

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**



**VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E PRAZER DO  
TRABALHADOR-ENFERMEIRO AQUANDO DA TAREFA  
PRIMÁRIA, O CUIDAR, NOS CENTROS DE SAÚDE**

**MARIA MANUELA GOMES DA SILVA**

**PORTO, 2004**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E PRAZER DO  
TRABALHADOR-ENFERMEIRO AQUANDO DA TAREFA  
PRIMÁRIA, O CUIDAR, NOS CENTROS DE SAÚDE**

**MARIA MANUELA GOMES DA SILVA**

**PORTO, 2004**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**Mestrado em Psicologia**

**VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E PRAZER DO  
TRABALHADOR-ENFERMEIRO AQUANDO DA TAREFA  
PRIMÁRIA, O CUIDAR, NOS CENTROS DE SAÚDE**

**Dissertação de mestrado apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa pela licenciada  
Maria Manuela Gomes da Silva para a obtenção de  
grau de mestre em Psicologia, sob a orientação do  
Professor Doutor Milton Madeira.**

**PORTO, 2004**

## **AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS**

A Deus pela vida, pela força e coragem anímica...

Ao Manuel pelo incondicional companheirismo, ajuda, dedicação, entusiasmo, partilha, coragem, incentivo, amor, por tudo...

Aos meus pais, avós e irmãos pela expressão de carinho, amor, paciência e boa disposição com que sempre me ensinaram e ajudaram a viver e a ultrapassar os momentos menos bons da minha vida.

Ao Professor Milton pela partilha e constante disponibilidade, coragem e ajuda na lucidez e no discernimento intelectual.

Aos professores e colegas de mestrado com quem pude aprender muito saber, especialmente à Laura e à Augusta pela amizade gerada.

Aos meus afilhados, Micael e Henrique.

A todos os meus amigos, em especial à Helena, à Zélia, à Fátima Velho, à Paula, à Nela, por saber que estavam lá, mesmo que corporalmente ausentes. Desculpem todas as minhas ausências, especialmente neste último ano.

A todos os colegas do curso de licenciatura com quem aprendi e partilhei o valor de ser enfermeira e do Cuidar que lhe está subjacente, em especial à Ester, à Salete, à Vânia, à Sónia, à Cláudia e à Paulinha.

A todos os colegas de trabalho, especialmente à Laura e Sílvia pelo incentivo.

À Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Vila Verde, pelo acolhimento e atenção.

À Sub-Região de Saúde de Braga pelo material disponibilizado.

À Ordem dos Enfermeiros Portugueses pelo material estatístico disponibilizado.

Ao Prof. Doutor Codo, ao Prof. Dr. Merlo, à Prof. Dr.<sup>a</sup> Jacques Ribeiro, à Mestre Campiglia, à Prof. Dr.<sup>a</sup> Magnólia e à Prof. Dr.<sup>a</sup> Leni Lanza, pelo material bibliográfico que amavelmente me cederam, sem o qual esta dissertação ficaria mais pobre, apesar da longa distância que nos separa.

Ao Sr. Alfredo e Rosa Maria pela ajuda e perspicácia na recolha de material bibliográfico.

À Enfermeira e Prof. Cândida pela revisão da literatura referente à Enfermagem.

Ao Prof. Marco pela correcção ortográfica deste trabalho.

À Elizabete, ao Marcelo, e à Sílvia pela colaboração na tradução.

Por último, mas em primeiro, a todos os enfermeiros que diariamente enfrentam situações geradoras de sofrimento psíquico, especialmente para aqueles que comigo partilharam as suas vivências. Que este trabalho possa servir de incentivo, de reflexão sobre as nossas práticas diárias, enquanto prestadores directos de cuidados de Enfermagem ao Outro.

## RESUMO

Fundamentando-se na *Psicodinâmica do Trabalho*, a nível da abordagem teórica, tendo por base os estudos desenvolvidos por Dejours (1992), pretendeu-se com este estudo analisar o sofrimento psíquico e o prazer do trabalhador-enfermeiro no contexto de trabalho dos Centros de Saúde, centrado na sua *tarefa primária*: o Cuidar. Esta pesquisa de natureza qualitativa foi realizada num Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga, onde participaram oito enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem directos a clientes, considerada como *tarefa primária*. Os dados obtidos, pela técnica da entrevista individual semi-estruturada, foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, com o auxílio do programa informático *QSR NUD\*IST*, versão 6. Pela análise dos discursos dos entrevistados, constatou-se que o trabalho exercido por estes profissionais de Enfermagem acarreta-lhes efectivamente sofrimento psíquico e, em menor escala, prazer. No que se refere às causas geradoras de sofrimento psíquico, identificaram-se dois agentes principais: a) o número excessivo de clientes por enfermeiro e o conseqüente ritmo de trabalho que produzem uma sobrecarga de trabalho; e, b) a lacuna na formação de base dos enfermeiros a nível das relações interpessoais e comunicacionais produzem um envolvimento emocional no acto de Cuidar do cliente e sua família, bem como dificuldades em lidar com as situações de doença prolongada/terminal e com o sofrimento e a morte dos clientes. No que se refere ao prazer, este surge agremiado à possibilidade que os enfermeiros têm, ao executar a *tarefa primária*, poder no seu acto de cuidar e assim exercer efectivamente a sua profissão, em ajudar os clientes e verificar a recuperação do estado clínico dos mesmos. Em suma, a presente dissertação, por um lado, resgatou a necessidade das organizações de trabalho e das instituições de formação apostarem neste tipo de investigação em Portugal, sobretudo no que toca ao papel da formação a nível das relações interpessoais e comunicacionais; e, por outro lado, constituiu um importante subsídio para a discussão acerca do papel da organização do trabalho, sobretudo no que concerne à *tarefa primária*, no que se refere esta ao excessivo número de clientes por profissional aquando da prestação de cuidados.

