (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; LIMA, 2013; CARMO *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2012; Vargas, *et al.* 2013; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI, *et al.* 2016), entrevista semiestruturada combinada com observação direta (LIMA, 2013) e entrevista semiestruturada combinada com observação não estruturada (FAKHR-MOVAHEDI, *et al.* 2016).

Para a análise de dados, os pesquisadores utilizaram análise de conteúdo (LIMA, 2013; CARMO *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2012; CEDERWALL *et al.*, 2014; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016), análise temática (VARGAS *et al.*, 2013); análise comparativa constante (HOUDT; *et al.* 2014) e análise da Teoria Fundamentada nos Dados (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012).

Dentre os resultados dos estudos destacam-se a complexidade do cuidado de enfermagem (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012), percepções e práticas em torno do cuidado humanizado de enfermagem de (LIMA, 2013), características da comunicação entre os enfermeiros e os familiares durante o cuidado de enfermagem (CARMO *et al.*, 2012), significados de cuidado de enfermagem ao paciente oncológico (MEDEIROS *et al.*, 2012), dilemas éticos surgidos no cuidado de enfermagem (VARGAS, *et al.* 2013), ligações entre conceitos-chave da coordenação de cuidados identificados nas experiências dos profissionais de saúde (HOUDT; *et al.* 2014), enfermeiras da área dos cuidados críticos que lideram o processo de desmame ventilatório mediante cuidado de enfermagem baseado em abordagem direcionada e centrada no paciente (CARMO *et al.*, 2012) e comunicação baseada na necessidade do paciente (FAKHR-MOVAHEDI, *et al.* 2016).

Destacam-se, da perspectiva do enfermeiro abordada nos estudos, a influência dos elementos dos núcleos do Modelo Bioecológico no cuidado de enfermagem nas unidades de internação hospitalar, tais como as capacidades e/ou características do profissional (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; LIMA, 2013); capacidades, características e/ou necessidades do paciente (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; CARMO *et al.*, 2012; CARMO *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; HOUDT *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016); a família (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; LIMA, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; , FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016); as relações interpessoais (MEDEIROS *et al.*, 2012; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016); o papel do profissional (VARGAS *et al.*, 2013; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016); as tarefas e as atividades (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; CARMO *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; HOUDT *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016); ferramentas e estratégias para o cuidado de enfermagem (Lima, 2013; CARMO *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; HOUDT *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016); a comunicação e/ou a informação (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; CARMO *et al.*, 2012; CEDERWALL *et al.*, 2014; FAKHR-MOVAHEDI, *et al.* 2016); a tecnologia (LIMA, 2013; HOUDT *et al.*, 2014); a direção dos processos (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; HOUDT; *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012); a interação da equipe de saúde e/ou o trabalho interdisciplinar (LIMA, 2013; CARMO *et al.*, 2012; HOUDT *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012); e características externas ou organizacionais (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; CARMO *et al.*, 2012; LIMA, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; HOUDT *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016).

A etapa da busca dos estudos permitiu evidenciar que o cuidado de enfermagem nas unidades de internação é estudado a partir do ponto de vista dos usuários dos serviços de saúde e seus familiares, assim como a partir da organização do trabalho em enfermagem e de indicadores dos processos e resultados do cuidado. Porém, esses estudos não foram considerados para análise porque não responderam à pergunta da revisão.

A revisão apresenta a importância da perspectiva dos enfermeiros; a partir dela pode-se conhecer a complexidade do cuidado de enfermagem nas unidades de internação e evidenciar que o cuidado de enfermagem depende não só do enfermeiro, mas também dos diferentes elementos do contexto que interatuam na dinâmica do processo de cuidar as pessoas internadas.

Atenta-se para o fato de não se contemplar estudos de caráter organizacional ou administrativo nesta revisão, possivelmente pelos critérios da busca, mas também se pode considerar como pressuposto a pouca existência de estudos que abordem a perspectiva do enfermeiro da área assistencial a respeito de como acontece o cuidado de enfermagem na sua cotidianidade, mais além de sua função “administrativa” enquanto realiza suas atividades para cuidar das pessoas internadas.

Esse aspecto apresenta-se como justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa, que tenta conhecer como acontece o cuidado de enfermagem e como as relações e interações entre as pessoas e os ambientes acabam por influenciá-lo, além de se considerar a pouca existência e pertinência de estudos que abordem o cuidado de enfermagem na assistência desde a perspectiva do profissional de enfermagem na sua cotidianidade.

3 Referencial Teórico Metodológico

Para investigar as interações e influências do contexto sobre o cuidado de enfermagem, escolheu-se a Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner, que aborda aspectos do processo, pessoa, contexto e tempo, uma vez que este referencial estuda o fenômeno de forma “contextualista e interacionista” (NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 66).

O trabalho científico de Urie Bronfenbrenner data de antes dos anos de 1970; sua ideia da Teoria Ecológica tem evoluído até nossos dias no que agora se conhece como Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, pois inicialmente enfatizava mais o enfoque do contexto do que a própria pessoa, mas em decorrência de processos de autocritica e colaboração de seus colegas reorienta sua construção teórica integrando novos elementos e conceitos (BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Urie Bronfenbrenner foi um cientista de origem soviética, filho de um médico neuropatologista que desenvolveu sua contribuição científica tendo em conta as experiências de sua infância, e pessoas significativas, que formavam o que para ele era sua família. Posteriormente, na universidade iniciou a explorar o mundo da ciência do contexto social, e o poder da fenomenologia, refletindo nas suas vivências e experiências nas pesquisas culturais em que ele participava, e causando efeitos profundos que embasaram sua teoria. Seus primeiros pressupostos propunham que o desenvolvimento da espécie humana depende do lugar e da época em que o indivíduo se encontrava e que as políticas públicas têm o poder de afetar esse desenvolvimento, influenciando as condições de vida dos seres humanos (BRONFENBRENNER, 1996).

“O conhecimento e a análise da política social são essenciais para o progresso da pesquisa desenvolvimental porque alertam ao

investigador para aqueles aspectos do ambiente, tanto imediatos quanto mais remotos, que são críticas para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social das pessoas” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 9).

Motivado por conhecer a realidade do mundo em que vivem as pessoas e com o objetivo de desenvolver sua teoria, e melhorar a formação e a pesquisa nos ambientes em que os seres humanos vivem e desenvolvem-se, em 1979 empreendeu a elaboração de um trabalho acadêmico chamado “A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados” no qual desenha seu primeiro modelo teórico (Bronfenbrenner, 1996), e que será o guia deste estudo, junto com outros trabalhos que atualizam seus princípios teóricos.

O paradigma ecológico surge de uma fórmula clássica de Kurt Lewin, na qual se representa o comportamento como resultado de uma função entre a pessoa e o ambiente, e que depois é transformada pela teoria ecológica, substituindo o termo “comportamento”, por “desenvolvimento”, dando uma ideia mais orientada à condição temporal, e centrando-se no que denominou microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema (NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 56).

Resgata-se da proposta inicial que a capacidade de um ambiente para funcionar como contexto para o desenvolvimento é vista como dependendo da existência e natureza das interconexões sociais entre os ambientes, incluindo a participação conjunta, a comunicação e a existência de informações em cada um a respeito do outro (Bronfenbrenner, 1996). Da teoria das interconexões ambientais resgatam-se os conceitos de atividade molar, díade, papel, ambiente, rede social, instituição, subcultura e cultura.

Um **ambiente** é um local onde as pessoas podem facilmente interagir face a face. Os fatores de atividade, papel e relação interpessoal constituem os elementos, ou blocos construtores, do **microssistema**. Um termo crítico na definição do microssistema é experienciado.

“O termo experienciado é usado para indicar que as características cientificamente relevantes de qualquer meio ambiente incluem não apenas suas propriedades objetivas, como também a maneira pela qual essas propriedades são percebidas pelas pessoas naquele meio ambiente” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 19).

Para Bronfenbrenner (1996, p. 21), um **mesossistema** inclui as interações entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em

desenvolvimento participa ativamente. Um **exossistema** refere-se a um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante ativo, mas no qual ocorrem eventos que afetam, ou são afetados por aquilo que acontece no ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento.

O **macrossistema** refere-se a “consistências, na forma e conteúdo de sistemas de ordem inferior (micro- meso- e exo-) que existem, ou poderiam existir, no nível da subcultura ou da cultura como um todo, juntamente com qualquer sistema de crença ou ideologia subjacente a essas consistências”; o conceito de macrossistema “implica não só a cultura em que a pessoa vive, mas também a subcultura particular em que está inserida” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 21).

As **transições** são uma função conjunta de mudanças biológicas e circunstâncias alteradas no meio ambiente; assim elas são exemplos por excelência do processo de mútua acomodação entre o organismo e seus arredores, chamado Ecologia do Desenvolvimento Humano. As alterações podem ocorrer em qualquer um dos quatro níveis do meio ambiente ecológico (micro, meso, exo e macro).

O desenvolvimento humano é o processo por meio do qual a pessoa adquire uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico, e torna-se mais motivada e mais capaz de envolver-se em atividades que revelem suas propriedades, sustentem ou reestruturam aquele ambiente em níveis de complexidade semelhante ou maior em forma e conteúdo. A validade desenvolvimental permite demonstrar que o desenvolvimento humano ocorreu, estabelecendo que uma mudança produzida nas concepções e/ou atividades da pessoa foi transferida para outros ambientes e outros momentos.

“Na pesquisa ecológica, as propriedades da pessoa e do meio ambiente, a estrutura dos cenários ambientais e os processos ocorrendo dentro e entre eles devem ser considerados como interdependentes e analisados em termos de **sistemas**” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 22-24, grifo nosso).

A evolução da teoria reorienta os conceitos iniciais, assim como integra novos conceitos, destacando no seu atual **Modelo Bioecológico** quatro núcleos conformando o que denomina **PPCT: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo**. Destaca-se que os processos ocorrem sempre dentro de contextos por meio de interações em diversos níveis de diferentes sistemas e onde “as pessoas não

mais são vistas como apenas função do *ambiente*, mas como uma função do processo” (NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 57).

O *Processo* é a relação entre a pessoa em desenvolvimento e o ambiente, e passou a ser o construtor fundamental do novo modelo, tendo ênfase *nos processos proximais* (principais motores do desenvolvimento), os quais se definem a partir de cinco aspectos: 1) engajamento da pessoa em uma atividade; 2) a interação deve ser regular e acontecer em períodos prolongados de tempo; 3) as atividades vão tornando-se mais complexas; 4) reciprocidade entre as relações interpessoais; 5) para que o ponto anterior aconteça no ambiente imediato tem que ter a presença de objetos e símbolos que estimulem a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento (NARVAZ; KOLLER, 2004).

O segundo componente, a *Pessoa*, “envolve características determinadas biopsicologicamente e características construídas na interação com o ambiente”. A estabilidade e/ou mudança destas características por meio do ciclo vital são produto e produtoras do desenvolvimento e constituem também um dos elementos que influenciam os processos proximais, por serem “o resultado da interação conjunta dos elementos” do PPCT (NARVAZ; KOLLER, 2004, p.59).

Há três grupos de características da Pessoa: 1) força (geradora e desorganizadora), que coloca em movimento os processos proximais; 2) recursos biopsicológicos, que envolvem experiências, habilidades, e conhecimentos necessários para o funcionamento dos processos proximais durante diferentes estágios de desenvolvimento, assim como deficiências e competências psicológicas que influenciam a capacidade da pessoa de engajar-se efetivamente nos processos proximais; 3) demandas, aspectos que estimulam ou desencorajam as reações do meio ambiente social, favorecendo ou não o estabelecimento dos processos proximais. A hereditariedade passa a ser elemento-chave nesse modelo, no qual os modelos proximais são vistos como os mecanismos, através dos quais genótipos transformam-se em fenótipos. O potencial genético considera-se como atributo da Pessoa para predisposição a manifestações de competência e/ou disfunção e influi no desenvolvimento (NARVAZ; KOLLER, 2004).

O terceiro componente é o *Contexto*, que “compreende a interação dos quatro níveis ambientais (microsistema, mesossistema, exossistema e

macrossistema)” formando o meio ambiente ecológico. “É no contexto do microssistema que operam os processos proximais produzindo e sustentando o desenvolvimento” (NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 61).

O *Tempo* também definido como *cronossistema*, o quarto componente do modelo, “permite examinar a influência sobre o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo vital” (NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 61). Conforme a Teoria Bioecológica, mais do que ser um produto, essas mudanças produzem mudança histórica (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). O tempo analisa-se em três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo.

Destacam-se como pontos fortes da teoria: 1) a atenção ao contexto (culturas e subculturas); 2) “sensibilidade à diversidade e à pluralidade do desenvolvimento em diferentes culturas e em determinados períodos históricos”; 3) articulação de vários níveis de análise tanto teóricos quanto de pesquisa; 4) ruptura da dicotomia entre ciência teórica e empiricamente fundamentada encontrada na pesquisa; 5) a proposta da observação naturalística, com a operacionalização do importante conceito de validade ecológica; 6) a valorização da aprendizagem cotidiana que se dá por meio das interações face a face, características dos processos proximais como importantes ao desenvolvimento; e 7) a integração dos aspectos políticos ao processo de pesquisa (NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 67).

Considera-se importante nesta seção resgatar os estudos apresentados anteriormente na revisão de literatura articulando-os com os núcleos do Modelo Bioecológico, com o objetivo de aproximar e olhar sob a perspectiva Bioecológica os resultados desses estudos. Os oito estudos apresentam conceitos de cuidado e práticas de cuidado de enfermagem na área assistencial de diversas unidades hospitalares.

Os estudos analisados apresentaram elementos que se aproximam ao núcleo Pessoa, destacando a influência das capacidades, características e/ou necessidades do profissional, do usuário e da sua família. O cuidado de enfermagem é influenciado pelas habilidades técnicas científicas, a dizer, experiências e conhecimento do profissional, assim como pelas dimensões física, psíquica e espiritual das pessoas envolvidas no cuidado (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; CARMO *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2012; LIMA,

2013; VARGAS *et al.*, 2013; HOUDT *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016).

Entendendo como Processo a relação entre a pessoa e seu ambiente, consideram-se dentro desse núcleo as relações interpessoais que acontecem entre as pessoas envolvidas no cuidado (MEDEIROS *et al.*, 2012; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI, *et al.* 2016); a interação da equipe de saúde e/ou o trabalho interdisciplinar (LIMA, 2013; CARMO *et al.*, 2012; HOUDT *et al.*, 2014, CARMO *et al.*, 2012); as tarefas e as atividades desenvolvidas na realização do cuidado de enfermagem (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; CARMO *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2012; MEDEIROS, *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; Houdt; *et al.* 2014; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI, *et al.* 2016); assim como as ferramentas e estratégias usadas no cuidado de enfermagem (LIMA, 2013; CARMO *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; HOUDT *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016); e a comunicação e/ou a informação (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; CARMO *et al.*, 2012; CARMO *et al.*, 2012; Fakhr-MOVAHEDI *et al.*, 2016), sendo um elemento central que liga tanto elementos quanto processos.

Segundo Bronfenbrenner (1996), os fatores de atividade, papel e relação interpessoal constituem os elementos, ou blocos construtores, do microssistema. Aprecia-se que os estudos confirmam a presença dos elementos pertencentes aos núcleos Pessoa e Processo na realização do cuidado de enfermagem nos contextos estudados.

No que diz respeito ao núcleo Contexto, destacam-se a tecnologia (LIMA, 2013; HOUDT, *et al.*, 2014), que pode ser facilitadora e/ou limitadora no cuidado de enfermagem; a direção dos processos (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; HOUDT *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012), que contempla os aspectos organizacionais, sociais e políticos que afetam a realização do cuidado; e características externas ou organizacionais (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012; CARMO *et al.*, 2012; LIMA, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2012; MEDEIROS, *et al.*, 2012; VARGAS *et al.*, 2013; HOUDT *et al.*, 2014; CARMO *et al.*, 2012; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016) que influenciam indiretamente o cuidado de enfermagem.

Quanto ao núcleo Tempo, foi possível identificar sua influência sobre o cuidado de enfermagem, considerando as mudanças encontradas a partir da interação entre os aspectos das pessoas, os processos e os contextos apresentados nos estudos.

Evidencia-se na Figura 3 a representação da interação entre os núcleos do Modelo Bioecológico, que norteia esta pesquisa, articulando-os aos elementos encontrados na revisão, sobre o cuidado de enfermagem.

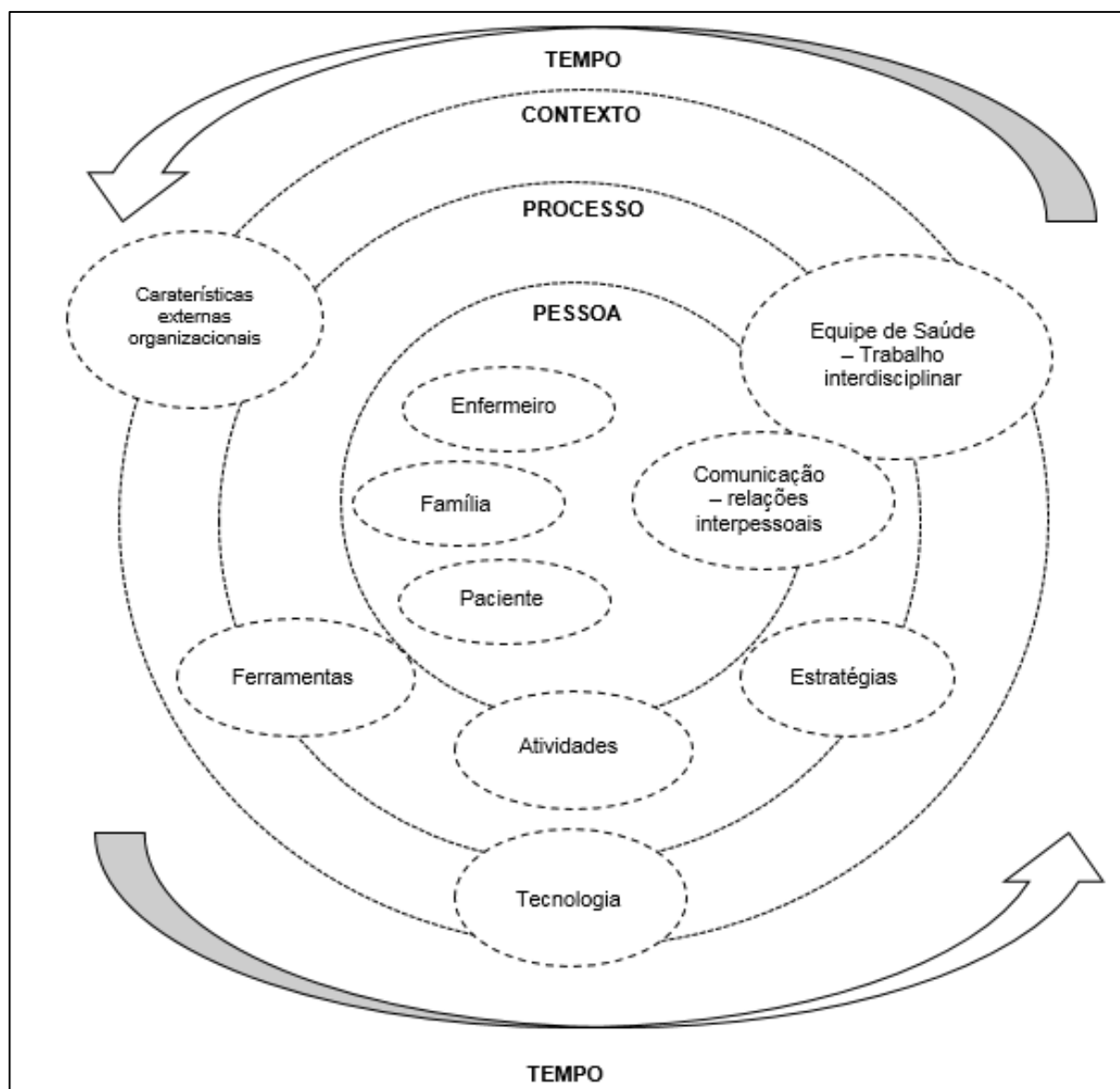


Figura 3 - Representação da interação entre os núcleos do Modelo Bioecológico sobre o cuidado de enfermagem, conforme a revisão da literatura

Fonte: Construído pela pesquisadora

4 Método

Método “é um termo de origem grega que significa ‘o caminho’, e que se refere a todos os procedimentos usados no estudo para produzir conhecimentos ao responder as perguntas de investigação, concretizar os propósitos e interatuar com o contexto conceitual” (GIALDINO, 2006, p. 86).

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa analisada a partir da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner (BRONFENBRENNER, 1996; BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Na abordagem qualitativa, o sistema de conceitos que respaldam a investigação também pode denominar-se contexto conceitual, e diferencia-se do marco teórico pelas características próprias do estilo qualitativo, a flexibilidade, a criatividade e a pluralidade de perspectivas para compreender a realidade estudada, em contraste com a estrutura rígida e os conceitos, dimensões e indicadores operacionalizados que definem ao estilo quantitativo (GIALDINO, 2006, p. 76).

Segundo Gialdino (2006) a resposta para a pergunta: O que é a pesquisa qualitativa? depende de qual seja o enfoque, ou seja, a tradição selecionada entre as múltiplas e diversas perspectivas às quais aplica-se esse vocábulo.

“essa presença simultânea de distintas orientações que diferem em quanto seu desenvolvimento, pressupostos e métodos, em quanto a suas concepções sobre a realidade social e respeito de aquilo que constitui uma evidência quando trata-se de conhecê-la, determina a impossibilidade de sustentar que a validade da investigação qualitativa

é ligada exclusivamente a uma determinada forma de fazer investigação, que responda as prescrições de uma entre essas variadas perspectivas e tradições” (GIALDINO, 2006, p. 23).