## RÉSUMÉ

Sous le fondement la Psychodynamique du Travail, au niveau de l'abordage théorique, ayant comme appui les études développées par Dejours (1992), s' a vouloir avec cet étude analyser la souffrance psychique et le plaisir du travailleur-infirmier dans le contexte du travail aux Centres de Santé, centrée dans sa *tâche primaire* : Soigner. Cette recherche de caractère qualitative a été réalisée dans un Centre de Santé de la Région de Santé de Braga, dans laquelle ont participé huit infirmiers qui prêtent des soins de métier d'infirmier directs à des clients, considérée comme une *tâche primaire*. Les donnés obtenus, par la technique de l'interview individuelle demi-structurée, ont été soumis à la technique d'analyse de contenu, avec l'aide du programme informatique QSR NUD\*IST, version 6. Par l'analyse des discours des interviewés, s'a remarqué que le travail développé par ces professionnels de métier d'infirmier leur apporte, en effet de la souffrance psychique et, en moindre échelle, du plaisir. En ce qui se concerne les causes qui provoquent de la souffrance psychique, s' a identifié deux agents principaux: a) l'excessif nombre de clients par infirmier e le rythme de travaille qui produit une surcharge de travail; et, b) le manque au niveau de la formation base des infirmiers en ce qui concerne les rapports inter-personnelles et communicationnelles qui produisent engagement émotionnel dans l'acte de Soigner le client et de sa famille, bien comme des difficultés devant la situation de maladie prolongée/terminal et avec la souffrance et le décès des clients. Par rapport au plaisir, celui-ci apparaît lié à la possibilité que les infirmiers ont, en exécutant la *tâche primaire*, d'aider les clients dans leur situation de maladie et, de cette façon, vérifier la récupération de l'état clinique, exerçant, ainsi, leur métier. Bref, ce travail, d'un côté, a racheté la nécessité des organisations de travail et des institutions de formation parier sur ce type de recherche au Portugal et à promouvoir la formation au niveau des relations interpersonnelles et communicationnelles; et, d' un autre côté, il a été importante pour la discussion du rôle de l'organisation de travail, dans lequel concerne la *tâche primaire*, surtout au niveau de l'excessif nombre de clients par infirmier, lors de la prestation de soins.

## ABSTRACT

Based on Psychodynamic at Work, at a theoretical level, and following the studies developed by Dejours (1992), the aim of this study was to analyse the psychic sufferment, and at the same time, the pleasure of working-nurse within the work done in the Health Centers, centered in his *primary task*: taking care of. This research of qualitative nature was performed in a Sub-Regional Health Center in Braga where eight nurses participated in direct care to clients, considered as a *primary task*. The information obtained by the technician who performed the individual and semi-structural interview, was submitted to the technical analysis of context, with the help of the computer program QSR NUD\*IST, version 6. After analysing what was said by the interviewees, we found that tasks of these nursing-professionals brought them psychic anguish and, at a lower scale, pleasure. When referring to the causes which led to psychic sufferment two main agents were found: a) the excessive number of clients per nurse and the work rhythm produce overcharge of work; and, b) the base formation gap in the nurses of interpersonal and communication levels produce the emotional link when taking care of the client and his family, and also, the difficulties in coping with prolonged and terminal illnesses, as well as, with the sufferment and death of the clients. What refers to pleasure, this appears associated to the possibility that nurses have, when putting in practise the *primary task*, of helping the clients in their situation of illness and, therefore, verify the recovery of the clinical state of the client, and, in this way perform the duties of their profession. In summary, this dissertation shows the need that work organizations and institutions have to accomplish on this type of investigation in Portugal, and also, the need to promote the study of interpersonal and communication levels; and, on the other hand, it consists of an important support for the discussion of the role of the work organization, concerning the *primary task*, specifically in what concerns the excessive number of clients per nurse, when providing for their care.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	7
<b>CAPÍTULO I – A QUESTÃO DO TRABALHO</b>	8
1.1 História do Trabalho	8
1.2 O Trabalho nas Sociedades Capitalistas	11
1.2.1 A Perspectiva de Karl Marx sobre o Capitalismo	12
1.3 A Alienação no Trabalho segundo Karl Marx	13
1.4 O Papel do Trabalho nas Relações entre o Homem e a Sociedade	15
1.4.1 A Importância do Trabalho para o Homem	16
1.4.2 A Escola das Relações Humanas versus a Escola Clássica	17
<b>CAPÍTULO II – TRABALHO E SAÚDE MENTAL: SOFRIMENTO PSÍQUICO E PRAZER DO TRABALHADOR</b>	19
2.1 Breve Abordagem ao Percorso Histórico da Relação Trabalho e Saúde Mental	19
2.2 Abordagens Teórico-Methodológicas em Saúde Mental e Trabalho	23
2.3 Abordagem da Psicodinâmica do Trabalho	28
2.3.1 Percorso Histórico	28
2.3.2 Ideias Centrais da Abordagem Psicodinâmica do Trabalho	30
2.3.3 Relação Homem/Trabalho	33
2.3.4 Conceitos de Carga Psíquica e de Organização de Trabalho	34
2.3.5 Tarefa Primária	39
2.3.6 Sofrimento Psíquico	40
2.3.6.1 Sofrimento Criador <i>versus</i> Sofrimento Patogénico e Sofrimento Ético	44
2.3.6.2 Estratégias Defensivas Individuais e Colectivas	46