Para o contexto deste estudo resgata-se o exposto por Denzin e Lincoln (2006, p. 17), sobre a “abordagem *naturalista* e interpretativa da pesquisa qualitativa para o mundo”, o que significa que o pesquisador estuda o fenômeno no cenário natural e busca compreendê-lo a partir dos significados que as pessoas conferem a esse fenômeno. Gialdino (2006) complementa que outra das características que se assinalam da pesquisa qualitativa é a sua capacidade para particularizar.

“À medida que se fazem mais vivenciados os traços distintivos da situação que quer compreender-se, diminui-se a habilidade de fazer comparações significativas entre situações, devido a que o pesquisador, ao revelar o que é distintivo, se afasta do comparativo” (GIALDINO, 2006, p. 28).

A flexibilidade marca a abordagem qualitativa, e esta viabiliza a possibilidade de fazer mudanças pertinentes durante o percurso da investigação para captar os aspectos relevantes da realidade estudada. A ideia de flexibilidade abrange tanto o desenho na proposta escrita, como o desenho no processo da investigação; ela precisa da atitude aberta e da criatividade do pesquisador qualitativo, ademais é precisamente a pesquisa qualitativa a que permite modificar a relação entre pesquisa e teoria (GIALDINO, 2006, p. 67).

“A pesquisa qualitativa envolve o uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos – estudo de caso; experiência pessoal; introspecção; história de vida; entrevista; artefatos; textos e produções culturais; textos observacionais, históricos, interativos e visuais – que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em duas unidades de internação (Unidade A e Unidade B) de um hospital de ensino localizado no Sul do Brasil. A instituição faz parte da Rede de Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) da República Federativa do Brasil.

A missão do hospital de ensino, além de uma assistência de excelência à população da cidade onde se localiza, é promover o ensino, a pesquisa e as

atividades de extensão por meio de estratégias interdisciplinares. A visão do hospital de ensino é ser referência local e regional pela qualidade no ensino, pesquisa e assistência, pela qualificação profissional dos professores e funcionários, pela incorporação de avançada tecnologia e por uma gestão idônea e competente.

O referido hospital tem como política de qualidade tornar célebres e eficazes os serviços prestados aos usuários dos serviços de saúde, fazendo uso de técnicas modernas de gestão e valorização do funcionário (BRASIL, 2017). O hospital oferece seus serviços nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Oncologia e Cuidados Intensivos.

4.3 Participantes do estudo

Contou-se com a participação de 11 enfermeiros no total. Destes, três enfermeiros do turno da manhã, dois enfermeiros do turno da tarde, e dois enfermeiros do turno da noite, que trabalhavam na unidade A. Os participantes da unidade B foram um enfermeiro do turno da manhã, dois enfermeiros do turno da tarde e um enfermeiro do turno noturno.

A amostragem foi do tipo intencional, buscando identificar enfermeiros profissionais que trabalhassem nas unidades de internação A e B no momento em que se realizou a pesquisa e que aceitassem participar de maneira voluntária. Considerando o período de contratações que acontecia no momento da pesquisa, optou-se por incluir unicamente os enfermeiros com mais de três meses na instituição, pois uma experiência curta na instituição poderia interferir no atingimento dos objetivos do estudo.

Na amostragem intencional, o recorte do objeto e os objetivos da pesquisa determinam os componentes amostrais, e seu fechamento pode se dar pela redundância das informações, o que também se conhece como saturação teórica.

“Afim, o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositalmente não se encontra na quantidade final de seus elementos (o ‘N’ dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 20).

A pesquisadora não tinha relação alguma com os participantes do estudo. Somente quando iniciou o trabalho de campo aconteceu o primeiro contato entre eles, momento este em que a pesquisadora fez sua apresentação como estudante do curso de mestrado, explicou os objetivos e procedimentos do estudo, e esclareceu que ela seria também a entrevistadora. Os enfermeiros foram convidados para participar, e apenas duas pessoas recusaram o convite, expressando que não tinham interesse em participar porque em pouco tempo não estariam mais trabalhando no hospital, e porque não tinham obrigação de participar.

4.4 Trabalho de Campo

A pesquisa foi realizada pela pesquisadora, enfermeira, estudante de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. A pesquisadora é estrangeira, e conta com experiência laboral de seis anos como enfermeira assistencial nas áreas de urgência, cuidado crítico, internação clínica, e cuidado domiciliar de usuários adultos e pediátricos. No momento do estudo a pesquisadora tinha vínculo exclusivo como bolsista para estudo de pós-graduação mediante o Programa de Alianças para Educação e Capacitação OEA-GCUB2015.

Contou-se com a inclusão de uma estudante para suporte na coleta de dados em caso necessário, sendo esta do sexto semestre do Programa de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), e que estava devidamente capacitada. Suas atividades frente ao estudo foram realizar a escuta das gravações, transcrever e revisar as entrevistas.

O trabalho de campo foi realizado de junho até novembro de 2017. Após receber a Carta de Anuência (Anexo A) por parte da gerência de ensino e pesquisa do hospital de ensino e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo B), foi obtido o crachá de identificação como pesquisadora, mediante o qual se garantiu acesso ao hospital e às unidades de internação.

As técnicas de coleta de dados utilizadas na pesquisa foram a observação simples e a entrevista semiestruturada. O objetivo de articular ambas as técnicas de coleta, observação simples e entrevista semiestruturada, foi de

complementar as informações que descreveram os elementos das unidades de internação hospitalar e suas interações.

“Se, por um lado, os relatos obtidos em entrevistas não equivalem à observação direta de eventos e ações; por outro lado, toda observação pressupõe a instância interpretativa (muitas vezes, narrativamente organizada) e performances narrativas que sustentem a posição de observador naqueles contextos de interação e que orientem as interpretações dos eventos observados” (CASTELLANOS, 2014, p. 1070).

Inicialmente, a pesquisadora realizou observações simples com o propósito de identificar de modo geral o local da pesquisa e possíveis participantes, e fazer sua apresentação. Posterior às observações, foram convidados os enfermeiros que se encontravam trabalhando nos locais do estudo nos diferentes turnos para participar de maneira voluntária na pesquisa. Foram explicados os objetivos e procedimentos. Para os enfermeiros que aceitaram participar, agendaram-se a data, a hora e o local em que o participante estaria disponível para entrevista.

As entrevistas são consideradas “fundamentais quando é necessário mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados” (DUARTE, 2004. p. 215).

A entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados caracterizada pelo diálogo entre o pesquisador e o participante da pesquisa, onde o primeiro dirige o processo de comunicação de acordo com os objetivos da pesquisa. Destaca-se nesta técnica a interação pessoa-pessoa com o propósito de entender um tema, e por isso na formulação das perguntas deve-se procurar clareza e simplicidade (VARGAS-JIMÉNEZ, 2012).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada para orientar as questões (Apêndice A). Antes de iniciar a entrevista foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) informando o objetivo, os procedimentos e as considerações éticas do estudo. Alguns dos participantes demonstraram um pouco de desconforto por terem que assinar antes, outros não leram completamente o termo. Para as últimas entrevistas optou-se por solicitar a assinatura ao final, e verificou-se que os participantes se mostraram mais confortáveis com essa forma de agir.

Posterior à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procedeu-se à realização e gravação das entrevistas. As entrevistas foram realizadas em um espaço dentro da própria unidade de internação e durante o turno de trabalho do participante e sem a presença de outras pessoas.

A realização das primeiras três entrevistas permitiu adequar a construção das perguntas na forma como eram utilizadas, permitindo ao participante ter maior clareza do questionado. Não foi necessário repetir as entrevistas em vista da densidade de informações coletadas.

O fato de a pesquisadora ter domínio da área de trabalho dos participantes e a disponibilidade e paciência destes ao compreenderem que ela não era falante natural do português facilitaram a realização das entrevistas, pois, quando foi necessário, permitiram-se a repetição e/ou esclarecimento de perguntas e de respostas. Ao finalizar cada entrevista a pesquisadora anotou em diário de campo aspectos objetivos e subjetivos observados durante as entrevistas.

A transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora seguindo um formato para transcrição, e revisada pela estudante. Após, com o propósito de validar as entrevistas, elas foram entregues para cada participante, para verificar, opinar, complementar e ainda modificar sua resposta. Contudo, não se estavam conseguindo novos aportes por parte dos participantes que iniciaram esta fase, porque eles corrigiam unicamente as questões gramaticais e ortográficas, devido a isso, optou-se por interromper a validação.

As entrevistas foram gravadas com gravador MP3, e as observações foram anotadas em diário de campo. A transcrição das entrevistas foi feita de forma manual, utilizando o *software Microsoft Word* para transcrever e, após a revisão, as entrevistas foram salvas em *Portable Document Format* (PDF). Posterior à leitura e releitura das entrevistas, foram resgatados os pontos semelhantes nas falas dos participantes, assim como os elementos que alimentariam a compreensão do fenômeno a partir da perspectiva Bioecológica. Considerou-se que, para a pesquisadora, escutar e transcrever as entrevistas foi um exercício interessante, uma vez que foi constatado que a arte de escutar é complexa e transformadora, além de ter sido um desafio por causa do idioma, tendo em vista que a pesquisadora é estrangeira e de língua espanhola.

A observação simples é “aquela em que o pesquisador, permanece alheio (à) comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observando de maneira espontânea aos fatos que aí ocorrem” (GIL, 2010, p.101). A observação simples foi desenvolvida concomitante às entrevistas. Alguns dos participantes demonstraram interesse em saber por que seria feita observação, foi explicado para eles que, mediante ela, seria possível uma melhor descrição dos ambientes em que se realiza o cuidado de enfermagem.

As observações contaram com roteiro de observação simples (Apêndice C), sendo anotadas em diário de campo e digitadas no *software Microsoft Word*, no idioma espanhol, devido ao fato de a pesquisadora contar com uma bagagem restrita das palavras em português e as anotações serem feitas em linguagem informal.

Os registros das observações de campo foram articulados com os resultados obtidos mediante outras técnicas, “de modo a possibilitar uma visão a mais ampla possível do universo que está sendo investigado” (DUARTE, 2004, p. 223).

“Observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade, [...] é mediante o ato intelectual de observar o fenômeno estudado que se concebe uma noção real do ser ou ambiente natural, como fonte direta dos dados” (QUEIROZ, *et al.* 2007, p. 277).

As observações facilitaram o desenvolvimento da pesquisa tanto no nível teórico, porque permitiram conhecer o ambiente estudado e compreender alguns conceitos da Teoria Bioecológica, como no nível prático, permitindo o entendimento de algumas situações relatadas pelos participantes. Utilizar um modelo teórico que permita sua observação em combinação com o rigor metodológico que requer seu desenvolvimento proporciona a comprovação da sua validade e a emergência dos resultados contrários às hipóteses originais do investigador (BRONFENBRENNER, 1996, p. 6).

4.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado à Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição onde foi realizado o estudo, e posteriormente aprovado mediante a carta de anuência. Após, foi submetido à Plataforma Brasil, sendo

encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas no mês de abril de 2017, obtendo aprovação e registro sob o Parecer 2.042.429.

Para realização do estudo, foram mantidos os preceitos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), da Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016), e do Código de Ética da Enfermagem por meio da Resolução COFEN 311/2007, no seu Capítulo III, no que diz respeito aos Deveres nos artigos 89, 90 e 91 e às Proibições nos artigos 94, 96 e 98 (COFEN, 2007).

Os dados coletados serão armazenados durante um período de cinco anos, sob custódia das orientadoras, transcorrido este tempo, serão incinerados. A identidade dos participantes foi mantida em sigilo, garantindo o anonimato mediante a alteração dos nomes, sendo utilizada nas citações a letra “E” que indica enfermeiro, seguida da ordem da realização da entrevista, e da unidade à qual correspondia, utilizando “UA” para a Unidade A, e “UB” para a Unidade B, constituindo-se, por exemplo, da seguinte forma: E11UA; E10UB e assim sucessivamente.

Sobre os riscos que acarretaram este trabalho, o estudo não desencadeou riscos físicos; as entrevistas poderiam causar desconfortos, estes seriam mínimos, pois os participantes responderam as questões de maneira livre e espontânea, sem prejuízo para eles.

Entre os benefícios da participação, contou-se com a possibilidade de reflexão individual sobre o tema do cuidado de enfermagem, e o aporte de subsídios à prática dos enfermeiros.

4.6 Gerenciamento e organização dos dados

A utilização de *software* facilitou a organização dos dados oriundos das entrevistas. Foram utilizados os *softwares* *Microsoft Word*, *Microsoft Excel* e *Ethnograph*. O volume do material das entrevistas representou um total de 60 páginas que corresponderam a 5 horas e 13 minutos de transcrição; no que

tange ao material das observações, totalizou 18 páginas que corresponderam a 47 horas de observação (Apêndice D).

4.7 Análise dos dados

A análise foi realizada pela pesquisadora, que organizou, codificou e interpretou os dados. Esse processo da análise foi constante desde o início da pesquisa, assim, desde o primeiro instante da imersão no campo até a escrita do relatório final foi necessário fazer uso dos atributos da pesquisa qualitativa: flexibilidade, criatividade e reflexibilidade.

Uma das dificuldades encontradas foi na realização da análise buscando compreender o fenômeno na perspectiva da Teoria Bioecológica. Para a pesquisadora não foi fácil diferenciar o papel como pesquisador e o papel como profissional de enfermagem. Isto fez envolver sua subjetividade, originando um estado de incerteza, porém encontrando, na reflexividade constante do processo da investigação, a retomada do enfoque da pesquisa e a compressão das interações e influências sobre o fenômeno.

Para exercitar a reflexividade, foi necessário revisar frequentemente a questão e os objetivos da pesquisa de maneira que orientassem cada uma das fases da pesquisa, assim como aprofundar melhor a respeito da perspectiva Bioecológica. A partir disto, o enfoque direcionou-se para olhar o fenômeno como um “todo” e compreendê-lo de uma maneira integrada, em contraponto com os resultados das primeiras tentativas de análise, em que se pretendia aprofundar nas particularidades encontradas no conjunto de dados coletados. Evidenciou-se a importância e necessidade da orientação teórica para a análise dos achados, pois a informação coletada é rica e extensa, assim, a utilização da teoria é uma das tantas possibilidades para interpretar e compreender os dados, facilitando a focalização dos processos cognitivos da pesquisadora.

Na análise dos dados, foi preciso estudar com mais detalhes o referencial teórico-metodológico escolhido considerando o paradigma sistêmico. Desta maneira, foram esclarecidas as dúvidas teóricas e também se direcionou o processo metodológico e analítico do estudo.

A análise dos achados deu-se mediante a Análise de Conteúdo, técnica usada “para interpretar o significado do conteúdo de dados de texto e, por isso, faz parte do paradigma naturalista”, além de ser um “método de análise considerado flexível” (HSIEH; SHANNON, 2005, p. 1277). Esta técnica de análise permite conhecer e compreender o fenômeno em estudo e seus passos abordam: a formulação da pergunta de pesquisa, a seleção da amostra, a definição de categorias de análise, assim como o processo de categorização, e a determinação da confiabilidade e análise dos resultados. O sucesso deste tipo de análise depende do processo de codificação e da organização em categorias. Neste tipo de análise as teorias relevantes e/ou outros resultados da investigação são abordados na seção de discussão do estudo (HSIEH; SHANON, 2005).

Neste estudo utilizou-se análise de conteúdo do tipo convencional e do tipo dirigido. Na Figura 4, apresentam-se os resultados destas.

Resultado da Análise Convencional	Resultado da Análise Dirigido
Título do Capítulo: Contexto do Cuidado de Enfermagem em Unidades de Internação Hospitalar	Título do Capítulo: Interações e Influências do contexto sobre o cuidado de enfermagem nas unidades de internação
Categoria 1: Unidades de internação e outros ambientes interligados	Categoria 1: Influências promotoras e inibidoras do Microsistema sobre o cuidado de enfermagem
Categoria 2: Pessoas envolvidas no cuidado	Categoria 2: Influências promotoras e inibidoras do Mesossistema sobre o cuidado de enfermagem
Categoria 3: Processo: o enfermeiro no cuidado	Categoria 3: Influências promotoras e inibidoras do Exossistema sobre o cuidado de enfermagem
	Categoria 4: Influências promotoras e inibidoras do Macrossistema sobre o cuidado de enfermagem

Figura 4- Resultados da Análise Convencional e Dirigida
Fonte: Construído pela pesquisadora

A análise de **conteúdo convencional** foi realizada com o objetivo de descrever o fenômeno de maneira global, evitando o uso de categorias pré-

concebidas, construindo os códigos a partir dos dados (HSIEH; SHANON, 2005). Para esta análise, foram realizadas várias escutas e leituras das entrevistas no todo; logo procedendo à inserção de códigos visando destacar o conteúdo das falas, selecionando segmentos semelhantes e articulando-os às entrevistas. Em seguida, a partir dos códigos derivaram as subcategorias, e destas as categorias. Para esta fase utilizou-se uma tabela elaborada no *Microsoft Excel* para organizar e gerenciar a informação.

Resultaram 127 códigos que foram agrupados em 11 subcategorias organizadas mediante uma árvore de relações (Apêndice E), gerando três categorias. As categorias construídas foram: Categoria 1: Unidades de internação e outros ambientes interligados; Categoria 2: Pessoas envolvidas no cuidado; Categoria 3: Processo: o enfermeiro no cuidado. Tais categorias compõem o primeiro capítulo dos resultados do presente trabalho, intitulado como: “Contexto do Cuidado de Enfermagem em Unidades de Internação Hospitalar”.

A **análise de conteúdo dirigido** permitiu identificar os principais conceitos e categorias iniciais de codificação mediante a orientação de uma teoria que guiou para um processo de análise mais estruturado. Segundo Hsieh e Shannon (2005, p. 1277), “na abordagem dirigida, a análise começa com uma teoria ou achados relevantes da pesquisa como orientação para os códigos iniciais”.

O objetivo da análise de conteúdo dirigida é validar ou estender conceitualmente um quadro teórico ou teoria; também este é um “processo mais estruturado”, no qual a teoria orienta a discussão dos resultados (HSIEH; SHANON, 2005, p. 1281). Para realizá-la os códigos partiram de conceitos da Teoria Bioecológica e do Modelo Bioecológico, sendo eles: os núcleos pessoa, processo, contexto (microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema) e tempo, experienciado, ambiente, díade, influências inibidoras, influências facilitadoras, atividade molar, atividade molecular, meio ambiente ecológico, relação interpessoal, rede social, papel, e transição ecológica, elementos considerados relevantes para responder à pergunta e objetivo da investigação.

Ao ter claro estes conceitos, a pesquisadora retornou à leitura das entrevistas seguindo os passos da análise de conteúdo dirigido. Primeiro se

definiram os códigos a serem utilizados, resultando em 19 códigos que se organizaram em árvore mediante uma ferramenta de categorização própria do *software Etnograph* (Apêndice F). Logo foram lidos linha por linha os trechos extraídos das entrevistas, etiquetando-os de acordo aos códigos pré-estabelecidos. O *software* permitiu agrupar os códigos, e a partir disso construiu-se o segundo capítulo dos resultados desta dissertação, intitulado como: “Interações e Influências do contexto sobre o cuidado de enfermagem nas unidades de internação”, conformado pela Categoria 1: Influências promotoras e inibidoras do Microssistema sobre o cuidado de enfermagem; Categoria 2: Influências promotoras e inibidoras do Mesossistema sobre o cuidado de enfermagem; Categoria 3: Influências promotoras e inibidoras do Exossistema sobre o cuidado de enfermagem; Categoria 4: Influências promotoras e inibidoras do Macrossistema sobre o cuidado de enfermagem.

4.8 Rigor do estudo

Para descrever o estudo, foram seguidos os 32 critérios da lista de comprovação do COREQ (Anexo C). Trata-se de uma ferramenta que possibilita um melhor detalhamento do método e resultados dos estudos qualitativos. Os critérios incluídos na lista de verificação podem ajudar os pesquisadores a relatar aspectos importantes da equipe de pesquisa, estudar métodos, contexto do estudo, descobertas, análise e interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). A reflexividade constante é considerada um aspecto importante para desenvolver a qualidade durante o processo de investigação, e consequentemente a análise dos dados.

4.9 Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa serão divulgados mediante a produção de artigos e publicações científicas, e participação em eventos científicos das ciências da saúde. Também serão realizadas, no hospital de ensino em que aconteceu o estudo, oficinas abertas para a equipe de enfermagem, nas quais serão apresentados os resultados em forma de retroalimentação.

5 Resultados e Discussões

Resultaram da análise convencional três categorias analíticas que descrevem o cuidado de enfermagem nas unidades de internação hospitalar, caracterizando os elementos desses ambientes, assim como suas interações. Encontrou-se uma outra categoria composta pelas potencialidades e fragilidades que os enfermeiros vivenciam durante a realização do cuidado de enfermagem nas unidades de internação. Assim, devido a que esta categoria se apresentou de maneira transversal, permeando as falas de todos os participantes e das três categorias, ela foi resgatada para a análise dirigida pelo referencial teórico.

Enquanto que a análise dirigida a partir das potencialidades e fragilidades relatadas resultou em quatro categorias que permitem compreender as interações dos elementos bioecológicos identificados no contexto, e as influências destes sobre o cuidado de enfermagem.

5.1. Contexto do Cuidado de Enfermagem em Unidades de Internação Hospitalar

Os resultados organizam-se de modo a descrever o contexto no qual está inserida a pessoa que desenvolve o cuidado de enfermagem interagindo pelos ambientes. O ambiente é considerado como o local onde as pessoas interagem face a face, e a interação dos quatro níveis ambientais (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema) conforma o contexto, nomeado pelo autor como o meio ambiente ecológico (BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). De acordo com Bronfenbrenner

(1996, p. 33) “as propriedades da pessoa e do meio ambiente, a estrutura dos cenários ambientais e os processos, ocorrendo dentro e entre eles, devem ser considerados como interdependentes e analisados em termos de sistemas”.

Dessa forma, a seguir apresentam-se as categorias que descrevem o contexto onde é realizado o Cuidado de Enfermagem, considerando os níveis ambientais micro, meso, exo e macro que o integram.

5.1.1 Unidades de internação e outros ambientes interligados

Considerando a definição de ambiente proposta por Bronfenbrenner (1996), este estudo chamará de ambientes aos espaços físicos contendo as pessoas que interagem na realização do cuidado. No presente estudo, o cuidado de enfermagem desenvolve-se no ambiente de duas unidades de internação que atendem adultos, idosos, homens e mulheres em condição clínica e/ou cirúrgica, usuários do SUS. Cada unidade conta com uma estrutura física própria dentro do hospital, e com características que as diferenciam, tais como sua organização, dinâmica, funcionamento e perfil de usuário atendido. Tais achados podem ser evidenciados pelos seguintes relatos:

[...] tem duas enfermarias cirúrgicas oncológicas, duas enfermarias sempre masculina e feminina, duas enfermarias da infecto, duas enfermarias de oncologia e duas enfermarias de hematologia dentro de uma mesma clínica [...] (E7UA).

[...] a unidade [...] ela é pré e pós-operatório, ou seja, os pacientes, geralmente antes de passarem pelo procedimento cirúrgico, eles ficam aqui [...] e após vêm para observação... também se for mais complexo eles vão para UTI, mas, quando não é de maior complexidade, eles vêm receber os cuidados de enfermagem aqui na unidade até estarem aptos a irem embora (E8UB).

Mediante as observações encontrou-se que o espaço do posto de enfermagem de uma das unidades era pequeno e lá aconteciam inúmeras atividades ao mesmo tempo, como preparação dos medicamentos, organização da papelaria e prontuários, ligação a outros serviços, e conversações simultâneas entre as pessoas. Tal achado foi descrito na nota de campo apresentada a seguir:

[...] dentro do posto de enfermagem tem 12 pessoas e outras cinco estão circulando, eles têm jaleco branco indicando que são médicos, enfermeiros e estudantes [...] todos entram e saem muitas vezes do

posto de enfermagem, ingressam a tomar elementos, e saem para as salas dos usuários (Nota de observação).

Encontrou-se que os serviços intersetoriais, como a rouparia, a copa, a farmácia, o laboratório, a portaria, o serviço de higienização e outras unidades como o bloco cirúrgico, a Unidade de Terapia Intensiva e o hospital DIA, constituem o hospital de ensino e são externos às unidades de internação. O microssistema está conformado pelos usuários com quem o enfermeiro interage nas unidades. Além deste, os enfermeiros mencionaram outros ambientes que interagiam com seu microssistema, conformando o mesossistema, sendo o conjunto conformado pelos serviços intersetoriais anteriormente mencionados e as unidades de internação.

Alguns dos enfermeiros mencionaram outros serviços como: o Pronto-Socorro, as unidades de atenção básica, o PIDI (Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar) e o Programa Melhor em Casa, que compõem a rede de cuidados da qual faz parte o hospital em estudo. Outros ambientes identificados foram o domicílio e a rua. Para os enfermeiros do estudo, estes ambientes são importantes para os usuários, uma vez que nestes se iniciam ou continuam os tratamentos. Tais ambientes representam o exossistema constituído pelos ambientes que influenciam o cuidado de enfermagem, mas onde os enfermeiros das unidades de internação não participavam de forma ativa.

O Ministério da Educação, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e as universidades fazem parte desse contexto, além do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas formuladas pelo Ministério da Saúde. Logo, constituem o macrossistema, sendo este o conjunto conformado pelos ministérios, as universidades e as instituições externas à rede de cuidado, e que aborda todos os níveis anteriormente mencionados (micro, meso e exo). Diante disso, o macrossistema influencia as interações do enfermeiro e consequentemente no cuidado de enfermagem.

A organização, dinâmica e funcionamento do hospital seguem os parâmetros estabelecidos nos eixos da política nacional de atenção hospitalar (PNHOSP) no que se refere à assistência hospitalar, gestão hospitalar, formação e desenvolvimento, e gestão da força de trabalho, devido às características de funcionamento, da organização e inter-relação com a

Universidade. Isso contribui na compreensão da PNHOSP como uma política norteadora para o hospital.

Conforme Bronfenbrenner (1996) a política pública é uma parte do macrossistema, que influencia nas propriedades específicas dos níveis nele contidos. A organização do Sistema Único de Saúde constituída por políticas públicas pode ser entendida como o ambiente cultural em que se desenvolve o cuidado de enfermagem, que influencia os processos, afetando o todo.

Considerando o apresentado, é possível descrever os diferentes níveis em que se organiza o hospital em que acontece o cuidado de enfermagem. Conforme Bronfenbrenner (1996), no nível mais interno estaria o ambiente imediato contendo a pessoa que realiza o cuidado de enfermagem, sendo a unidade de internação e o enfermeiro, respectivamente. Para este estudo, o “todo” pode ser o Sistema Único de Saúde, a partir disso, é importante e necessário que o enfermeiro tenha uma compreensão sistêmica do ambiente em que participa tanto direta quanto indiretamente, e de como isso influencia na sua atuação como enfermeiro de uma unidade de internação.

5.1.2 Pessoas envolvidas no cuidado

Esta categoria apresenta as pessoas mencionadas pelos enfermeiros participantes do estudo, sendo elas: usuários, outros enfermeiros, técnicos de enfermagem, profissionais da equipe multidisciplinar, amigos e familiares dos usuários. Ao mencionar a equipe multiprofissional, esta é conformada por profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, odontologia, serviço social, psicologia e medicina. Essas pessoas apoiam a realização do cuidado mediante a conformação das díades que caracterizam o microssistema, e por sua vez conformam estruturas maiores, como são as tríades e as tétrades. Evidenciam-se nos relatos de E4UA, E10UB e E8UB tais achados:

[...] eu acho que com todo o mundo que trabalha aqui... com os pacientes e com os familiares, aqui todo mundo tem importância, desde a pessoa que limpa o ambiente, que é uma coisa importantíssima [...] até os outros profissionais, os médicos, os residentes, os técnicos auxiliares, pessoal da nutrição [...] (E8UB).

[...] a gente se relaciona com uma equipe multiprofissional, então aqui temos [...] que relacionarmos com a nutrição, se relacionarmos com a fisioterapia... se relacionarmos com a terapia ocupacional, nos relacionarmos com a psicologia, nos relacionarmos com o pessoal da

rouparia, do lactário, enfim, existe um relacionamento mútuo para que esse cuidado seja bem executado [...] (E4UA).

[...] há interação entre o enfermeiro e a gerência... os profissionais de enfermagem, os técnicos, os médicos [...], com todas as outras profissões que estão aqui trabalhando junto comigo para que tudo ande da melhor forma possível [...] e que traga só benefícios ao paciente [...] tu tens que colaborar, e o pessoal tem que colaborar contigo... pessoal da internação, pessoal da rouparia, [...] higienização... tudo isso aí é a rede que a gente fala (E10UB).

Segundo Bronfenbrenner (1996), quando as pessoas de um ambiente participam de forma conjunta na realização de atividades existe uma relação bidirecional conformando uma díade. Desta maneira, as relações interpessoais se apresentam entre os usuários e os enfermeiros (díades do cuidado de enfermagem), e entre essas díades e as pessoas que apoiam a realização do cuidado (tríades e tétrades). Esse conjunto de pessoas pode ser o que Bronfenbrenner chama de rede social, sendo esta definida como um sistema de interação sequencial que não exige a presença de todos os participantes ao mesmo tempo, em comparação com o sistema diádico que, sim, a requer (BRONFENBRENNER, 1996 p. 65).

Foi possível identificar que os estudantes e os professores também foram mencionados como parte da rede social que influencia a realização do cuidado, e este sendo influenciado por estes. Além disto, foi constatado nas observações deste estudo que as interações entre as pessoas da equipe são estabelecidas mediante comunicação não só verbal, mas também escrita.

[...] temos estudantes da faculdade de enfermagem [...] temos em média 6 a 8 alunos mais o professor, nós temos as residentes, nós temos a fisioterapia, a terapia ocupacional, então todo o tempo são relações acontecendo [...], a todo momento eu preciso ter uma conduta para o relacionamento disposta para esse cuidado do meu paciente, então, eu tenho relações todo tempo com o profissional médico, com o profissional da nutrição, com o profissional que é terapeuta ocupacional, com a odontologia, com o serviço social, com o estudante, com o professor, com a direção, são muitas relações que a gente precisa se desenvolver ao longo deste trabalho para executar um bom cuidado [...] (E11UA).

[...] além da parte assistencial ainda tem essa parte educacional, que a gente tem circulando muito aluno [...] (E9UA).

Observo que, somado aos prontuários, e à informação escrita nos diferentes formatos utilizados na unidade, o tabuleiro serve como meio de comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional, assim como com as pessoas do serviço intersetorial (Nota de observação).

Esta categoria apresenta congruência a respeito das estratégias interdisciplinares contempladas na missão do HE, e com a conformação da Rede saúde UFPel, pois se evidencia a participação conjunta dos profissionais da saúde, assim como a integração de diferentes áreas do conhecimento que apoiam a assistência e o cuidado aos usuários do sistema de saúde. “O enfermeiro colabora nas práticas de outros profissionais da equipe multiprofissional, tendo como objetivo central a resolutividade e o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde” (SOARES, *et al.*, 2009, p. 64).

Ao se referir aos usuários, a maioria dos enfermeiros descreveu as condições clínicas que caracterizam as pessoas internadas e suas necessidades biopsicossociais relacionadas aos ambientes em que se encontram inseridas. Condições sociais a respeito de moradia, família e recursos básicos com que contam ou não os usuários podem influenciar no cuidado oferecido pelos enfermeiros, como constata-se nos relatos apresentados a seguir:

[...] os pacientes que são da infecto são pacientes que têm um problema social muito grande, porque são moradores de rua, a vida familiar deles é desestruturada, não têm referencial nenhum de casa, têm uma carência... são extremamente carentes esses pacientes, e às vezes eles querem uma cama e comida, coisas muito simples, aí eles vão, têm alta, vão embora para casa, quinze, vinte dias depois eles internam de volta... então é uma coisa cíclica pelo uso de substâncias... pela não adesão ao tratamento [...] (E9UA)

[...] a maioria deles sempre tem alguém que seja cuidador, pode ser o familiar, pode ser um amigo, pode ser um conhecido, alguém que se propõe a cuidar em aquele momento [...], muitas outras situações podem estar preocupando eles, algumas questões que foram deixadas em casa, muitas vezes são cuidadores de outras pessoas idosas ou com qualquer outra doença crônica que possam estar em casa [...] (E3UB)

Atenta-se para o fato de que os enfermeiros consideraram a família como parte da rede social dos usuários. Identificou-se nas entrevistas que, nas interações que se conformam para realizar o cuidado de enfermagem, a família precisa ser mais reconhecida como elemento fundamental do microssistema do cuidado. Entretanto, de acordo com as observações realizadas no campo deste estudo, a família pareceu não estar incluída no cuidado, porém evidenciou-se que era ela que, de forma constante, demandava a presença dos enfermeiros e demais profissionais de saúde, iniciando uma interação. Estudo na Bélgica confirma que os profissionais de saúde percebem a rede social como uma das

características do paciente, sendo fundamental para o planejamento e coordenação dos cuidados (HOUDT *et al.*, 2014).

As relações interpessoais (díades, tríades e tétrades) descritas na Teoria Bioecológica podem funcionar com base num equilíbrio de poder (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner; Morris, 1998). Desta forma, no presente estudo, identificou-se que, quando o enfermeiro se refere ao “paciente” como usuário do serviço de saúde, está lhe conferindo poder, portanto, construindo uma relação de reciprocidade, favorecendo a construção de uma díade que influenciará no desenvolvimento do cuidado proporcionado. Nos relatos descritos a seguir identifica-se tal achado:

[...] ele não é um paciente, ele é uma pessoa que está em uma fase de cuidado, e ele vai sair daqui amanhã, e ele precisa ter a sua autonomia, então, ele não é um paciente, ele é um usuário do sistema, porque ele sai daqui da nossa instituição e vai a utilizar outra lógica de cuidado (E11UA).

[...] a gente sempre trabalha com todo o conhecimento técnico e científico, mas a gente também não pode deixar de resgatar sempre a multidimensionalidade do ser humano, ou seja, vê-lo em todos os seus aspectos, que ele é um ser social, que tem todas as suas questões que estão sendo tratadas em relação aos fatores físicos e biológicos, mas que ele faz parte de uma família, que a gente precisa também ver-lhe no sentido espiritual e que a gente consiga dar conta de todas essas multidimensionalidades (E3UB).

Segundo Siqueira *et al.* (2009, p. 18) “ver o ser humano na sua multidimensionalidade significa vê-lo como um ser integral, que, de forma contínua, se inter-relaciona e enquanto cada uma das suas dimensões, biológica, psicológica, social e espiritual, exerce influência sobre as demais, pode modificá-las”.

O Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner descreve que as pessoas têm características biopsicológicas construídas na interação com o ambiente. Estas características são produto e produtoras do desenvolvimento e influenciam os processos proximais (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006; BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; KOLLER, 2004).

Ao analisar as características da pessoa, sendo esta aqui definida como o enfermeiro, identificaram-se nas entrevistas as seguintes características que eles necessitam ter para realizar o cuidado: ter interesse, ter iniciativa, ser proativo, ser questionador, ter vontade de executar, prever algumas “coisas”, ser

articulador, despertar confiança, ser dinâmico, dar o melhor de si mediante a criatividade, realizar a escuta, ser empático, ter conhecimento, dominar a clínica, dominar as práticas e técnicas, e utilizar todos os sentidos. Além disto, apontaram que é necessário que o enfermeiro tenha bom senso ao momento da tomada das decisões, estar atento e ser paciente com as pessoas e com os processos, ter vocação profissional para dar conta das exigências da disciplina e reconhecer as limitações de sua função como enfermeiro, reconhecendo os outros profissionais e pessoas com que deve ter articulação.

[...] tem que ter aquele olho vivo [...] aquele escutar mais refinado para tu ver o que o paciente quer, e o que necessita realmente. [...] tem que ter o habito de conversar com a pessoa, saber se tem dor, fazer exteriorizar isso [...] (E10UB).

[...] sensibilidade, escuta ativa, empatia... no momento em que tu estás conversando com o paciente, olhando o paciente nos olhos [...] que possa despertar essa confiança e que ele possa realmente entender o que é que tu estás conversando [...] (E3UB).

[...] eu acho que a empatia é uma coisa que a gente precisa ter... nem sempre a gente está disposta a desenvolver essa empatia, mas se colocar no lugar do outro é uma característica que o enfermeiro precisa ter (E11UA).

[...] tem que ter empatia, a gente tem que se colocar sempre no lugar do outro, imaginar que podia estar naquela situação e que é que tu gostarias que fosse feito para ti ter uma qualidade de atendimento (E8UB).

[...] estar sempre em busca de conhecimento é necessário para a gente exercer o cuidado, não é possível que a gente tenha uma formação no período e a gente não exerça essa busca dos conhecimentos, porque, os conhecimentos, eles estão sempre mudando e a gente precisa buscar isso (E11UA).

[...] tem que primeiro dominar um pouco de clínica médica, tem que dominar, conhecer procedimentos, porque às vezes mudam os equipamentos, mudam as coisas, os procedimentos, e aí você tem de estar sempre assim se reciclando [...] (E9UA).

[...] é primordial o interesse... a gente pode não saber tudo, mas, tu tendo interesse e acesso ao conhecimento, tu busca alguma forma de adquirir o conhecimento e conseguir fazer as coisas. Então eu acho que o primordial é o interesse e a proatividade também não apenas se informar, mas colocar em prática aquilo que tu aprendeu, aquilo que tu buscou. Então o enfermeiro tem que ser dinâmico e proativo. [...] proativo é ter iniciativa de fazer as coisas, é tu ter uma visão geral, sistêmica, observar, ver e não apenas observar, tu agir, ir fazer o que é que deve ser feito ou que tu acreditas que tem, que deve ser feito (E8UB).

[...] proatividade é uma característica que a gente precisa, a gente não pode ser um profissional que aceita as coisas... a gente tem que questionar as coisas.... Duvidar muito do que se desenvolve, porque o enfermeiro não pode ser aquele profissional que aceita muito as

condições em que está colocado, ele precisa ser aquela pessoa que pergunta muito sobre as coisas, sobre o que está certo e errado, sobre o que pode melhorar, e eu chamo a isso de proatividade (E11UA).

[...] tem que ser proativo, tem que ter vontade de executar as coisas sem ser acomodado, ele tem que prever algumas coisas para poder fazer, ele tem que tentar articular com os outros setores [...] (E9UA).

Dentre as características mencionadas, a escuta foi a mais nomeada, assim como conversar com os usuários e a equipe, ser empático, ter conhecimento, e ser proativo, o que faz pensar na importância de utilizar todos os sentidos durante o processo de interação quando se quer cuidar das pessoas. Segundo Siqueira *et al.* (2009, p. 23) “o processo de interação social, isto é, da comunicação depende tanto da linguagem, quanto de sinais não verbais que auxiliam na interpretação dos atos, atividades, ritos e movimentos desencadeados”.

Ao refletir sobre a arte do cuidado, encontra-se que a escuta ativa, a comunicação, o olhar atento e a capacidade empática do enfermeiro são atos e expressões da sensibilidade humana, que oportunizam tanto o desenvolvimento criativo do cuidado, quanto o desenvolvimento humano do enfermeiro e da pessoa cuidada. Nesse sentido, mediante a dimensão estética do cuidado, se compreende a arte do cuidado como uma atividade prática significativa (RODRÍGUEZ, *et al.*, 2017).

Também estudo de Houdt *et al.* (2014) encontrou que, na coordenação de cuidados, os profissionais de saúde referem como fundamental ter experiência e conhecimentos para empreender procedimentos, assim como ter habilidades de comunicação com os usuários; corroborando com isso, um estudo no Irã encontrou que uma comunicação embasada nas necessidades do paciente pode influenciar na qualidade do atendimento (FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016).

Diante disso, apresenta-se consonância com os pressupostos de Bronfenbrenner (1996) a respeito da influência das características da pessoa sobre os processos que acontecem nas díades. Foram encontradas, nos resultados, as características pessoais dos enfermeiros, as quais são do tipo biopsicológicas e geradoras porque envolvem experiências, habilidades e conhecimentos necessários para promover as interações e, portanto, a realização do cuidado.

De acordo com Bronfenbrenner (1996), Bronfenbrenner e Evans (2000), Bronfenbrenner e Morris (2006), o ambiente é importante para compreender o fenômeno estudado, porém, além de descrever a estrutura estática e os atributos do sistema, devem-se considerar os processos desenvolvendo as interações. Estudo em hospital universitário apresentou como resultado principal que as relações e interações são importantes na compreensão do que significa cuidar para enfermeiros de unidades de cuidado intensivo (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012). Os resultados deste estudo mostraram que as interações entre o ambiente e o enfermeiro promovem a realização do cuidado de enfermagem nas unidades de internação, reconhecendo alguns dos elementos do Modelo Bioecológico, tais como as relações interpessoais e as características das pessoas no contexto.

5.1.3 Processo: o enfermeiro no cuidado

No que tange às interações que promovem a realização do cuidado de enfermagem nas unidades de internação, este estudo encontrou que as relações entre os enfermeiros e as pessoas internadas nas unidades conformam os Processos Proximais. Tais processos se definem a partir das atividades de trabalho direcionadas à realização do cuidado de enfermagem e das interações que se estabelecem no contexto.

Segundo Bronfenbrenner (1996), os processos proximais são definidos como interações entre a pessoa e o ambiente que promovem o desenvolvimento. Além disso, estas interações necessitam atender a cinco aspectos que os definem, sendo eles: engajamento das pessoas nas atividades; interações regulares durante períodos de tempo prolongados; reciprocidade entre as relações interpessoais; que vão se tornando complexas; mediante a presença de elementos estimuladores para o desenvolvimento (NARVAZ; KOLLER, 2004). No presente estudo, alguns dos elementos estimuladores desses processos proximais mencionados pelos enfermeiros foram: a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), o contrato de trabalho EBSERH, condições estruturais da unidade, vínculo com a Universidade, entre outros. Tais elementos são aprofundados no segundo capítulo desta dissertação.

Constatou-se que, entre as diretrizes estabelecidas pelo hospital, o enfermeiro preconiza a função da assistência, sendo ela que direciona o trabalho e apoia o cuidado ao usuário internado. Trata-se, portanto, da influência do macrossistema sobre as interações do enfermeiro e, conseqüentemente, os processos proximais. Ainda, a partir das falas sobre as atividades do trabalho do enfermeiro, os participantes expressaram que dentre seus papéis estão: ser líder da equipe, organizador, administrador, gerenciador da unidade.

[...] o papel do enfermeiro é a liderança dos processos [...] a gente tem algumas mudanças de sala, a gente tem a divisão do trabalho em equipe, então, o enfermeiro, ele vai liderar todo esse processo de cuidado do paciente, de interlocução com outros profissionais médicos, fisioterapeutas, serviço social. Eu penso que o papel do enfermeiro é conectado muito à liderança de todos os processos, e isso quer dizer não somente a liderança, mas, ao fazer desse processo, liderar e fazer, que são coisas que me parece às vezes separado, mas têm que caminhar junto [...] (E11UA).

O enfermeiro, eu acostumo dizer que ele é o gerente da unidade, ele que organiza e que sistematiza todo o cuidado de enfermagem para que o trabalho ocorra como tem que ser [...] meu papel seria gerenciar e organizar, liderar também a equipe dos técnicos e fazer minhas atribuições enquanto enfermeira, porque que tem coisas que não é atribuição do técnico, que é única e exclusivamente do enfermeiro [...] (E8UB).

[...] o enfermeiro desempenha várias funções... função de assistência, função de gestão, função de às vezes até gerir alguns conflitos [...] os enfermeiros fazem aquele atendimento mais de supervisão, mas, em determinados momentos, praticamente os papéis meio que se misturam e aí a gente acaba acompanhando a administração, o cuidado geral desse paciente (E9UA).

[...] trabalhar tanto na assistência direta do paciente engloba procedimentos... atuar na gestão da equipe de enfermagem [...] (E7UA).

[...] o período da tarde tem bastante rotina pouco assistencial e bastante rotina de organização, de administração [...] (E6UA)

[...] depois de receber o plantão, a gente já na escuta da passagem de plantão consegue definir mais ou menos o papel de enfermeiro e de gerenciador do setor [...] (E2UA).

[...] tenho a função assistencial e tenho a função administrativa pela questão do meu tempo aqui na unidade, porém, trabalhar durante o dia, eu acumulo algumas funções de ordem administrativa [...] (E5UB).

Os enfermeiros relataram que, entre as atividades de trabalho, o lidar com a equipe de enfermagem e outros profissionais não é um processo fácil, devido ao fato de que cada pessoa com quem interage possui características

biopsicológicas distintas, exigindo dele maior flexibilidade e adaptação frente ao contexto e que influenciará nos processos proximais. Mediante esse processo, o enfermeiro poderá promover mudanças positivas no ambiente e na realização do cuidado, como apresentam as falas abaixo.

[...] eu tenho um papel de cuidador, eu tenho um papel de gestor na unidade [...] de administrador da unidade no sentido de administrar recursos materiais e pessoal, que é o mais difícil, que me preocupa mais... isso de tu lidar com ser humano [...] são várias pessoas e várias personalidades e aquilo que tu tens que ver, conduzir o trabalho da melhor forma no sentido de fazer eles trabalhar se sentindo bem, se sentindo assistido por ti [...] (E10UB).

[...] atuar na gestão da equipe de enfermagem, que por incrível que pareça é bem tumultuada, tu tens que ter bastante flexibilidade para poder articular com eles, até para fazer as exigências que tu precisas fazer... não pode chegar cobrando, tem que mostrar para eles o quanto é importante eles fazer aquele papel [...] (E7UA).

[...] ser determinado, conseguir redistribuir as funções, olhar o funcionário, quem tem mais perfil para alguma coisa, perfil para outra, estimular ao funcionário também, exigir do funcionário, também cobrar do funcionário [...] (E2UA).

[...] eu também não posso chegar impondo as coisas, eu acho que tem que ir trabalhando em equipe, trabalhando junto, e, conforme tu vais trabalhando, acho que a tua equipe vai meio que te acompanhando (E1UA).

Os enfermeiros das unidades de internação hospitalar expressaram que a forma como organizaram a dinâmica do turno de trabalho influencia na realização do cuidado de enfermagem. Evidenciou-se que estabeleceram rotinas e padrões, permitindo organizar o planejamento e execução das múltiplas atividades que são de responsabilidade da equipe de enfermagem. Porém, conforme o relatado, não é claro o limite que diferencia a atuação do enfermeiro e do pessoal técnico de enfermagem que trabalha nas unidades, mesmo tendo constituídas as atividades próprias do enfermeiro.

[...] faço as rotinas do posto, divido o pessoal, que eles já têm uma escala prévia, então só faz algum ajuste das escalas, faço *check-list*, faço as evoluções ao final do plantão, os curativos, as coisas que eu tenho para fazer eu sempre faço [...] (E7UA).

[...] nós temos rotinas de troca de acessos, troca de curativo de acesso central, também são divididas entre manhã tarde e noite. Então, depois que a gente faz todas essas visitas, a gente fez essas avaliações. Então a gente também troca, por exemplo, troca de cateter periférico a gente pode pedir para um técnico, mas geralmente os guris estão muito atrapalhados, então a gente também faz isso. Curativo do cateter central é nosso, se vem alguma coisa na prescrição passar sonda

nasoenterica, passar sonda vesical, então a gente também faz isso depois das visitas [...] (E6UA).

[...] eu recebo plantão, e, realizada a passagem de plantão, a enfermeira da amanhã me passa as peculiaridades de cada paciente, então são distribuídos de acordo com as enfermarias [...] depois eu vou ver as prescrições médicas, irei aprazar as medicações. Depois de eu aprazar as medicações, eu vou organizar os exames de urgência, os exames agendados. Depois de eu fazer essas duas burocracias, no caso do aprazamento das prescrições médica e da organização dos exames laboratoriais de urgências, e com uma particularidade para os exames laboratoriais dos pacientes hematológicos em seguida, eu vou fazer minha visita na cabeceira do leito do paciente (E4UA).

Outro aspecto importante constatado nas falas, considerando o processo do enfermeiro no cuidado, diz respeito à rotina de “dividir”, a qual é realizada durante o trabalho entre os enfermeiros, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, e entre enfermeiros e outros profissionais de saúde. O “dividir” também foi evidenciado com enfermeiros que se encontravam em capacitação na unidade. Alguns dos participantes expressaram o fato de “dividir” como uma problemática, uma vez que a fragmentação dificulta a compreensão do todo, influenciando na realização do cuidado. Porém, alguns mencionaram que o fato de “dividir” é uma das estratégias encontradas para dar conta das atividades que devem desempenhar no turno de trabalho. O relato do E11UA reforça este achado.

[...] meu Deus, a gente faz muitas coisas [...] a gente divide essa dinâmica, ela não é uma dinâmica que acontece inteira para mim porque nós dividimos os quartos, dividimos as especialidades [...] a gente divide o funcionamento do expurgo, a gente divide o funcionamento de sala de procedimento, os insumos que a gente vai utilizar dentro dessa sala, quem é que vai repor esses materiais [...] dos quartos para os terminais, então como é que está sendo feita a higiene dentro dessas enfermarias a gente também acaba dividindo. Então, a dinâmica da unidade, ela é toda fragmentada, eu não tenho um olhar inteiro para essa unidade porque a gente divide entre os profissionais o funcionamento. O funcionário que leva e busca do CME, que leva e busca coisas do expurgo, isso é uma rotina, um padrão, a gente pega o funcionário, divide ele entre semana e divide as enfermarias também, para funcionar nessa dinâmica [...] a verificação de oxigênio da unidade, se a gente tem os torpedos cheios, se a gente tem a geladeira funcionando adequadamente para as medicações que a gente deixa guardada, a gente tem muitos documentos que a gente precisa assinar, solicitar transporte para o pacientes que faz exame fora daqui [...] nós poderíamos ter uma entrevista só das atividades que a gente faz (E11UA).

Referiram que no turno realizam inúmeras atividades que descrevem o trabalho, entre as quais se destacam: divisão das atividades entre os técnicos

de enfermagem, e entre os próprios enfermeiros, verificação e organização de materiais e insumos, supervisão e controle de higiene dos espaços designados, vigilância da cadeia de frio dos medicamentos, atividades de referência e contrarreferência de usuários, acompanhamento da transferência dos usuários até outras unidades ou setores do hospital. Além disto, outras atividades, como apoio às atividades e procedimentos médicos, servir como meio de comunicação entre os profissionais, e assistência das atividades e procedimentos próprios para o cuidado de enfermagem, tais como avaliação, evolução e prescrição dos cuidados, curativos, e intervenções de enfermagem dirigidas à atenção direta dos usuários.

[...] tem que puncionar, se tem que trocar acesso, se tem sondagem, a gente vai executando as outras tarefas porque tudo isso a gente faz [...] a gente também tem paciente da alta, a gente encaminha também a questão da higienização, de encaminhar as terminais e percorrer todos os leitos também é uma responsabilidade do enfermeiro, faz a manutenção, que isso tudo vem durante o turno da amanhã... se tem que fazer a manutenção de algum equipamento [...] a gente verifica temperatura da geladeira, se verifica carro de parada, se verifica se a sala de procedimentos está com a quantidade de equipamento, o estoque, se ela está em condições de ser feito algum procedimento, que agora no setor a gente tem uma sala única e específica para procedimentos... [...] da rotina a gente tem isso aí todos os dias, claro que intercorrências não é todos os dias, mas às vezes acontece, tem semanas que a gente tem pacientes intercorrendo durante todo o período, e aí as transferências, vai na UTI e busca na UTI, porque aos pacientes daqui a gente acompanha para transferir e para buscar na UTI (E9UA).

[...] depois a gente vai visitando de conforme a gente consiga resolver aquele problema maior, se ninguém está com problemas, se estão todos tranquilos, se a unidade está tranquila eu visito todos os pacientes primeiro, deixo rotina, exames para o outro dia, faço as orientações do jejum, preparo, essas coisas todas, olho os acesos venosos, se tem que ser trocado [...] tem que ser feito de curativo, nessa visita do início do plantão tu já consegues te planejar, fazer o planejamento da assistência, e sem visitar o paciente tu não consegue fazer um planejamento [...] depois começar a agir na nossa assistência, que troca de curativo, troca de cateter, medicação, orientações para o exame do outro dia, jejum, se eles têm com o banho de leito, verificar a integridade da pele [...] se está ou não com protetor, chamar a atenção do funcionário, orientar algum cuidado mais específico [...] que a gente são uma enfermeira por setor, não dá para fazer tudo, então orientar o funcionário para ele fazer também algumas coisas, delegar algumas funções (E2UA).

[...] o pessoal chega aqui pela amanhã, a gente pega o plantão de trabalho, e eu divido aos pacientes que vão para aos cuidados de todos os funcionários, cada funcionário, ele pega tipo assim três pacientes, eu divido até para não dar discórdia assim entre eles [...] a gente divide, nesse caso eles estão dando atendimento integral ao paciente [...] eu vou estar supervisionando medicação [...] fora das tarefas que eu faço todos os dias, eu faço uma escala de tarefas mensais, eles têm

cada um uma tarefa [...] [...] aí depois faço mais alguma coisa do setor, dos materiais, que está faltando, que não está, de vez em quando a gente tem acadêmicos aqui, gente tem que dar uma atenção pessoal [...] (E10UB).

[...] eu faço as visitas, avalio os pacientes, os técnicos repartem os procedimentos, encaminha paciente para exame, encaminha paciente para o bloco, recebe o paciente de casa para internar, recebe pacientes que voltam do bloco, a nossa rotina é basicamente essa, é receber pacientes, avaliar, medicar, encaminhar para exames e pra o bloco cirúrgico [...] (E5UB).

[...] alimentar dados no sistema, fazer a evolução de enfermagem, a gente tem um *check-list* que é feito na beira do leito e depois tu tens que transformar aquele *check-list* na evolução da enfermagem, depois tu vais para prescrição da enfermagem, depois vais para implementação dos cuidados, e tu vais passar para a equipe... então são várias etapas que são realizadas durante o teu horário de trabalho e que muitas vezes tu tens que equacionar tudo isso [...] (E3UB).

A partir das observações no campo, foi percebido que em uma das unidades o constante movimento do pessoal confirmava a realização das múltiplas atividades, que também se encontravam especificadas para cada turno no mapa de informações no posto de enfermagem da unidade. Tal achado é descrito na nota de observação a seguir.

De regresso para o posto, observo muitas pessoas de jaleco branco com bandejas, copos, recipientes, frascos (talvez medicamentos) entrando e saindo [...] Entra outro enfermeiro, organiza o material de sua bandeja e inicia suas anotações [...] Entra um enfermeiro com papel para eletrocardiograma e organiza ele [...] O enfermeiro novo entra, lava suas mãos e solicita a um técnico que ligue para solicitar um rx [...] Entra o enfermeiro novo para fazer suas evoluções no sistema [...] O enfermeiro divide tarefas entre os três técnicos e anota no tabuleiro (CME, farmácia, expurgo, posto) (Nota de observação).

De acordo com as características definidoras dos processos proximais da Teoria Bioecológica, percebe-se que as atividades do trabalho estão associadas ao papel do enfermeiro, isso pode influenciar sobre sua maneira de atuar como profissional, e de prestar cuidados. “O trabalho em equipe multidisciplinar fundamenta-se nos princípios de respeito ao conhecimento/saber de cada integrante, na convergência, integração e cooperação de forças que contribuem para atender as demandas da clientela no coletivo” (SIQUEIRA *et al.*, 2009, p. 37).

Segundo Bronfenbrenner (1996, p. 68), “um papel é uma série de atividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição na sociedade e de outros em relação àquela pessoa”. Para Backes *et*

al. (2012), o enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. Nesse sentido, se pode entender que o papel do enfermeiro das unidades de internação é cuidar das necessidades das pessoas que se encontram internadas durante seus processos saúde/doença.

Na expectativa desse papel, o enfermeiro da unidade de internação tem funções associadas ao seu ambiente imediato, mediante as quais “atua como um articulador do cuidado, interagindo de forma ativa e participativa no fazer da enfermagem” (SOARES; *et al.*, 2009, p. 64).

Nesse sentido, para cumprir com suas funções, o enfermeiro desenvolve uma série de atividades direcionadas a cuidar das necessidades dos usuários, ao mesmo tempo em que constitui e influencia a atuação da equipe multiprofissional, além de ser responsável pela construção do vínculo apoiador. Frente a isso, tendo em conta as informações obtidas nas entrevistas e os conceitos da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner, este estudo propõe uma classificação das atividades, funções e papel dos enfermeiros das unidades de internação hospitalar estudadas (Figura 5).

Diferenciar o papel, as funções e as atividades do enfermeiro da unidade de internação aponta para a necessidade de compreender o cuidado de enfermagem como produto e produtor de interações em diferentes ambientes. Segundo Soares, *et al.* (2009, p. 64), a prática de enfermagem transcende suas ações de assistência, gerenciamento, pesquisa e ensino, permitindo que o enfermeiro “se envolva com as necessidades da clientela e busque atendê-las de maneira integral” com os demais profissionais da equipe multiprofissional.

Corroborando com os achados da presente pesquisa, um estudo na Suécia com enfermeiros das unidades de cuidado crítico apresentou que o desmame ventilatório dos pacientes é considerado um cuidado complexo, e por isto é responsabilidade do enfermeiro, que reconhece a importância da interação com a equipe interprofissional. Esse processo compreende o planejamento individualizado do cuidado tendo em conta as necessidades individuais, a promoção do bem-estar físico, os recursos e as respostas próprias do paciente; a gestão do processo de cuidado desde o seu início; e a gestão da interação da equipe mediante o planejamento colaborativo, colaboração entre a equipe de

enfermagem e diálogo constante com o médico responsável (CEDERWAL, 2014).

Papel de Ser Enfermeiro na Unidade de Internação	Funções do Enfermeiro na Unidade de Internação	Atividades do Enfermeiro na Unidade de Internação
Cuidar das necessidades das pessoas internadas no seu processo saúde/doença.	Assistência Gestão Pesquisa Educação	Atender – Apoiar Liderar Gerenciar recursos Planejar Administrar – Dirigir Organizar (Dividir) Supervisionar Comunicar Tomar decisões Realizar atividades e tarefas do seu turno de trabalho Realizar procedimentos próprios da enfermagem. Sistematizar (Processo de Enfermagem).

Figura 5 - Papel, Funções e Atividades do Enfermeiro da Unidade de Internação Clínica
Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos dados coletados

A execução das atividades mencionadas pelos enfermeiros está direcionada para responder com seu papel. Porém, evidenciou-se que nem todas são desenvolvidas diretamente para proporcionar o cuidado de enfermagem, causando desconforto e insatisfação nos enfermeiros, que referiram sobrecarga de atividades que os distanciavam da interação entre eles e os usuários, fragilizando o cuidado. Nesse sentido, estudo no Irã encontrou que a sobrecarga de trabalho interfere na comunicação com o paciente, e, portanto, com a identificação das suas necessidades e recursos de apoio (FAKHR-MOVAHEDI, *et al.* 2016). Corroborando com isso, mediante as observações evidenciou-se que uma das unidades apresentava mais sobrecarga de atividades, tanto pelo número, quanto pela complexidade e tempo requerido para realizá-las.

Ressaltou-se que as atividades que se desenvolviam estavam direcionadas para promover cuidado aos usuários internados, mas ao mesmo tempo interferiam com o contato e o relacionamento direto entre eles e os

enfermeiros. Outro aspecto resgatado foi que, geralmente, a interação da díade enfermeiro-usuário apresenta-se enquanto os enfermeiros realizam a assistência de enfermagem, pois é nesse momento em que se estabelecem vínculos e conexões diretas mediante as características que os profissionais possuem para tentar responder às necessidades dos usuários internados. Para Houdt *et al.* (2014) a atitude dos profissionais de saúde para com os pacientes, e a atitude destes, foram confirmadas como "fatores culturais" que influenciam os mecanismos (inter) institucionais na coordenação dos cuidados.

Segundo os depoimentos dos enfermeiros das unidades de internação do hospital de ensino, o cuidado direto ao usuário acontece durante as visitas para realizar procedimentos e/ou examinar, e fazer o *check-list*. Conforme as falas, o *check-list* é o primeiro passo da operacionalização da assistência de enfermagem, seguido da evolução, prescrição e implementação dos cuidados de enfermagem, configurando-se como rotinas próprias do enfermeiro. Nesse sentido, o *check-list* é uma atividade que favorece o processo de interação entre o enfermeiro e o usuário, influenciando na realização do cuidado de enfermagem.

[...] eu chego, recebo plantão, vejo primeiro todos os meus pacientes, eu faço o *check-list*, eu passo todos os quartos e vejo eles, isso é um costume que eu tenho desde que eu comecei a trabalhar aqui (E7UA).

[...] a gente tem um *check-list* que a gente preenche [...] o nível de consciência, mobilidade, alimentação, eliminações, drenagens, lesões, tudo isso a gente marca ali... geralmente durante as visitas a gente vai tendo coisinhas para resolver, uma gastrostomia que está vazando, então a gente já volta para ligar para o residente para ver com o pessoal da cirurgia [...] (E6UA).

Vai assim, o estado de lucidez, o paciente está lúcido, está orientado, está comunicativo, se ele deambula, se ele está em ar ambiente, se ele está utilizando algum dispositivo respiratório, se ele está se alimentando, se ele tem alguma lesão, então a gente faz um exame físico completo, cefalocaudal, onde tu examina. Às vezes, como tem um grupo de pele que avalia os curativos, então a gente tem esse suporte, eles avaliam aquele curativo e a gente dá sequência dos cuidados posteriores [...] (E9UA).

[...] eu visito todos os pacientes [...] depois eu passo tudo o que eu vi no sistema, que tem um sistema com uma evolução fora de aquele *check-list* que a gente faz... a gente tem um *check-list* na beira do leito, eu vou fazendo, vou olhando o paciente, o estado do paciente, o que ele tem, se ele tem drenos, se ele... contar o aspecto do paciente, se ele está monitorizado, eu transcrevo para evolução que faz do paciente no sistema lá no computador, aí depois, baseado nisso, aí eu faço uma prescrição de cuidados de enfermagem que a gente tem no sistema também... essa prescrição de cuidados de enfermagem baseado no NANDA [...] (E10UB).

Na realização do *check-list*, como avaliação inicial do usuário, o enfermeiro precisa das habilidades comunicativas para identificar suas necessidades. A coleta de dados, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação dos resultados em conjunto fazem parte do Processo de Enfermagem (MEDEIROS, *et al.* 2012).

A partir de conhecer as necessidades dos usuários, o enfermeiro pode compreender os diferentes ambientes em que eles transitam, e como estes influenciam seu processo de saúde/doença e cuidado. Em consequência, o cuidado do enfermeiro pode impactar nos diferentes níveis ambientais mais além do microssistema na própria interação pessoal, até no exossistema na dimensão social do usuário, e ainda no macrossistema, como, por exemplo, na gestão de recursos do SUS. O estudo de Fakhr-Movahedi *et al.* (2016) apresenta que, ao perguntar e monitorar sobre o estado de saúde dos pacientes, os enfermeiros reconhecem que a maioria dos problemas se relaciona com sua doença e sintomatologia, assim como com os custos do tratamento, tempo de alta hospitalar e consequências da doença e seu estado de saúde.

O processo de enfermagem estimula a interação entre o enfermeiro e o usuário, além de facilitar a comunicação entre os diferentes ambientes do contexto em que esse cuidado acontece. Para organizar esse processo, a Sistematização da Assistência torna-se uma ferramenta mediante a qual os enfermeiros organizam as diferentes etapas do cuidado de enfermagem orientando o seu planejamento. Estudo de Houdt *et al.* (2014) confirmou que a standardização e adaptação dos processos de cuidado são aspectos importantes dentro do processo administrativo operacional na coordenação de cuidados.

Contudo, este estudo encontrou que, a despeito de ter protocolos estabelecidos para sistematizar a assistência, cada enfermeiro, em cada unidade, tem suas próprias maneiras de sistematizar e implementar os cuidados. Ainda, a etapa da avaliação é considerada por alguns dos enfermeiros como o início do processo, quando é materializada no *check-list*. No entanto, para alguns enfermeiros é a última, e se enlaça novamente com a primeira mediante a comunicação que acontece durante a passagem de plantão, conforme as falas a seguir. Com as observações percebeu-se que os enfermeiros, a partir da

informação resultante da Sistematização da Assistência, definem as necessidades prioritárias dos pacientes internados, e o cuidado a eles implementado.

[...] na passagem de plantão a gente tem uma normativa da XY que a gente tem que passar esse plantão... a passagem de plantão, então, tem que ser feita das 13 horas até as 13 e 15, no plantão a gente passa o que a gente viu daquele paciente... eu procuro sempre fazer uma avaliação assim, passar para o colega uma avaliação assim, ser breve, estado de consciência do paciente, passar o estado cefalocaudal, como ele passou aquela manhã, se ele está deambulando, se está eupneico ou dispneico, a ventilação dele, se ele tem risco de queda, qual tipo de cirurgia que ele fez, se ele é pré ou ele é pós, alguma particularidade daquela cirurgia, se ele está edemaciado, se ele está corado, se ele está se alimentando, se ele tem sonda, se tem dreno [...] se ele está urinando espontaneamente ou está com sonda vesical de demora, se ele evacuou [...] (E10UB).

A passagem de plantão, normalmente o que se pede é que sejam passadas aquelas coisas que são mais específicas, que não se demore fazendo passagem de plantão, só que às vezes existem muitas coisinhas, muitos detalhes, medicação que muda às vezes, as diluições mudam, a forma em que ela é prescrita e administrada é diferente, às vezes um exame da sequência [...] mesmo a gente tendo evoluído no sistema, é importante que a gente ainda reforce durante a passagem de plantão [...] manter essa... esse fluxo de informação... ainda na passagem de plantão [...] então a gente sempre reforça essas informações que são pertinentes ao cuidado de desse paciente [...] claro que aí tem aquelas coisas da questão dos sinais vitais que são lembrados, se o paciente está com acesso ou sem acesso [...] e aí a continuidade é dada no turno inverso (E9UA).

[...] no primeiro momento de chegada tu recebe o plantão [...] o plantão é enfermagem, eu, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem... essa passagem de plantão deve se dar de forma integral também, passar as informações coerentes, objetivas de cada paciente, tanto dos enfermeiros quanto dos técnicos... fazer de forma integral, ou seja, todo mundo participa de esse processo de passagem de plantão... pelo menos nas minhas questões eu me organizo de essa forma [...] (E3UB).

Outro aspecto encontrado diz respeito à experiência dos enfermeiros, sendo esta uma característica pessoal associada com o tempo durante o qual o enfermeiro tem desempenhado seu papel como profissional da enfermagem, influenciando nos processos proximais, que por sua vez também influenciam nessas experiências. Segundo Bronfenbrenner (1996), um termo crítico na definição do microssistema é “experenciado”, este termo abrange, além das propriedades objetivas e subjetivas, as percepções que as pessoas têm sobre aspectos do seu meio ambiente, destacando como relevantes os significados que elas dão às situações que vivenciam.

Encontrou-se que as experiências laborais e de formação são importantes para os enfermeiros, pois elas permitem diferenciar as particularidades dos diferentes ambientes e proporcionam conhecimentos para aplicar nas diversas situações que acontecem nas unidades de internação. Ao experienciar em diversos ambientes, como o da atenção básica e hospitalar, ele vai se desenvolvendo como profissional enfermeiro e esse conhecimento é dinâmico e novas habilidades são adquiridas, pois as características destes ambientes precisam de atividades e interações apropriadas para cada contexto.

Diante disso, o estudo de Houdt *et al.* (2014) confirma que os profissionais que atuam nos hospitais estão mais familiarizados com as atividades complexas requeridas no cuidado de condições de saúde/doença específicas, em contraste com os profissionais que atuam na atenção primária.

Dessa forma, evidenciou-se a importância das experiências dos enfermeiros na realização do cuidado nas unidades de internação, pois experiências oriundas do processo de formação do enfermeiro e contextos de trabalhos anteriores nas áreas de saúde coletiva e saúde mental constituíram características pessoais que influenciaram no trabalho e, portanto, no cuidado de enfermagem.

[...] como eu já trabalhava no setor da clínica médica na minha cidade, já passei pelo período de adaptação aqui, e estou dando o meu melhor da questão de prestar uma atenção integral ao paciente [...] (E4UA).

Eu sou uma profissional que trabalhei muito na lógica da saúde coletiva e hoje eu trabalho no âmbito hospitalar, então eu tenho às vezes um olhar um pouco diferente para esse o nosso usuário [...] (E11UA)

[...] eu venho de uma formação, sabe, que a nossa faculdade tem aqui uma formação bem forte na área da saúde mental, e eu fiz meus estágios optativos, eu fiz os meus estágios e as minhas pós-graduações todas na área da saúde mental, e eu venho de um CAPS também, e eu trabalhei durante quase sete anos num CAPS, então eu valorizo muito essa questão da individualidade, do olhar além da dor, de aquele órgão [...] tento sempre olhar para a pessoa como um todo, enxergar toda a sua necessidade, não só biológica mas como também psicológica [...] (E5UB).

Explorando as atividades que o enfermeiro executava para realizar o cuidado do enfermeiro, procurou-se compreender a especificidade do cuidado que cada um dos enfermeiros realizava considerando todas as atividades que eles faziam. Evidenciou-se um contraste que vai desde cuidar do todo mediante

a realização do trabalho, até cuidar das necessidades dos usuários internados de acordo aos significados particulares que cada um dos enfermeiros dava ao cuidado de enfermagem. A interpretação dos relatos dos enfermeiros permite entender que cuidar do todo implica cuidar do contexto, ou seja, do ambiente, das pessoas e das interações entre eles.

Resgata-se a importância do termo “experenciado”, proposto por Bronfenbrenner (1996), pois as experiências de cada enfermeiro contribuem para o significado que cada um deles possui. Diante do apresentado, as experiências dos enfermeiros influenciam a maneira como cada um deles entende e realiza o cuidado de enfermagem, a partir disso, eles constroem concepções de cuidado que correspondem a situações e condições particulares que caracterizam os diferentes ambientes em que eles participam. Ao analisar os relatos dos enfermeiros encontrou-se que o cuidado de enfermagem é tido como: integral, humanizado, individualizado, seguro, acolhedor, técnico e relativo, entre outros. As falas apresentadas a seguir descrevem tais concepções.

A minha concepção de cuidado nessa unidade, ela é relativa, digamos assim, cada profissional, ela teve uma característica, ele é um ser individual para aquela tarefa, aquela função [...] eu acho que vai muito da vocação por setor, porque tem funcionários que não se identificam, ou muitas vezes já está saturado com a dinâmica, com a rotina [...] então, minha concepção de cuidado, ela é uma resposta daquilo que eu entrego para o paciente, se eu entrego um cuidado integral, se implemento um cuidado integral, eu vou colher respostas frente àquilo que eu implementei [...] (E4UA).

Os cuidados seriam os cuidados de enfermagem, é isso que eu te falei, as evoluções, as prescrições, os curativos mais complexos, sondagem, conversa... eu acho que, se eu parasse para falar, a enfermagem é muito ampla, faz um pouco de cada coisa, eu ficaria aqui pelo menos uma hora de entrevista eu te falando, a gente vê desde a dieta até o que o sujeito usa, as eliminações, o quarto, o que é que precisa... uma lâmpada que não está funcionando, a janela que está batendo, tudo é o enfermeiro que tem que observar para tornar o máximo de acolhedor e confortável o ambiente para o paciente ter uma qualidade de tratamento aqui na unidade... se recuperar e ir embora o mais breve possível [...] cuidado é o acolhimento, então, e tu dar atenção, dar ouvidos para as queixas, para as angústias, e tu fazer o que tu melhor poder fazer para ter uma qualidade de atendimento, seguir as normas de higiene, de procedimento, dar um bom atendimento para o teu cliente [...] a gente trata de prestar cuidado humanizado, cuidado individualizado conforme as necessidades de cada um [...] então é basicamente isso, é tentar prestar um cuidado individualizado e humanizado (E8UB).

[...] a minha concepção de cuidado é atender bem, atender bem e fazer o máximo que tu conseguir fazer dentro do que é disponibilizado para ti (E7UA).

Como cuidador, os cuidados que eu desenvolvo, no caso assim, cuidado assim com curativos especiais... a gente tem de vez em quando cuidado especial com curativo especial, com colocação de sondas, cuidado com prescrições, então esses cuidados é que a gente... quando o paciente é cuidado para que, o trabalho, ele seja feito e conduzido de uma forma que não tenha prejuízo ao paciente, que é o nosso principal aqui... e que, a saúde, ela é a única linha de produção, se tu olhar pela parte assim, é a única linha de produção que o produto não é o final que tu vê, no caso, o produto é um meio do processo do nosso cuidado aqui (E10UB).

O cuidado que eu desenvolvo eu acho que é muito de essa parte de estar com paciente, de conversar com paciente [...] minha concepção de cuidado nesta unidade pode ser meio estranha, mas é evitar coisas ruins que aconteçam com os pacientes [...] eu acho que eu cuido dos pacientes evitando agravos para eles, tentando evitar agravos na saúde de eles, cuidando como eu falei antes, fazendo o meu exame físico dos pacientes, sendo atenciosa, dando ouvido, fazendo a escuta qualificada deles também, mas eu acho que muito vigiando o trabalho (E6UA).

O cuidado realizado na clínica é de forma integral, a gente prima pelas questões da integralidade, ou seja, de acordo com as necessidades do paciente [...] na questão da integralidade, ela tem que abarcar as questões do cuidado diretamente ligadas à assistência [...] ela envolve muito mais além das competências e habilidades e da questão técnica e científica do cuidado... eu acho que envolve um pensar e um agir diferente no sentido que ligeiramente possam dar algum significado para as questões singulares de cada paciente [...] a integralidade, ela vai muito além do que propriamente nas questões do processo do trabalho em si, tem outras questões que precisam ser vistas e buscadas no sentido da gente conseguir dar conta do que realmente o paciente necessita [...] (E3UB).

Encontrou-se que os enfermeiros que demonstraram mais afinidade com os conceitos que no nível teórico caracterizam o cuidado de enfermagem relataram experiências associadas à descrição do microssistema em que aconteceu essa experiência de cuidado. Corroborando estudo de Backes; Erdmann; Büscher (2010), as ações de impacto, por meio do cuidado de enfermagem, podem ser evidenciadas até mesmo dentro de uma estrutura organizacional, desde que o profissional tenha consciência do seu papel.

Constatou-se que na realização das atividades de cuidado de enfermagem as concepções de cuidado oscilam entre um fazer fragmentado e um fazer integral. Isso corresponde às diferentes interações que se desenvolvem nos ambientes em que o enfermeiro atua e as demandas da unidade, como descrito a seguir.

[...] é um cuidado muito fragmentado que a gente desenvolve [...] a gente desenvolve ainda um cuidado muito segmentado dentro da visão sistêmica do que é um ser humano, do cuidado integral, a gente tenta assim buscar muitos profissionais para esse cuidado mais integralizado, vamos dizer assim, mas é um cuidado muito fragmentado. E principalmente essa coisa do fluxo de sair daqui, eu me preocupo particularmente bastante com isso e acho que é um cuidado que pode melhorar [...] já tem profissionais que pensam sobre isso e vai avançar ao longo do processo, mas ainda é um cuidado muito fragmentado [...] o usuário do sistema, ele está aqui utilizando as diferentes maneiras de cuidado dentro de uma perspectiva de um sistema de saúde, mas ele não precisa esperar ser cuidado, ele pode auxiliar o seu processo, a gente tem que tentar orientar ele no seu autocuidado [...] na verdade, na maioria das vezes, ele sai daqui precisando de cuidados e a gente não tem essa organização de como vai fazer isso [...] a gente não tem um fluxo de cuidado para um paciente que precisa de oxigênio domiciliar, por exemplo, o médico acaba fazendo isso. Eu entendo que a gente deixa muito de fazer o cuidado que deveria de ser do enfermeiro [...] eu penso que a gente precisa se organizar melhor, que, esse cuidado, ele precisa ser mais sistematizado [...] a gente precisa qualificar esse cuidado, qualificar essa unidade, então a gente começou pensando na organização da rotina dos pacientes da unidade [...] a gente tem um aluno que está sempre junto conosco, a gente tem as residentes que trabalham diretamente conosco na unidade [...] a gente divide o cuidado com elas... na verdade a gente não, a gente não divide, a gente compartilha, porque é um cuidado mais juntos [...] a gente faz um cuidado compartilhado [...] a minha concepção de cuidado, eu acho que o enfermeiro executa um cuidado amplo muito significativo [...] (E11UA).

Nesse sentido, os achados desta pesquisa convergem com um estudo qualitativo com enfermeiros de um hospital universitário do Norte de Brasil, que resgata dentre seus resultados as vivências de sentimentos diversos e ambivalentes por parte do enfermeiro, tornando o cuidado um fenômeno complexo de compreender (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012).

De acordo com os resultados, pode-se considerar que ações humanizadas correspondem a comportamentos comunicativos mediante os quais atendem-se as necessidades dos usuários. Segundo Fakhr-Movahedi *et al.* (2016), ser atencioso, utilizar uma linguagem clara e informal, induzir à calma e obter a confiança do paciente são comportamentos comunicativos direcionados às necessidades reais dos pacientes, promovendo neles uma elevada satisfação com os cuidados de enfermagem realizados. Portanto, as interações face a face que ocorrem no microssistema influenciam no cuidado ao usuário, conforme encontrado no relato de E5UB.

[...] cuidar é proporcionar condições, as melhores possíveis, para que as pessoas possam se recuperar, sem falar em teorias, né? Mas assim, de uma forma bem empírica, eu acho que cuidar é isso, é individualizar as necessidades de cada um e botar em prática tudo aquilo que a gente

possa fazer para recuperação dos nossos pacientes, isso é cuidado... um cuidado da necessidade não biológica, né? Ela pode ser psicológica, ela pode ser social, então tentar enxergar isso tudo e poder ofertar o melhor possível dentro dessa necessidade (E5UB).

Estudo desenvolvido por Pestana; Erdmann; Souza (2012) apontou que para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva o cuidado está permeado pelas dimensões técnico-científica e humana. Entretanto, os enfermeiros do presente estudo mencionaram sobre a importância de atender as necessidades referidas pelos usuários, levando em consideração que o cuidado realizado está sendo influenciado pelas interações entre os diversos ambientes. Referiram ser necessário integrar as características do ambiente com os processos (rotinas, procedimentos) e com as características biopsicológicas (escutar, conversar, atender) com o objetivo de proporcionar um cuidado qualificado, o qual considera o usuário como “um todo” no momento em que aponta a necessidade de ser “integral”. Tal achado foi evidenciado no relato do enfermeiro E1UA.

Aqui eu procuro prestar um cuidado qualificado, eu visito os pacientes, ver as necessidades deles [...] pelo que são pacientes mais graves aqui na clínica, a gente procura ter um cuidado mais humanizado, dar uma atenção, conversar, procurar atender as necessidades daquele momento [...] eu procuro trabalhar a questão da humanização mesmo, até uma teoria que trabalha com relação a isso... a questão da escuta, da empatia com paciente, [...] tu escutar as necessidades deles, porque às vezes tu chega fazer uma técnica, tu vai lá passar uma sonda e às vezes tu, na correria de ter vários pacientes, tu acaba esquecendo de explicar por que tu estás passando a sonda, o que é que é a sonda, olhar para o paciente, ver a necessidade, então, de propor ter esse cuidado. Então, quando eu vou fazer um procedimento, não vou tentar só o procedimento, procurar explicar para o paciente, orientar como é que vai ser feito... a minha linha de cuidado mais ou menos é essa assim, não ficar só atento no procedimento, na prática, procurar explicar, procurar conversar, procurar tranquilizar, porque o fato de estar num ambiente hospitalar já é uma coisa meio estressante [...] minha concepção de cuidado, aí eu acho que aquele que eu te falei antes, é o cuidado mais humanizado [...] acho que não vendo só a doença, vendo o paciente como um todo e não te preocupar só na ferida do João, é te preocupar pelo João que tem a ferida, porque às vezes tu trabalha nesse ambiente hospitalar clínico e tu te preocupa só com a lesão e não com a pessoa... a minha concepção de cuidado é um cuidado integral, tu ver tudo [...] eu respondo mais por mim, porque aquilo que eu te falei, como eu estou chegando, eu acho que tu tem que dar um passo de cada vez... eu não posso chegar aqui e falar que todo o mundo trabalha assim, eu estou vindo de uma equipe e o pessoal de noite é o pessoal que está aqui faz vinte, trinta anos, então é pessoal bem mais antigo, que às vezes tem uma concepção mais diferente, então acho que essa concepção que eu falo é minha [...] o pessoal é bastante... Visa bastante a humanização, esse cuidado mais integral [...], mas claro que eu te falei, há pessoas mais antigas que às vezes, até por falta de conhecimento, não, nem por questão de não querer

trabalhar nesse modelo, é por não conhecer, ou pela correria, mas acho que o pessoal é sim bem aberto [...] (E1UA).

Os enfermeiros relataram a influência da equipe multiprofissional que atua nos ambientes, resgatando-se uma ideia de cuidado compartilhado, resultante da complementaridade entre o cuidado de enfermagem e as ações interdisciplinares. Esse cuidado compartilhado é compatível com o princípio triádico que a Teoria Ecológica de Bronfenbrenner (1996) aplica às relações entre os ambientes, pois a capacidade de funcionamento efetivo da díade enfermeiro-usuário depende do relacionamento diádico com terceiras pessoas, ou seja, a equipe multiprofissional.

Cuidado nesta unidade, eu vejo que o cuidado é uma coisa muito... é um cuidado interdisciplinar, tu não consegues fazer um cuidado somente de enfermagem, a gente tem o suporte da nutrição, a gente tem um suporte não somente medicamentoso pelos médicos [...] (E9UA).

Para melhor compreensão frente ao apresentado neste capítulo, foi construída a Figura 6, a qual representa o contexto do cuidado de enfermagem em unidades de internação hospitalar.

O microssistema é o ambiente imediato, e está conformado pela díade enfermeiro-usuário; ainda a interação face a face entre o usuário e seus amigos e familiares, ou ele e as pessoas da equipe multiprofissional também podem ser consideradas como microssistemas. Cada unidade de internação hospitalar é o mesossistema onde interagem esses microssistemas. O conjunto dos serviços intersetoriais também faz parte do mesossistema. O hospital de ensino em conjunto com o pronto-socorro, as unidades de atenção básica, o PIDI, o programa Melhor em Casa, o domicílio e a rua conformam o exossistema. Já, no nível mais externo, encontram-se os Ministérios da Saúde e Educação, o COREN e a universidade.

Os processos desenvolvidos a partir das interações entre os elementos dos níveis ambientais desse contexto ocorrem em períodos de tempo durante os quais são produzidas mudanças que influenciam o cuidado de enfermagem. No microtempo, acontecem os processos proximais, no mesotempo esses processos se apresentam como episódios periódicos, enquanto que, durante períodos de tempo maiores, acontecem as mudanças históricas.

A partir da Teoria Bioecológica, foi possível reconhecer que as atividades e as interações que acontecem no mesossistema da unidade de internação influenciam e são influenciadas pelo contexto onde o cuidado de enfermagem é realizado pelo enfermeiro.

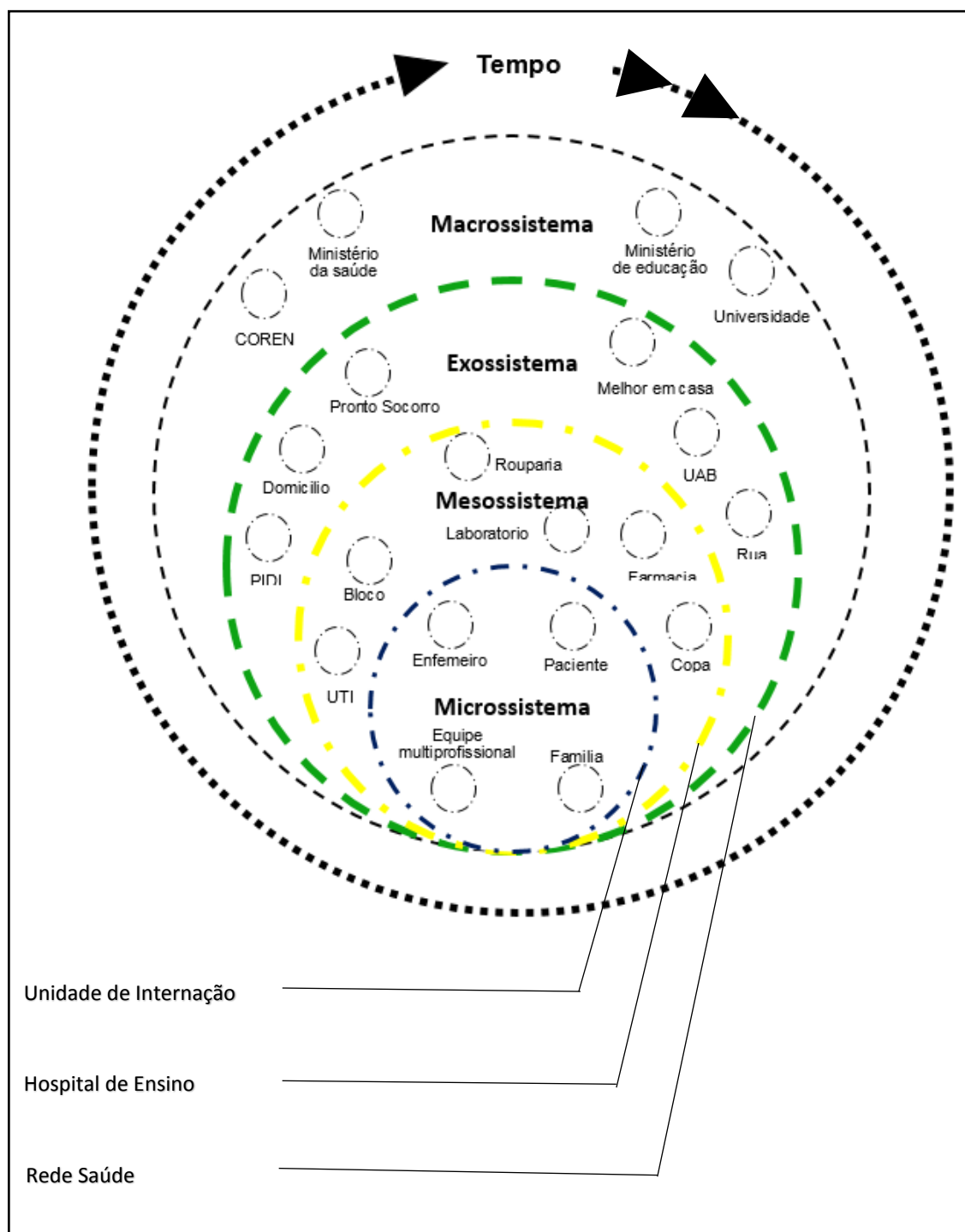


Figura 6 – Contexto do Cuidado de Enfermagem em Unidades de Internação Hospitalar
 Fonte: Construído pela pesquisadora a partir dos resultados do estudo sob a perspectiva do Modelo Bioecológico

Os aspectos positivos e aspectos negativos do contexto permearam os relatos dos enfermeiros do presente estudo, apontando para as influências facilitadoras e inibidoras sobre o cuidado de enfermagem proporcionado aos usuários das unidades de internação hospitalar, assim como para as mudanças acontecidas no ambiente. Tal tema será apresentado e aprofundado no Capítulo II desta Dissertação.

5.2 Interações e Influências do contexto sobre o cuidado de enfermagem nas unidades de internação

Na Teoria Bioecológica uma interação é a relação entre dois ou mais elementos compreendidos pelo ambiente em que acontece o processo. As influências são propriedades das interações entre os elementos que fazem parte de um ambiente (BRONFENBRENNER, 1996; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). Segundo seu impacto, as influências podem ser do tipo promotoras quando favorecem interações e respostas positivas no desenvolvimento, e/ou inibidoras, aquelas que interferem ou promovem respostas negativas no desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2005; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). Sartori e Nasser (2004, p. 394) destacam que as “atividades, relações interpessoais e os papéis desempenhados pelas pessoas no ambiente são mediados e influenciados por fatores culturais, políticos e sociais”.

Diante disto, este capítulo tem como objetivo conhecer as influências promotoras ou inibidoras do microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema sobre o cuidado de enfermagem realizado pelo enfermeiro em unidades de internação.

5.2.1 Influências promotoras e inibidoras do microssistema sobre o cuidado de enfermagem

Constatou-se nos relatos dos enfermeiros que as influências promotoras de interações e respostas positivas do microssistema sobre o cuidado de enfermagem foram a autorreflexão do enfermeiro, os conhecimentos que possui e sua experiência. Essas influências correspondem aos recursos biopsicológicos das pessoas, sendo “experiências, habilidades e conhecimentos necessários para o funcionamento dos processos proximais” (NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 60). A fala de E9UA revela que a autorreflexão constante e o *feedback* promovem o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, e isso pode influenciar sobre o cuidado que proporciona aos usuários.

[...] aí não sei, eu acho que eu ainda tenho muita coisa ainda para evoluir (E9UA).

A partir desta autorreflexão, o enfermeiro entende que precisa se aprimorar mediante a aquisição dos conhecimentos de outras áreas, assim como dos específicos da enfermagem para responder à necessidade de segurança dos usuários e às demandas da unidade e do hospital.

Além disso, a experiência de trabalhar com várias áreas do conhecimento permite que o profissional transite pelos diferentes níveis ambientais, promovendo-se a interação com as pessoas e facilitando a adaptação do profissional ao trabalho. Na perspectiva da teoria Bioecológica, essa “disposição de engajar-se em atividades individuais ou compartilhadas com outros” é uma característica pessoal geradora que sustenta os processos proximais (NARVAZ; KOLLER, 2004. P. 60).

Por ser um hospital escola a gente avança em muita coisa assim, tem que ser um pesquisador [...] tem que estudar muito, tem que se preparar para trabalhar na clínica (A), tem que dominar várias áreas do conhecimento para poder atender e dar pelo menos uma segurança [...] (E9UA).

[...] a gente faz todo o cuidado de enfermagem baseado na NANDA e aquilo vem todo no sistema para a gente, é bem interessante, tu só vais ali [...] muito interessante, bem legal [...] (E10UB).

[...] em termos de trabalho, ela se torna uma experiência em larga escala porque a gente trabalha com muitas áreas do conhecimento [...] então a gente vai adaptando ao longo do processo de trabalho (E11UA).

As características biopsicossociais do enfermeiro e do usuário podem ser consideradas como influências promotoras, já que orientam a maneira como o cuidado é planejado pelo enfermeiro e continuado pelo usuário. Segundo Narvaz e Koller (2004, p. 60) tais características constituem-se em demandas que “estimulam as reações do ambiente social, favorecendo o estabelecimento dos processos proximais”.

Nesse sentido, encontrou-se que, de acordo com o perfil e a condição do usuário, o enfermeiro direciona os cuidados para atender às necessidades básicas, assim como para orientá-lo em seu próprio autocuidado. Os relatos a seguir apresentam tais achados.

[...] a gente nota que às vezes é difícil se tu não ficas em cima cuidando [...] são extremamente carentes esses pacientes da infecto porque eles vêm da rua, e às vezes eles querem uma cama e comida, coisas muito simples [...] (E9UA).

[...] eu tenho um olhar um pouco diferente para esse o nosso usuário que deveria ser o usuário do sistema... ele está aqui utilizando as diferentes maneiras de cuidado dentro de uma perspectiva de um sistema de saúde, mas ele não precisa esperar ser cuidado, ele pode auxiliar ao seu processo, a gente tem que tentar orientar ele no seu autocuidado [...] (E11UA).

[...] a gente trabalha com a prescrição acima das necessidades básicas do paciente, não adianta ter uma prescrição tão elaborada em relação aos diagnósticos de enfermagem, mas que a gente não consiga ou não dê conta da condição do paciente... é melhor tu fazer uma prescrição que identifique realmente as necessidades [...] (E3UB).

As relações interpessoais entre os enfermeiros e as pessoas da equipe multidisciplinar, como são os técnicos de enfermagem, influenciam na forma como cada profissional compreende o seu papel e, portanto, na qualidade do cuidado oferecido, resultando em um bom cuidado, como relataram os enfermeiros E11UA e E9UA.

Atuar de acordo com o seu papel é uma competência psicológica relacionada às “capacidades, habilidades, conhecimentos e experiências” do enfermeiro e elas “ampliam a efetividade dos processos proximais de forma construtiva” (NARVAZ; KOLLER, 2004. p. 60).

[...] são muitas relações que a gente precisa se desenvolver ao longo deste trabalho para executar um bom cuidado [...] (E11UA).

[...] a gente não é só, porque, o técnico de enfermagem, ele fica no cuidado mais direto [...] os enfermeiros fazem aquele atendimento mais de supervisão, mas em determinados momentos praticamente teus papéis meio que se se misturam, e aí a gente acaba acompanhando a administração e o cuidado geral desse paciente [...] (E9UA).

A motivação pode ser tanto uma característica geradora quando considerada como uma resposta positiva, quanto uma característica de demanda estimuladora quando favorece os processos proximais (NARVAZ, KOLLER, 2004). Tal motivação pode se dar a partir dos recursos e das condições de trabalho disponíveis, assim como da formação do vínculo apoiador com o usuário.

Os relatos dos participantes permitiram evidenciar que a motivação laboral influencia nas características biopsicológicas do enfermeiro e, portanto, nas relações interpessoais, promovendo experiências positivas tanto neles quanto nos usuários.

Eu já trabalhei na saúde pública onde a gente não tinha material, era

meio improvisado, às vezes com pouca equipe... e aqui o que eu percebo é isso, a diferença de ter mais equipe, e o pessoal também é bem motivado assim... por trabalho, acho que isso é uma facilidade também, pelo fato de receber bem, acho que isso gera a motivação, o pessoal geralmente trabalha bem, trabalha motivado com relação à equipe [...] (E1UA).

[...] a experiência que eu tenho aqui é positiva porque é diferente de outros lugares que eu trabalhei e que foram bem precarizados por falta de recurso financeiro das instituições e da Secretaria de Saúde [...] aqui, olha, minha experiência é bem positiva porque elas dão recursos, nos dão condições de trabalho [...] então eu dou muito valor a isso (E10UB).

[...] eu tenho uma paciente que diz que chegou a sonhar que eu tinha dito que ia sair daqui e ia ir para um outro lugar, e que ela ficou muito triste por causa de isso... então isso é um resultado por causa do trabalho da gente... deve saber que de alguma forma tu faz a diferença (E5UB).

A interação entre o tempo e o microssistema influencia o cuidado. “O mesotempo refere-se à periodicidade dos episódios de processo proximal em intervalos de tempo como dias e semanas”, sendo cumulativos, enquanto que o microtempo é observado dentro de pequenos episódios (NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 63).

Essa interação está evidenciada nas mudanças que ocorrem tanto nos processos como nas pessoas. Assim, situações do mesotempo influenciam sobre as do microtempo e vice-versa, pois interações durante períodos de tempo regulares entre os enfermeiros e os ambientes, e os enfermeiros e as pessoas, influenciam na realização do cuidado de enfermagem. A fala do enfermeiro E8UB relata que o fato de ser antigo no hospital faz com que acumule mais funções e responsabilidades e isso pode favorecer seu desenvolvimento como profissional, influenciando no cuidado de enfermagem.

[...] o enfermeiro tem mais ou menos um papel semelhante nas diferentes atuações dentro de uma instituição hospitalar [...] eu tenho a função assistencial, a função administrativa, pela questão do meu tempo aqui na unidade, eu sou a mais antiga das enfermeiras da XY, e, porém, trabalhar durante o dia, eu acumulo algumas funções de ordem administrativa... pedir manutenção, pedir material, entrar em contato com compras, por exemplo, que surgiu alguma situação interpessoal entre as diversas equipes, também eu sou responsável pelas escalas [...] então isso também me demanda bastante tempo, me demanda bastante envolvimento, necessidade também de me relacionar com as os colegas de todos os horários [...] (E8UB).

Mesmo tendo interações favorecedoras, também se encontram no microssistema aspectos negativos que podem interferir no desenvolvimento dos

processos proximais. Tais aspectos são considerados como demandas que desencorajam e inibem o estabelecimento dos processos proximais. Enfermeiros deste estudo referiram que trabalhar com usuários “paliativos” e “terminais”, assim como características negativas das relações tríadicas (enfermeiro-usuário-médico), influenciam sobre a experiência profissional e sobre a realização do cuidado de enfermagem, respectivamente.

Eu nunca tive trabalhado numa unidade (A) e trabalhar nessa unidade é maçante, bem cansativa, porque, a maioria dos pacientes que tu tens, pouquíssimos dão alta, porque a maioria deles acaba evoluindo para óbito ou então se tornam paliativos, então é uma experiência bem cansativa (E7UA).

Estou faz pouco tempo, eu trabalhava na unidade básica, não trabalhava no ambiente hospitalar, então para mim está sendo um cuidado novo, aqui na clínica (A) a gente trabalha com paciente terminal, com paciente oncológico, e na unidade básica a gente trabalha mais na questão da prevenção (E1UA).

[...] muitas vezes os pacientes têm um diagnóstico, estão indo para cirurgia, mas muitas vezes, o médico (X), ele não dá todas as orientações necessárias [...] (E3UB).

Conforme Bronfenbrenner (1996), as características da pessoa têm influência fundamental sobre a direção e o conteúdo dos processos proximais. Os resultados deste estudo apontaram para a importância das pessoas na interação com o ambiente imediato, pois suas características biopsicológicas podem ser “produtoras” do cuidado de enfermagem nas unidades de internação hospitalar, e o “produto” da interação com o processo, o tempo e o contexto.

5.2.2 Influências promotoras e inibidoras do mesossistema sobre o cuidado de enfermagem

As interações que ocorrem no mesossistema podem favorecer ou inibir os processos proximais no nível microssistêmico, pois os processos e os ambientes que a pessoa frequenta estão interligados e influenciam-se mutuamente (BRONFENBRENNER, 1986).

Encontrou-se que as influências promotoras de interações e respostas positivas do mesossistema sobre o cuidado de enfermagem foram a escala das atividades e rotinas da equipe de enfermagem, o *check-list* informatizado e a prescrição contendo uma lista de cuidados de acordo com as necessidades dos

usuários com vistas a promover sua segurança. Tais influências são identificadas nas seguintes falas:

[...] tenho uma escala do setor já com algumas rotinas, algumas atividades já estabelecidas, então cada um já sabe o que é que tem que ser feito [...] (E2UA).

[...] um *check-list* informatizado [...] a gente tem uma lista de cuidados aonde a gente vai ter ali relacionado à segurança do paciente, relacionado à parte emocional, então a gente consegue contemplar todos [...] (E9UA).

Os enfermeiros também mencionaram como influência promotora o quantitativo de pessoal de enfermagem, o qual era suficiente para atender às necessidades dos usuários em certos turnos, dias e ambientes. Assim, a qualidade do cuidado de enfermagem está relacionada com o número de enfermeiros disponíveis nas unidades, permitindo o estabelecimento de interações face a face com os usuários, conforme evidencia-se no relato de E9UA, E6UA, E4UA e E1UA.

[...] agora estamos mais de três, podemos prestar uma assistência de qualidade [...] (E4UA).

[...] ultimamente nós temos conseguido ficar três enfermeiros, dá tempo de fazer todo isso, dá tempo de sobra e a gente consegue ficar mais próximo do paciente, ter uma conversa boa [...] (E6UA).

[...] aqui o hospital tem bastante recurso, embora o pessoal diga que diminui bastante, às vezes falta algum material ou falta alguma coisa, mas a gente ainda tem bastante recurso de material, de pessoal também, aqui, embora a clínica seja grande, a gente tem o mínimo seis funcionários, seis técnicos, então eu acho que às vezes essas são as facilidades (E1UA).

A qualidade e quantidade de materiais e a oferta de exames no hospital foram apontadas como influências promotoras e favorecem a realização do cuidado de enfermagem, e consequentemente influenciam em um tempo menor de internação dos usuários, de acordo com o relato de E9UA:

[...] a gente tem acesso a muito equipamento e muito material com uma qualidade um pouco melhor, por ser um hospital-escola, a gente tem vários exames, várias coisas no tempo de internação um pouco menor (E9UA).

Evidenciou-se nos relatos dos enfermeiros que outras influências promotoras correspondem a formar vínculos apoiadores indiretos na realização do cuidado de enfermagem. Conforme Bronfenbrenner (1996, p. 166), a rede social configurada no mesossistema pode envolver vínculos intermediários quando não existe vínculo direto, “identificar os recursos humanos ou materiais

de um ambiente que são necessários em outro”, ou ainda serve para transmitir informação de um ambiente para outro. Neste estudo, encontrou-se que tais vínculos estão relacionados a disponibilizar mais do apoio da gerência de enfermagem para a resolubilidade dos problemas, como, por exemplo, da escala de dimensionamento de pessoal, de conhecer a unidade e as necessidades quanto a materiais. Além disto, contam com o apoio dos médicos, residentes de medicina e enfermagem, nutricionistas, do pessoal de higienização, e de seus pares – técnicos de enfermagem e enfermeiros. Também consideraram importante ter o apoio da família e do usuário.

[...] tem que ter a parceria da tua chefia, da tua gerência, isso é importante [...] tu tendo alguém que te de apoio assim como aqui, o serviço vai, tu vais ter boa vontade [...] (E10UB).

[...] todo mundo tem importância, desde a pessoa que limpa o ambiente, que é uma coisa importantíssima [...] até os outros profissionais, os médicos, os residentes, os técnicos auxiliares, pessoal da nutrição, os familiares também, que muitas vezes nos ajudam, e o próprio paciente principalmente (E4UA).

[...] fui muito bem acolhida pelos meus colegas, a enfermeira que me acolheu muito bem me ensina os procedimentos que eu não tenho muita prática e qualquer dúvida que eu tenho eu pergunto para ela e ela também prontamente me responde [...] a união da equipe, porque são pessoas que eu posso contar, por exemplo, se eu preciso de um auxílio é só pedir para o técnico que está responsável pelo paciente, geralmente eles vão prontamente, me auxiliam no que eu preciso [...] (E8UB).

Encontrou-se que a influência das características biopsicológicas da pessoa estendem-se ao mesossistema, pois ter empatia, respeito e relações estabelecidas com os outros, assim como a habilidade de reconhecer no(s) outro(s) suas necessidades foram apontadas como influências promotoras que favorecem a formação deste vínculo apoiador.

[...] a gente se respeita muito, a gente sabe se o colega não está bem, se está precisando alguma outra coisa, então é bem legal, eu acho que não existe um bom trabalho se a gente não tiver isso [...] o fato de eu me relacionar bem com todo mundo é uma coisa que me ajuda bastante (E5UB).

Entre as influências inibidoras de interações e respostas negativas do mesossistema sobre o cuidado de enfermagem encontraram-se a falta de informação sobre o usuário, o não compartilhamento de informações e a falta de continuidade do cuidado entre os turnos.

[...] falta de informação [...] a falta de continuidade do trabalho, da passagem do plantão, às vezes tu passas coisas e o teu colega não faz [...] (E7UA).

[...] a continuidade da assistência é dada, mas às vezes eu acho que eles pecam um pouquinho nesse sentido, a equipe acaba não compartilhando as informações [...] apesar de que a gente tem um prontuário, uma prescrição que é para todo o mundo (E9UA).

[...] a gente tem uma prescrição médica que é prescrita, e a gente vai seguir em relação aos cuidados com medicamentos e tudo o que é preconizado em relação à prescrição médica... e a gente tem também, a gente trabalha com o Processo de Enfermagem nas questões de admissão do paciente, evolução do paciente, prescrição de enfermagem [...] ou seja, a gente muitas vezes faz todo um planejamento do que vai ser feito em relação com os cuidados com esse paciente, mas não existe um *feedback*, a gente não faz uma avaliação [...] considero bastante importante não só no meu trabalho, mas que a gente pudesse fazer isso de uma forma integrada com os outros turnos (E3UB).

[...] muitas vezes os pacientes têm um diagnóstico, estão indo para cirurgia, mas muitas vezes, o médico, ele não dá todas as orientações necessárias [...] o paciente muitas vezes chega cheio de dúvidas em relação ao tempo que ele vai ficar internado, isso muitas vezes a enfermagem vai poder responder a ele [...] então eles ficam muito na expectativa de situações que não são respondidas no primeiro momento pela parte médica [...] existe fragilidades bastante importantes na comunicação médico-paciente, e o que a gente observa aqui [...] existe uma falta de comunicação entre a parte médica, entre eles, o plantão muitas vezes não sabe o que tem acontecido (E3UB).

[...] dar continuidade em relação ao cuidado e assistência de enfermagem [...] penso que com o tempo a gente vá conseguir dar conta, ou seja, melhorar para que a gente possa ter uma coerência, um alinhamento em relação às estratégias que precisam ser implantadas para que a gente consiga realmente resgatar essas questões em relação ao cuidado e à assistência mais uniforme possível dentro de aquilo que é preconizado para uma clínica (X) (E3UB).

A continuidade da assistência também está influenciada pelas necessidades do turno da noite, em relação com outros setores do hospital que têm funcionamento restrito nos turnos matutino e vespertino. O quantitativo de profissionais e serviços no turno da noite resulta em descontinuidade e ineficiência do cuidado, como o encontrado nas falas a seguir.

São várias pessoas na mesma enfermaria com o mesmo diagnóstico, isso é muito ruim também para eles [...] como é à noite, dez horas já estão dormindo, nosso tempo é muito restrito, não é que nem dia, que tu tens todo o dia para tu fazer tudo [...] que a gente é uma enfermeira por setor, não dá para fazer tudo [...] (E2UA).

[...] às vezes, eu percebo mais assim, o fato do trabalho da noite, que a gente às vezes fica meio que afastado dos outros setores. Por exemplo, se tu vê um paciente que precisa de um atendimento com serviço social, aí o serviço social só funciona de dia, então às vezes fica meio a desejar, porque aí tu passa à tua colega, mas às vezes de

dia tem muita função, muita correria e que não acaba passando, que não é apercebido [...] da noite, aí fica mais é a enfermagem, é o plantão, às vezes o paciente precisa de fisioterapia, ou serviço social, ou alguma outra, mas só há durante o dia, então isso acho uma dificuldade (E1UA).

[...] à noite a gente não tem assistente social [...] (E3UB).

Nas unidades de internação, a passagem de plantão configura-se como um processo derivado da interação entre as pessoas, assim como da interconexão dos ambientes. Porém, encontrou-se que esse processo apresenta fragilidades que ocasionam o desenvolvimento de tais respostas negativas. Os enfermeiros relataram que a dinâmica da passagem de plantão é uma característica inibidora, uma vez que enfermeiros passam o plantão para enfermeiros, e técnicos de enfermagem para técnicos de enfermagem; isto poderá levar ao que os enfermeiros mencionam como influenciadores das informações obtidas, e da continuidade do cuidado de enfermagem considerando os distintos turnos.

[...] nesse plantão cada um recebe a sua enfermagem, na verdade é uma confusão, porque é um espaço pequeno, são muitas pessoas, porque são duas de noite, somos quatro de manhã, mais duas residentes, é muita gente para receber o plantão. Não é como equipe de enfermagem, os técnicos passam o plantão no posto de enfermagem e os enfermeiros recebem o plantão na sala de enfermagem, que é na sala dos enfermeiros. Eu, particularmente, não gosto disso, e funciona assim aqui faz muito tempo... a gente já, eu já questionei sobre isso, a gerência nos diz que é uma orientação inclusive do hospital, que eles fazem cursos, enfim, que o melhor é fazer separado, enfermeiro faz separado da equipe técnica. Eu, particularmente, não gosto disso, a gente tem outras unidades aqui dentro do hospital que todo mundo fica reunido para receber o plantão da unidade de clínica médica, porque a gente fragmenta muito assim (E11UA).

Também ter que desempenhar várias funções e a sobrecarga de atividades são situações que fragilizam os processos ocorridos, tanto no mesossistema, quanto no microssistema. Por exemplo, a distribuição de profissionais nas escalas que não contemplam as características e necessidades do ambiente em decorrência da falta de profissionais em determinados dias, turnos e unidades interfere com a realização do cuidado de enfermagem.

[...] a gente tenta buscar muitos profissionais para esse cuidado mais integralizado, mas é um cuidado muito fragmentado (E11UA).

[...] acho que as nossas escalas de trabalho precisam passar por revisões mais profundas, a gente tem funcionário, tem muitos funcionários, e determinados dias nós não temos quase ninguém, tem

dias que ficam quase 12 horas um colega enfermeiro sozinho aqui na clínica, com a clínica cheia [...] (E6UA).

[...] quando estamos só entre dois colegas, dois enfermeiros ou um só, às vezes fica inviável fazer evolução, fazer prescrição, e às vezes mesmo dar uma assistência adequada (E6UA).

[...] no começo tivemos muita dificuldade por falta de pessoal [...] porque digamos que ficava um enfermeiro, ou dois enfermeiros, com uma quantidade excessiva de pacientes (E4UA).

[...] ultimamente às vezes falta algum material, mas a maior dificuldade é que nas outras unidades tenha faltado funcionários [...] às vezes a gente chega, se organiza, faz a divisão [...] e aí toca o telefone de outra unidade e eu tenho que enviar um técnico meu para outra unidade, e aí modifica tudo, e às vezes a gente fica com menos profissionais para dar aquele atendimento porque precisou de outra unidade, e eu tive que ceder [...] (E8UB).

Somado a esses aspectos, a falta de clareza da gerência sobre o processo de trabalho dos enfermeiros nas unidades, assim como a visibilidade do seu papel, interfere com o estabelecimento dos processos tanto no mesossistema, quanto no microssistema, como relata o E11UA.

Tu acabas buscando sempre a tua divisão, que é a gerência, que está no outro lado da rua, vamos dizer assim. Às vezes a chefia não entende o processo de trabalho porque ela não está aqui, claro que ela enxerga a forma de trabalho, ela enxerga como a gente faz as coisas, mas os problemas que a gente tem, as fragilidades e as potencialidades que a gente pode desenvolver, elas não sabem efetivamente, porque ela não está aqui (E11UA).

Outras influências inibidoras apontadas pelos enfermeiros foram a prescrição fechada que pode limitar a atuação do profissional, assim como o uso de muitos protocolos dirigidos para realizar funções administrativas que podem interferir com as funções assistenciais do enfermeiro.

[...] temos uma prescrição que ela é fechada, só que ainda é uma coisa a ser um formato muito fechado [...] (E9UA).

[...] a gente trabalha, tem muita execução, muitos protocolos a serem cumpridos, é uma sobrecarga de atividades aonde o enfermeiro desempenha várias funções, função de assistência função de gestão [...] (E9UA).

Nesse sentido, encontrou-se que processos e interações do mesossistema influenciam na compreensão do papel, funções e atividades do enfermeiro, pois, como relatou E6UA, problemas de caráter administrativo ficavam sob a responsabilidade do enfermeiro, assim como atividades que não eram de competência exclusiva dele. De acordo com Bronfenbrenner (1996, p.

69), “as expectativas de papel não se referem apenas ao conteúdo da atividade, mas também a relações entre as pessoas”.

[...] eu me sinto muito cobrada em atividades que não são exclusivas minhas, e eu acabo negligenciando a assistência ao paciente [...] a gente tem pessoal administrativo para resolver problemas administrativos, e problemas administrativos ainda são resolvidos pela enfermagem [...] (E6UA).

[...] muitas vezes a gente acaba se envolvendo com outras atividades burocráticas, no sentido de ter que alimentar dados no sistema, de fazer a própria evolução de enfermagem [...] fica muitas coisas às vezes para enfermagem (E3UB).

[...] não tem pessoal da manutenção, a gente também solicita e às vezes na farmácia não tem material para fazer, então isso acaba fazendo ruim, pessoal da medicina também, porque às vezes tem casos que a gente já fala que o paciente está assim, que ele está pedindo tal coisa, dois, três dias, quatro dias depois é que eles terminam a solicitação do paciente [...] (E6UA).

Além dos processos, características do ambiente como a infraestrutura, equipamentos e mobiliários, e materiais de uso contínuo para a assistência do usuário foram elementos do mesossistema apontados como inibidores, e influenciam negativamente na realização do cuidado de enfermagem. Quanto à infraestrutura, os enfermeiros mencionaram que os quartos eram inadequados e com espaços restritos nas enfermarias. Em relação aos materiais, relataram que tinha falta de papel toalha, dispositivos e insumos para a realização de determinados procedimentos.

[...] hoje, praticamente todos os dias a gente não tem alguma coisa, nos falta alguma coisa [...] a gente não tem abundância dos recursos materiais que a gente teve faz algum tempo atrás [...] não estamos na melhor fase do hospital, o hospital já teve muito mais dinheiro, já teve muito mais abundância de recursos materiais [...] (E5UB).

[...] não temos macas adequadas, nós não temos quartos adequados, nós não temos medidas preventivas de infecção adequadas, quase não tem álcool gel, às vezes não tem papel toalha para secar as mãos, então a gente seca no mesmo papel ou no mesmo pano, a gente não tem materiais adequados em quantidade adequada, falta cateter para punção venosa [...] (E6UA).

Diante do exposto, corroborou-se que as características dos ambientes nos quais o enfermeiro transita e participa ativamente podem tanto promover, quanto inibir a realização do cuidado de enfermagem nas unidades de internação. O mesossistema é formado ou ampliado na medida em que a pessoa entra num novo ambiente e, nesse sentido, os vínculos e as interações assumem outras

formas, mas continuam influenciando nos processos (BRONFENBRENNER, 1996).

5.2.3 Influências promotoras e inibidoras do Exossistema sobre o cuidado de enfermagem

O exossistema compreende os ambientes em que o enfermeiro não participa ativamente, influenciando de maneira indireta sobre o cuidado de enfermagem. As influências promotoras encontradas neste nível ambiental foram as características dos recursos materiais e a expectativa de contar com melhores condições de trabalho. Esses elementos favorecem o trabalho do enfermeiro no mesossistema, visando à mudança e ao aprimoramento do cuidado proporcionado no microssistema. Tais alterações podem ter influências no macrotempo, expressadas como eventos e mudanças dentro da sociedade que são afetados pelos processos e resultados do cuidado (NARVAZ; KOLLER, 2004).

Eu penso que a gente precisa de infraestrutura para exercer o cuidado [...] a nossa estrutura, ela é muito antiga, ela [...] condições de trabalho a gente também precisa ter, a gente não tem condições no sentido de estrutura [...] há uma esperança entre os trabalhadores de que a gente, mudando de local, da infraestrutura, para uma infraestrutura melhor, mais ampla e que tenha mais tecnologia, certamente... a gente vai ter um modelo de cuidado melhor [...] (E11UA).

A percepção que os enfermeiros têm das condições do exossistema em que estão inseridos provoca a comparação dos ambientes e isso influencia na maneira como o enfermeiro desempenha seu papel. Por exemplo, ter conhecimento de dinâmicas de trabalho de outros hospitais pode ser um fator motivador para qualificar o cuidado.

Não tem nenhuma dificuldade, este hospital é muito bom de trabalhar, a gente tem bastante autonomia, o número de funcionário é bom, o ambiente é bom, eu gosto muito de trabalhar aqui [...] Não só minha unidade, acho que o hospital, porque, quando a gente anda pelos hospitais do (município), a gente acha que a nossa assistência é muito boa [...] só o fato de ter enfermeiro 24 horas no setor, muitos hospitais nem supervisão têm, então o enfermeiro nem entra ao quarto, aqui a gente tem um, dois enfermeiros por setor quase, e nos outros hospitais não é assim [...] (E2UA).

Entre as influências inibidoras do exossistema apontadas pelos enfermeiros encontraram-se a falta da informação do prontuário durante atividades como a referência e a contrarreferência dos usuários, e o fato de não contar com domicílio e família, o que influencia as características biopsicológicas

dos usuários. Nesse sentido, evidencia-se que a rede social relacionada ao exossistema interfere na continuidade do cuidado.

[...] não funciona a referência e contrarreferência, a gente recebe pacientes e a gente não tem uma história dessa pessoa, do mesmo modo que o meu colega que está lá na atenção básica, que também recebe o paciente que é meu e que vai ser dele sem história, e isso é ruim (E11UA).

[...] os pacientes que são da infecto [...] eles têm um problema social muito grande, porque são pacientes moradores de rua, a vida familiar deles é desestruturada [...] eles não têm referencial nenhum de casa e a gente fica muito naquela coisa assim de tentar ajudar [...] uma boa parte dos pacientes que ficam na infecto, eles têm uma melhora clínica e aí eles vão embora para casa, quinze, vinte dias depois, eles internam de volta, então é uma coisa cíclica pelo uso de substâncias, pela não adesão ao tratamento, mas igual a gente atende do mesmo jeito, da mesma forma, e briga do mesmo jeito com eles, por eles (E9UA).

Nesse sentido, torna-se importante conhecer e integrar os diversos exossistemas que influenciam as características e interações dos níveis meso e micro, favorecendo a realização do cuidado de enfermagem. Assim, processos e características de outros hospitais e da atenção básica podem promover um cuidado mais integral. Conforme Bronfenbrenner (1996) os exossistemas são fundamentais, dada a sua influência nos processos.

5.2.4 Influências promotoras e inibidoras do Macrossistema sobre o cuidado de enfermagem

As influências promotoras do macrossistema que favorecem interações e respostas positivas sobre o cuidado de enfermagem foram a inserção da universidade, e de estudantes da graduação, pós-graduação e professores, sendo considerados importantes para o cuidado, uma vez que há um compartilhar de conhecimentos na formação acadêmica da pós-graduação, e inserção da extensão e pesquisa nas unidades, como expressado nas falas a seguir.

Eu acho que aqui, por ser uma instituição ligada à universidade, é que nós trabalhamos na linha de ensino, pesquisa, extensão... então existe, digamos assim, um escudo onde podemos nos reportar [...] então, por ser um hospital... que a gente trabalha num hospital-escola, eu acho que se torna diferencial de outras unidades (E4UA).

[...] a gente tem algumas potencialidades dentro do hospital-escola, porque a gente trabalha com a formação do estudante e com a formação continuada desses profissionais que não são somente estudantes, se não são profissionais formados e que ainda estão em

formação. Então, trabalhar dentro de um hospital-escola eu penso que te dá uma perspectiva diferente de trabalho do que estar enfermeiro em uma outra instituição que não é um hospital-escola, e isso é uma forma particular de trabalhar (E11UA).

[...] o hospital tem convênios com universidades para que as pessoas possam fazer mestrado, possam fazer doutorado, então eu acho que isso é uma coisa bem importante (E5UB).

Já, como influência inibidora que dificulta e promove interações e respostas negativas que influenciam sobre o cuidado de enfermagem, estão os distintos regimes trabalhistas na mesma unidade de internação. Em uma mesma unidade os enfermeiros relataram que funcionários do regime jurídico único (RJU), celetistas e estatutários constituíam a equipe de enfermagem, diferenciando suas condições laborais e fragilizando o cuidado, pois as atividades e funções eram definidas a partir de processos de outros ambientes.

[...] é bom ter XY, que são os concursados, mas é também uma fragilidade ter dois vínculos de trabalho, nós temos o funcionário que é RJU, que é um funcionário concursado federal, mas que tem um vínculo estatutário, e nós temos um trabalhador que é o funcionário XY e que tem um vínculo celetista e que tem outros direitos de trabalho [...] isso fragilizou de certo modo o cuidado [...] tem vínculos de trabalho diferente e isso segrega muito aos profissionais [...] o funcionário que é RJU, ele não faz algumas coisas que o XY precisa fazer, porque a gente tem que cumprir metas, o Ministério da Educação, que é o vínculo da Empresa Brasileira de serviços hospitalares, ela nos exige algumas metas para cumprir, e o RJU, o funcionário que está aqui faz 20 anos, ele não tem que cumprir essas metas, e isso é uma fragilidade muito grande dentro do hospital, e penso que a gente tem que discutir mais sobre isso (E11UA).

A articulação do hospital com a universidade, assim como a mudança no regime de contratação são processos que vêm acontecendo em períodos de tempo maiores. Nesse sentido, essas influências do macrossistema sobre o cuidado de enfermagem podem ser consideradas como influências do macrotempo. Além disso, essas mudanças são consideradas de acordo com a Teoria Bioecológica como transições. Uma transição pode ser entendida como a mudança na posição da pessoa de acordo com a alteração do papel, ambiente ou ambos; assim, é “exemplo por excelência da mútua acomodação entre o indivíduo e seu ambiente” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 22).

Nesse sentido, as influências do macrossistema relacionam-se com as mudanças acontecidas no ambiente a respeito dos recursos materiais e

humanos, que por sua vez têm influenciado nas pessoas, no trabalho e no cuidado de enfermagem.

[...] hoje, trabalhar dentro da nossa unidade é dizer que a gente trabalha com muitos profissionais, também porque, como nosso concurso foi há pouco tempo, a gente trabalha em números, em quantidade de pessoal muito maior, então a gente tem uma equipe imensa de técnicos de enfermagem, nós temos auxiliares de enfermagem e nós temos uma equipe de enfermeiros também muito grande [...] (E11UA).

[...] eu trabalhei há 10 anos atrás aqui no hospital com um outro vínculo [...] (E5UB).

[...] eu acho que mudou o vínculo do hospital, ser um hospital com vínculo XX, com relações de trabalho mais precárias em termos de contratos de trabalho... hoje a gente tem um profissional que ele ganha melhor, ele tem uma remuneração melhor, ele é concursado, então isso eu acho que é uma facilidade, porque a gente pode também exigir mais desse profissional porque ele tem relações de contrato de trabalho melhores [...] ser um hospital de ensino é bom, ter um vínculo diferenciado é bom (E11UA).

[...] eu acho que, como qualquer instituição pública do nosso país, sempre falta alguma coisa ou outra, mas esse não é motivo para a gente não nos adequar, a gente se adequa ao ambiente [...] (E4UA).

Evidenciou-se que a influência de tais transições tem provocado motivação nos enfermeiros e, em ocasiões, desconforto, que por sua vez promovem e inibem a realização do cuidado. Segundo Bronfenbrenner (1996, p. 18), “uma vez que o meio ambiente exerce sua influência exigindo um processo de acomodação mútua, a interação entre a pessoa e o meio ambiente é considerada como bidirecional, isto é, caracterizada por reciprocidade”. As falas a seguir indicam que, frente às condições do ambiente, o enfermeiro desenvolve organização, liderança e qualificação para o cuidado.

[...] quando nós chegamos não tinha rotina, não existia uma rotina de troca de acesso, de troca de parede, de terminais nas enfermarias, de higienização do expurgo, quando nós chegamos, digo nós, enfermeiros concursados com o XY, que chegamos há um ano e pouco, nós pensamos que a gente precisa qualificar esse cuidado, qualificar essa unidade, então a gente começou pensando na organização da rotina, dos pacientes da unidade, enfim [...] eu acho que já melhorou, mas a gente desenvolve ainda um cuidado muito segmentado [...] a gente tenta assim buscar muitos profissionais para esse cuidado mais integralizado [...] mas é um cuidado muito fragmentado (E11UA).

[...] a gente tem muito profissional para cuidar, isso é uma coisa que mudou de uns anos para cá, antes o hospital-escola tinha muito pouco pessoal para cuidar, agora a gente tem muita gente, então, ao ter

muita gente significa que eu preciso também desenvolver uma liderança, e isso é necessário também para o cuidado (E11UA).

A partir da perspectiva dos enfermeiros, encontrou-se que existe um movimento de transformação evidenciado pelas mudanças que acontecem nos ambientes em que se realiza o cuidado de enfermagem. Com base nisso, corroborou-se que, a partir da perspectiva Bioecológica, o cuidado de enfermagem pode ser modificado por um processo de transição influenciado pelas pessoas, os contextos e o tempo. Além disso, se pôde perceber que as unidades de internação favorecem transições ecológicas nos enfermeiros, pois as mudanças do papel, dos ambientes, ou de ambos influenciou e alterou sua posição dentro do sistema e a maneira como cuidava.

Este estudo destacou a importância de conhecer o cuidado de enfermagem considerando o ponto de vista dos seus protagonistas, os enfermeiros. Nesse sentido, o que pode ser mais importante para o desenvolvimento do cuidado é a maneira como o enfermeiro percebe e interatua no seu contexto.

6 Considerações finais

Este estudo permitiu compreender as interações e influências do processo, pessoa, contexto e tempo sobre o cuidado de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino.

Destaque-se, dentre os achados principais deste estudo, a compreensão de que cuidar é um comportamento humano e, portanto, foi possível sua análise mediante a proposta teórica de Urie Bronfenbrenner. Porém, é preciso lembrar que este estudo não buscava entender o comportamento dos participantes frente às condições que precisavam de ações de cuidados, mas conhecer os elementos bioecológicos que conformam o contexto do cuidado de enfermagem em unidades de internação hospitalar, e a partir disso compreender suas interações e influências.

Dos resultados deste estudo, se pode inferir que o cuidado de enfermagem nas unidades de internação hospitalar é compreendido como: processo de interação entre o enfermeiro, o ambiente e os usuários das unidades de internação; o conjunto de comportamentos e atividades dos enfermeiros, com a intenção de atender às necessidades das pessoas e dos ambientes que conformam as unidades de internação hospitalar.

Diante do exposto, o enfermeiro pode promover reflexões a respeito de dirigir suas ações para atingir o bem-estar dos usuários mediante a assistência de suas necessidades, e/ou direcioná-las para a gestão do ambiente em que eles se encontram. Conforme os achados, aprecia-se claramente a diferença entre um cuidado direto e um cuidado indireto, permitindo-nos questionar sobre quais as influências na enfermagem que a levam a oscilar entre um ponto e outro.

Contudo, ainda não existe uma fronteira definida entre essas duas formas de cuidados, ocorre uma interação entre elas, produzindo influências no relacionamento direto entre o enfermeiro e o usuário. Encontrou-se que as características do trabalho associadas às rotinas, dinâmicas e atividades influenciam sobre o cuidado de enfermagem, já que estas estão direcionadas para promover cuidado aos usuários internados, mas interferem com a interação entre eles e os enfermeiros.

Também, a partir dos achados, considerou-se importante conhecer como o cuidado de enfermagem nas unidades de internação era percebido pelos profissionais de enfermagem envolvidos nesse ambiente, pois a proposta Bioecológica de Bronfenbrenner favoreceu a análise qualitativa e o reconhecimento da importância do significado de cuidar para cada participante do estudo.

A Teoria Bioecológica permitiu conhecer as influências dos diferentes aspectos do contexto olhando para as interações que promovem e/ou inibem a maneira como o enfermeiro concebe e proporciona esse cuidado. Além das características e interações das pessoas e do microssistema em que ocorre o cuidado de enfermagem, há influência promotora dos elementos bioecológicos que transpassam as fronteiras dos ambientes. Destacam-se entre eles os vínculos apoiadores indiretos formados pela interação com os elementos do mesossistema, a existência de recursos humanos e materiais necessários, e a conexão com ambientes externos ao hospital que favorecem a realização do cuidado de enfermagem.

Também é importante reconhecer as interações do contexto que interferem no cuidado de enfermagem nas unidades de internação, e a partir disso estabelecer intervenções que promovam sua reorganização e, portanto, a qualificação do cuidado. Entre elas, resgatam-se as características físicas e organizacionais dos ambientes, as mudanças nos regimes de trabalho e o manejo da informação, assim como algumas atividades de trabalho que inibem a interação de cuidado.

Dessa maneira, a partir dos elementos do ambiente foi possível conhecer de forma global o contexto em que acontece o cuidado de enfermagem. Por outro lado, as interações presentes nesse contexto permitiram compreender as influências destas sobre o cuidado de enfermagem.

Como sugestão para outros estudos, aponta-se que estes compreendam a perspectiva dos enfermeiros, somada à dos usuários, familiares e outros profissionais, considerando o planejamento de todos os aspectos do contexto interpessoal e da rede social que influenciam sobre o cuidado de enfermagem.

Por exemplo, estudar a profundidade do microssistema e a interação enfermeiro-usuário participando nas atividades de cuidado nas unidades de internação pode trazer importantes aportes práticos.

Também é importante ter em conta a utilização de teorias e modelos próprios da enfermagem, pois a visão sistêmica pode servir como pano de fundo para descrever o ambiente em que acontecem os fenômenos, e utilizar conhecimento próprio da enfermagem pode servir para compreender a profundidade e a singularidade deles.

Essa compreensão foi facilitada mediante a experiência da pesquisadora de ter participado em ambientes semelhantes dentro do contexto da enfermagem, pois facilitou o domínio dos conhecimentos próprios dessa ciência, evitando erros na análises e interpretação dos resultados e conclusões.

Este estudo pode gerar discussões que, além de compreender quais as influências sobre o cuidado de enfermagem, permitam descobrir como pode ser esse cuidado, e qual o papel das pessoas envolvidas nele, e dessa maneira constituir-se num estudo transformador.

Neste estudo, a perspectiva Bioecológica pôde abrir espaço para discutir a forma de perceber o cuidado e o atuar dos enfermeiros mediante a proposta de um *feedback* para conhecer e reorganizar as influências inibidoras, visando fortalecer e continuar com as influências promotoras sobre o cuidado de enfermagem proporcionado aos usuários internados.

“Precisamos descobrir empiricamente
como as situações são percebidas
pelas pessoas que delas participam”
(BRONFENBRENNER, 1996. p. 20)

Referências

BACKES, Dirce Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 341-7. 2010.

BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: fev. 2018.

BRASIL. **Hospital Escola UFPel**. Disponível em <<http://www.heufpel.com.br/sites/heufpel/inicio.php?area=41>>. Acesso em: fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

68 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2013). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2016). **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: mar. 2018.

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano** (Maria Adriana Veríssimo Veronese, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 267 p.

CARMO, Amanda de Figueirôa Silva.; DIAS, Nayana Lays Ferreira Bona.; DIAS, Paulo Henrique de Cerqueira.; MENDES, Rodrigo Nonato Coelho.; MOURA, Laísia Alves. The care and communication: Interaction between nurses and families of users in an adult intensive care unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** Online, v. 4, n. 3, p. 2730-2743. 2012.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065-1076. 2014.

CEDERWALL, Carl-Johan.; PLOS, Kaety.; ROSE, Louise.; DÜBECK, Amanda.; RINGDAL, Mona. Critical care nurses management of prolonged weaning: an interview study. **Nursing in critical care**, v. 19, n. 5, p. 236-242. 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº. 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: mar. 2017.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 10-11. 2012.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-41.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas Interviews in qualitative research. **Educar em revista**, v. 24, p. 213-225. 2004.

FAKHR-MOVAHEDI, Ali.; RAHNAVARD, Zahra.; SALSALI, Mahvash.; NEGARANDEH, Reza. Exploring Nurse's Communicative Role in NursePatient Relations: A Qualitative Study. **Journal of Caring Sciences**, v. 5, n. 4, p. 267. 2016.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. **Caderno de saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27. 2008.

GIALDINO, Vasilachis Irene. **Estratégias de investigación cualitativa**. Buenos Aires: Editorial Gedisa, 2006. 275 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HOUDT, Sabine Van.; SERMEUS, Walter.; VANHAECHT, Kris.; LEPELEIRE, Jan. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. **BMC family practice**, 2014, vol. 15, no 1, p. 177.

HSIEH, Hsiu-Fang; SHANNON, Sarah E. Three approaches to qualitative content analysis (Maria Elizabeth Gastal Fassa, trad.). **Qualitative health research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288. 2005.

KOLLER, Silvia Helena. **Ecologia do desenvolvimento humano**: Pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 441 p.

LIMA, Adeânio Almeida. **Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem**: a realidade de dois serviços de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – área de concentração: Avaliação de Tecnologias em Saúde), Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013. 105 p.

MEDEIROS, Juliana Dias.; COSTA, Raphaella Lopes.; LOPES, Lucia Elena Correia.; QUEIRÓZ, Natalia Torres Benevides.; VIDAL, Selma Vaz.; SILVA, Paulo Sergio. Palliative care: One way to reflect the approach of the oncology nurse to the client. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 3, p. 2655-2671. 2012.

MOHER, D; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G.; *The PRISMA Group* (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. **PLoS Med**, v.6, n.7, 2009

NARVAZ, Martha Giudice.; KOLLER, Silvia Helena. O modelo Bioecológico do Desenvolvimento humano. In: KOLLER, Silvia Helena. **Ecologia do desenvolvimento humano**: Pesquisa e intervenção no Brasil. São Pulo: Casa do Psicólogo, 2004. 441 p.

PESTANA, Aline Lima; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 734-40. 2012.

QUEIROZ, Danielle Teixeira.; VALL, Janaina .; SOUZA, Ângela Maria Alves.; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, v. 15, n. 2, p. 276-283. 2007.

RODRÍGUEZ, S.; CÁRDENAS, M.; PACHECO, A. L.; RAMÍREZ, M.; FERRO, N.; ALVARADO, E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. **Enfermería universitaria**. v. 14, n. 3, p. 191-198. 2017.

SARTORI, Rodrigo Flores.; NASSER, John Peter. Ecologia, psicologia ecológica e políticas Públicas de lazer. In: KOLLER, Sílvia Helena. **Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 441 p.

SILVA, Alcione Leite da. **Cuidado Transdimensional: Um paradigma emergente**.1997. Tese de Doutorado-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1997.

SIQUEIRA, Hedi; CECAGNO, Diana; GALLO, Cláudia; SILVA, José. O ser humano e o trabalho na equipe multiprofissional de saúde. In: SIQUEIRA, Hedi; CECAGNO, Diana; CASTRO, Queli. (Org.) **Equipe Multiprofissional de Saúde: Ações inter-relacionadas**. Pelotas: Editora Universitária / UFPEL, 2009.p. 17-40.

SOARES, Deisi; PEREIRA, Queli; MILBRATH, Viviane; OLIVEIRA, Naiana; SIQUEIRA, Hedi. Enfermagem: História e interfaces da profissão. In: SIQUEIRA, Hedi; CECAGNO, Diana; CASTRO, Queli. (Org.) **Equipe Multiprofissional de Saúde: Ações inter-relacionadas**. Pelotas: Editora Universitária / UFPEL, 2009.p. 41-68.

STAMM, Mariestela. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 293-296. 2002.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan; Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 19, n. 6, p. 349-357. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

VARGAS-JIMÉNEZ, Ileana. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. The interview in the qualitative research: trends and

challengers. **Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior**, v. 3, n 1, p. 119-139. 2012.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira.; RAMOS, Flávia Regina Souza.; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni.; SCHNEIDER, Nadir.; SANTOS, Alessandra Ceci.; LEAL, Sandra Maria Cezar. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p. 119-125. 2013.

APÊNDICES

Apêndice A – ROTEIRO DE ENTREVISTA
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Orientadora: Eda Schwartz

Coorientadora: Juliana Graciela Vestena Zillmer

Data: ____ de ____ de 2017

ENTREVISTA nº E

Data e Hora

Entrevistador

Pergunta da entrevista:

Como realiza o cuidado de enfermagem nesta unidade?

ou

Você pode me falar sobre o cuidado de enfermagem que realiza nesta unidade?

Perguntas Apoiadoras

Como funciona esta unidade?

Pode descrever o que você faz das 7 h/ 13 h/ 19 h até 13h / 19h/ 7 h?

Qual a sua função (ó papel) como enfermeiro de esta unidade?

Que cuidado é este que você desenvolve?

Quais facilidades você tem para realizar o cuidado de enfermagem nesta unidade?

Quais dificuldades você enfrenta para realizar o cuidado de enfermagem nesta unidade?

O que sugere para aperfeiçoar o cuidado de enfermagem desta unidade?

Qual a sua concepção de cuidado nesta unidade?

Tem outro aspecto que você gostaria de falar?

Dados de identificação

Numero do participante: _____

Idade: ____ Religião: _____ Sexo: ____ Estado civil: _____

Tempo na instituição: _____ Cargo: _____

Tipo de vínculo laboral com Hospital de Ensino UFPel/XY: _____

Outro vínculo de trabalho: _____

Obrigada pelo seu tempo e disponibilidade....

Apêndice B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Orientadora: Eda Schwartz *E-mail:* eschwartz@terra.com.br **Tel: (53) 99982 6959**

Coorientadora: Juliana Graciela Vestena Zillmer *E-mail:* juzillmer@gmail.com – **Tel: (53) 99927 1980**

Prezado(a) Colega:

Convidamos você para participar do trabalho de pesquisa **“Cuidado na perspectiva dos enfermeiros nas unidades de internação hospitalar”**, que tem por objetivo conhecer o cuidado de enfermagem nas unidades de internação hospitalar, e será realizado no primeiro semestre de 2017.

Desta forma, se aceitar participar, solicitamos que você nos conte sobre sua experiência de cuidado relacionada à prática da enfermagem, por meio de entrevistas que serão realizadas no local e data da sua preferência, sendo as entrevistas gravadas. As fitas das gravações, assim como os documentos dos dados coletados serão armazenadas durante um período de 5 anos pelas orientadoras, transcorrido este tempo, serão incinerados.

Sua identidade será mantida em sigilo, garantindo o seu anonimato mediante a alteração do seu nome, e você terá a liberdade de não continuar na pesquisa se for sua vontade. Serão atendidas suas dúvidas.

Sobre os RISCOS que acarreta este trabalho, o estudo não desencadeará riscos físicos; entretanto as entrevistas poderão causar desconfortos, sendo estes mínimos, pois você poderá responder as questões de maneira livre e espontânea, sem prejuízo para você.

Entre os BENEFÍCIOS da sua participação conta-se a possibilidade de reflexão individual sobre o tema de cuidado na enfermagem, e o aporte de subsídios à prática do cuidado.

Eu, _____, participante desta pesquisa, mediante o presente CONSENTIMENTO informado, declaro que foi

esclarecido de forma detalhada sobre o objetivo, riscos e benefícios da pesquisa de forma livre de qualquer constrangimento e coerção, e que a pesquisadora respondeu todas as minhas perguntas até minha completa satisfação.

Este formato de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra, com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Pelotas, __ de _____ de 2017

Pesquisadora

Diana Carolina Cristiano Castelblanco

Dados de contato:

Telefone: (53) 98401 8741

E-mail: dccccastelblanco@ufpel.edu.br

Apêndice C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SIMPLES
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

- Estrutura da Unidade de Internação
- Profissionais da equipe
- Pessoas na unidade de internação
- Atividades realizadas pela equipe de enfermagem
- Relação enfermeiro-usuário
- Relação enfermeiro-demaís membros da equipe multiprofissional

Apêndice D – VOLUME DO MATERIAL
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ENTREVISTAS		
PARTICIPANTE	TEMPO DE ENTREVISTA horas:minutos:segundos	PÁGINAS TRANSCRITAS
E1	01:01:42	10
E2	00:46:32	6
E3	00:33:56	6
E4	00:17:10	3
E5	00:11:34	2
E6	00:30:14	5
E7	00:17:51	5
E8	00:20:57	5
E9	00:45:00	11
E10	00:11:04	3
E11	00:14:04	4
TOTAL	05:13:06	60
OBSERVAÇÕES		
TURNO/UNIDADE	TEMPO DE OBSERVAÇÃO horas:minutos:segundos	PÁGINAS
TM/UA	06:00:00	
TM/UB	06:00:00	
TT/UA	05:00:00	
TT/UB	06:00:00	
TN/UA	12:00:00	
TN/UB	12:00:00	
TOTAL	47:00:00	18

Apêndice E - CODIFICAÇÃO ANÁLISE CONVENCIONAL

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem

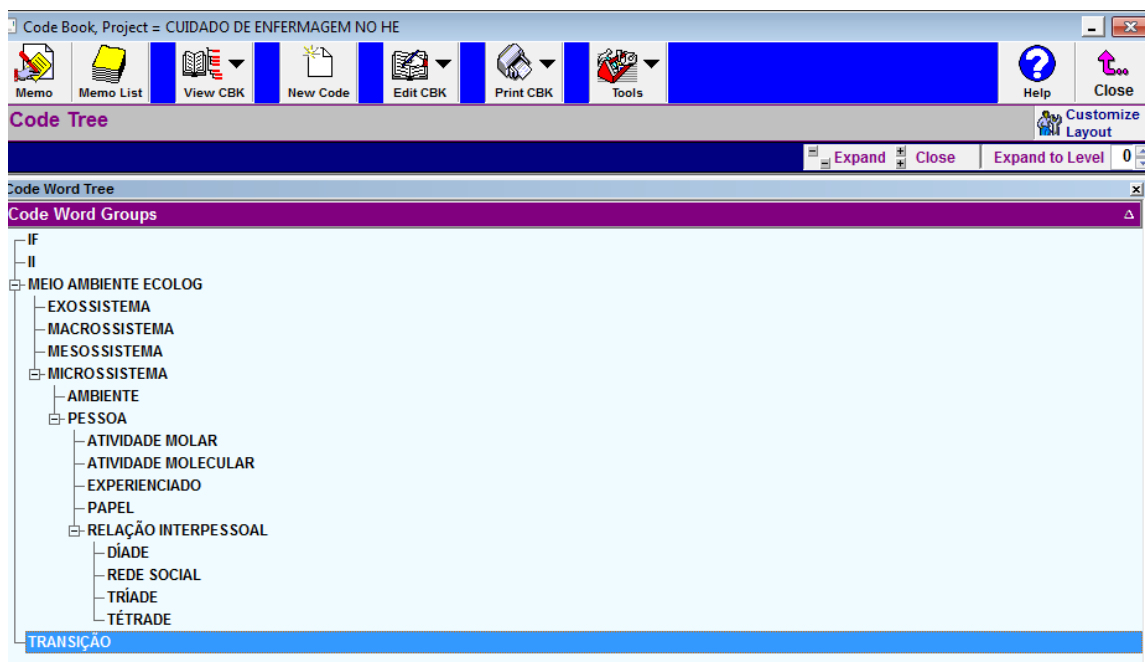
UNIDADES DE INTERNAÇÃO E OUTROS AMBIENTES	PESSOAS ENVOLVIDAS NO CUIDADO	PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO	CUIDADO DE ENFERMAGEM	MUDANÇAS
Hospital Escola Unidades/Pacientes Infecto, Onco, Hemato, Cx Sala de enfermagem Infraestrutura Insumos Sistema Institucional Central de leitos/Regulação	Muitas pessoas/pessoal Relações/ Interações interprofissionais Residentes/Acadêmicas Estudante/Aluno Pessoas de outros setores Tudo mundo/ Todas as pessoas	Processo de trabalho Vínculo laboral/ Contrato/Regimen Chefia/Divisão/Gerencia Turnos Experiencia laboral anterior Formação Condições de trabalho Quantidade de pessoal Tempo laborado Escalas Cursos/Capactitaciones Parceria com equipe enfermagem Reconhecimento do profissional Intervalo/Descanso Parceria com equipe de enfermagem Reconhecimento do profissional Formação saúde mental Formação Adaptação Burocracia Tempo Insumos	Níveis de cuidado Cuidado fora do hospital Cuidado Compartilhado/Interdisciplinar Cuidado Fragmentado Modelo de cuidado Cuidado qualificado Cuidado amplo/integrado/sistêmico Cuidados especiais Continuidade do cuidado Humanização/Cuidado humanizado Concepto de cuidado relativo Experiência anteriores específicas de cuidado Medicação em casa Alta	Já esta melhorando Mudança/Transformação/Inovação A gente tenta Rede imaginada Reciclagem/Feedback Mais investimento tecnológico/pessoal Empoderamento do profissional
	Usuários Necessidades do paciente Condição clínica do paciente Necessidades dos pacientes Atender ao familiar Familiaries Multidimensionalidade do ser humano Valoração objetiva e subjetiva Paciente como um todo Medicação em casa Alta			
	Ministério de Educação COREN Academia Outro serviços/ambientes			
	Liderança Ouvir/Escutar Estar atento/Atender Conhecimento Empatia Proatividade Conversar Olhar Bom senso Vontade	Função do enfermeiro na rede Papeis/funções do enfermeiro Supervisar Enfermeiro faz conexões Estabelecer vínculos com paciente Lidar com Recursos humanos/Equipe Proteção/Segurança ao paciente Facilitador do trabalho Apoiador do paciente Orientar/Educação em saúde Planejar assistência		

Apêndice F – CODIFICAÇÃO ANÁLISE DIRIGIDA
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Códigos

Code Book, Project = CUIDADO DE ENFERMAGEM NO HE	
Memo Memo List View CBK New Code Edit CBK Print CBK Tools Help Close	
Code Book Find: Customize Layout	
Def Short Def Long By Code By Parent Expand Close	
Code Word	Definition
AMBIENTE	LOCAL ONDE AS PESSOAS INTERATUAM FACE A FACE
ATIVIDADE MOLAR	ATIVIDADE OU COMPORTAMENTO CONTINUADO QUE POSSUI UM MOMENTO PROPRIO E É PERCEBIDO COMO TENDO
ATIVIDADE MOLECULAR	ATIVIDADE OU COMPORTAMENTO COM IMPORTANCIA MINIMA
DÍADE	RELAÇÃO BIDIRECCIONAL= ENFERMEIRO + USUARIO
EXOSSISTEMA	UM OU MAIS AMBIENTES QUE NÃO ENVOLVEM A PESSOA COMO PARTICIPANTE ATIVO
EXPERIENCIADO	PROPRIEDADES SUBJETIVAS E OBJETIVAS NO MEIO AMBIENTE PERCEBIDO PELA PESSOA
IF	INFLUÊNCIA FACILITADORA: AÇÃO POTENCIALIZADORA OU POSITIVA DE UN(S) ELEMENTO(S) SOBRE OUTRO(S)
II	INFLUÊNCIA INIBIDORA: AÇÃO FAGRILIZADORA OU NEGATIVA DE UN(S) ELEMENTO(S) SOBRE OUTRO(S)
MACROSSISTEMA	CONSISTENCIA DOS SISTEMAS DE ORDEM INFERIOR (MICRO-MESO-EXO). PODE EXISTIR NO NIVEL DA CULTURA OU DA
MEIO AMBIENTE ECOLOGICO	ORGANIZAÇÃO DE ESTRUTURAS CONCÊNTRICAS
MESOSSISTEMA	INTERRELAÇÕES ENTRE DOIS OU MAIS AMBIENTES / SISTEMA DE MICROSSISTEMAS
MICROSSISTEMA	PADRÃO DE ATIVIDADES PAPEIS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS.
PAPEL	EXPECTATIVAS AO RESPEITO DFE ATIVIDADES E RELAÇÕES RECÍPROCAS/ ATIVIDADES E RALAÇÕES ESPERADAS DE
PESSOA	INDIVIDUO /SER HUMANO ENVOLVIDO NO CUIDADO
REDE SOCIAL	SISTEMA DE INTERAÇÃO SEQUENCIAL QUE NÃO EXIGE A PRESENCIA DE TODOS OS PARTICIPANTES AO MESMO TEMPO
RELAÇÃO INTERPESSOAL	INTERAÇÃO ENTRE DOIS PESSOAS OU MAIS
TRANSIÇÃO	MUDANÇA NA POSIÇÃO DA PESSOA DE ACORDO COM A ALTERAÇÃO DO PAPEL, AMBIENTE OU AMBAS/ PROCESSO DE
TRIÁDE	ESTRUTURA INTERPESSOAL MAIOR = DÍADE (ENFERMEIRO + USUARIO) + OUTRA PESSOAS (CUIDADOR FAMILIAR OU
TÉTRADE	ESTRUTURA INTERPESSOAL MAIOR = TRIÁDE (ENFERMEIRO + USUÁRIO + CUIDADOR FAMILIAR OU AMIGO) + OUTRA

Arvore de Códigos



ANEXOS

Anexo A – CARTA DE ANUÊNCIA

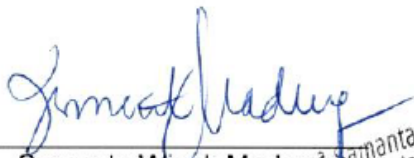


CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado **Cuidado na Perspectiva dos Enfermeiros nas Unidades de Internação Hospitalar** submetido para apreciação da Gerência de Ensino e Pesquisa do HE-UFPEl/EBSEH, sob o protocolo nº **00666/17**, pela pesquisadora **Diana Carolina Cristiano Castelblanco** e sob a orientação da Profª. **Eda Schwartz** está APROVADO para ser realizado no serviço/setor de **Internação Hospitalar Clínica e Cirúrgica**.

A aprovação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e à entrega da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa a esta gerência, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Pelotas, 06 de abril de 2017.


Samanta Winck Madruga
Gerência de Ensino e Pesquisa
HE-UFPEl/Ebserh
Núcleo de Gestão da Pesquisa e
Inovação Tecnológica
HE-UFPEl/EBSEH

Anexo B – PARECER CEP

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 2.042.429

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_900194.pdf	24/04/2017 10:37:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUIH.pdf	24/04/2017 10:34:31	DIANA CAROLINA CRISTIANO CASTELBLANCO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	24/04/2017 10:33:20	DIANA CAROLINA CRISTIANO CASTELBLANCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/04/2017 10:32:40	DIANA CAROLINA CRISTIANO CASTELBLANCO	Aceito
Outros	CARTA.pdf	12/04/2017 09:46:23	DIANA CAROLINA CRISTIANO CASTELBLANCO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostroDCCC.pdf	12/04/2017 09:36:18	DIANA CAROLINA CRISTIANO CASTELBLANCO	Aceito

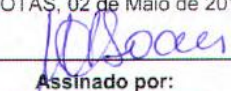
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 02 de Maio de 2017


Assinado por:

Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfco@ufpel.edu.br

Anexo C – CRITÉRIOS COREQ

Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups

Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade	
Características pessoais:	
1. Entrevistador/facilitador- Qual(is) autor(es) conduziu (conduziram) as entrevistas ou o grupo focal?	X
2. Credenciais- Quais eram os títulos dos pesquisadores? Ex: PhD, Ms., Dr., etc.	X
3. Ocupação- Quais eram suas ocupações no momento do estudo?	X
4. Sexo- Qual era o sexo dos pesquisadores?	X
5. Experiência e Treinamento- Quais experiências e treinamentos os pesquisadores tiveram?	X
Relação com os participantes:	
6. Relações estabelecidas- Havia alguma relação estabelecida antes de o estudo começar?	X
7. Conhecimento dos participantes sobre o entrevistador- O que os participantes sabiam a respeito do entrevistador?	X
8. Características do entrevistador- Quais características do entrevistador foram reportadas? Ex.: Viés, premissas, razões e interesses na pesquisa.	X
Domínio 2:	
Estrutura Teórica:	
9. Orientação metodológica e Teórica- Qual orientação metodológica foi usada para apoiar o estudo?	X
Seleção dos Participantes:	
10. Amostra- Como os participantes foram selecionados?	X
11. Métodos e Abordagem- Como os participantes foram abordados?	X
12. Dimensão da Amostra- Quantos participantes o estudo teve?	X
13. Não participantes- Quantas pessoas se recusaram ou desistiram do estudo? Por quê?	X
14. Coleta de dados- Onde os dados foram coletados?	X
15. Presença de não participantes- Havia mais alguém presente além de entrevistador e participante?	X
16. Descrição da amostra- Quais são as características importantes da amostra?	
Coleta de dados:	
17. Instrumento de entrevista- Eram perguntas, instruções, guias fornecidos pelos autores? Foi um teste piloto?	X
18. Repetição de entrevista- Foram repetidas entrevistas? Se sim, quantas?	X
19. Gravação áudio/visual- Foram usados gravadores durante as entrevistas?	X

20. Notas de campo- Foram feitas notas durante as entrevistas ou grupos focais?	X
21. Duração- Qual foi a duração das entrevistas ou grupos focais?	X
22. Saturação dos dados- A saturação dos dados foi discutida?	X
23. Retorno das transcrições- As transcrições foram devolvidas aos participantes com comentários e correções?	X
Domínio 3: Análise e resultados	
Análise de dados:	
24. Número de codificadores de dados- Quantos codificadores foram encontrados?	X
25. Descrição da árvore de codificação- Os autores fizeram uma descrição da árvore codificante?	X
26. Derivação dos temas- Quais temas foram identificados, avançados ou derivados dos dados?	X
27. <i>Software</i> - Qual <i>software</i> , se aplicado, foi usado para gerir os dados?	X
28. Checagem dos participantes- Houve <i>feedback</i> por parte dos participantes sobre os resultados?	
Relatos:	
29. Cotações apresentadas- Os participantes foram cotados para ilustrar os temas/resultados? Cada cotação foi identificada? Ex.: participante número x.	X
30. Dados e resultados consistentes- Há consistência entre os dados apresentados e os resultados?	X
31. Clareza dos temas principais- Os temas principais foram claramente apresentados?	X
32. Clareza dos temas menores- Existe uma descrição de diversos casos ou uma discussão de temas menores?	X