2.3.6.3 Alienação	48
2.4 Prazer no Trabalho	51
<b>CAPÍTULO III – A ENFERMAGEM</b>	<b>56</b>
3.1 Evolução Histórica da Enfermagem	56
3.1.1 O Processo de Profissionalização em Portugal	59
3.2 Cuidar em Enfermagem	64
3.3 A Formação dos Enfermeiros	69
3.3.1 Formação Básica	70
3.3.2 Formação Pós-Básica	76
3.3.3 Formação Contínua – Formação em Serviço	77
<b>CAPÍTULO IV – O ENFERMEIRO E O SEU TRABALHO</b>	<b>80</b>
4.1 Ser Enfermeiro	80
4.2 Os Cuidados de Saúde Primários - Contexto dos Centros de Saúde	84
4.3 Caracterização do Trabalho do Enfermeiro	90
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	<b>97</b>
<b>CAPÍTULO V – METODOLOGIA</b>	<b>98</b>
5.1 Definição e Justificação da Problemática do Estudo	98
5.2 Objectivos da Investigação	106
5.3 Questões de Investigação	110
5.4 Tipo de Estudo	112
5.5 Participantes no Estudo: População e Amostra	114
5.5.1 A abrangência da População: Caracterização	114
5.5.2 Critérios de Selecção da População	118
5.5.3 Processo de Amostragem e Caracterização da Amostra	121

5.6 Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados	127
<b>CAPÍTULO VI – RESULTADOS</b>	135
6.1 Levantamento dos Dados	136
6.2 Tratamento Qualitativo dos Dados	137
6.2.1 Utilização do Programa Informático <i>QSR NUD*IST</i>	142
6.2.2 Vertentes de Análise pelo Programa Informático <i>QSR NUD*IST</i>	147
6.3 Análise Qualitativa e Interpretação dos Resultados	149
6.3.1 Análise e Interpretação das Áreas Descritivas	150
6.3.2 Análise e Interpretação das Áreas Temáticas	161
<b>CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO</b>	256
7.1 Discussão dos Resultados	256
7.2 Limitações do Estudo	261
7.3 Contributos e Sugestões para Futuros Estudos	264
<b>CONCLUSÕES</b>	267
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	277
<b>APÊNDICES</b>	290
<b>ANEXOS</b>	324

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>CE</b>	Consultas de Enfermagem
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PF</b>	Planeamento Familiar
<b>REPE</b>	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
<b>SAP</b>	Serviço de Atendimento Permanente
<b>SI</b>	Saúde Infantil
<b>SM</b>	Saúde Materna
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>VD</b>	Visitação Domiciliária

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Carta dirigida à Sub-Região de Saúde de Braga a solicitar listagem dos enfermeiros que laboram nos Centros de Saúde da sua área de abrangência

**Apêndice II** – Questionário de caracterização da amostra

**Apêndice III** – Tabela síntese das características dos enfermeiros da amostra

**Apêndice IV** – Guião da entrevista

**Apêndice V** – Solicitação de autorização para a realização das entrevistas aos enfermeiros

**Apêndice VI** – Carta de explicação do estudo

**Apêndice VII** – Formulário de consentimento

**Apêndice VIII** – Quadro síntese das áreas temáticas, as suas categorias e respectivas subcategorias emergentes das entrevistas

## **ANEXOS**

**Anexo I** – Resposta da Ordem dos Enfermeiros após solicitação dos estudos realizados no âmbito do sofrimento psíquico

**Anexo II** – Lista fornecida pela Sub-Região de Saúde de Braga relativa ao número de enfermeiros por Centro de Saúde e Categoria profissional

**Anexo III** – Despacho de autorização da Enfermeira-Chefe para a realização das entrevistas

**Anexo IV** – Formulário de consentimento assinado pelos entrevistados

**Anexo V** – Plano de trabalho mensal dos enfermeiros no Centro de Saúde

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Tentativa de representação da pessoa do enfermeiro	82
<b>Figura 2</b> – Competências do enfermeiro de cuidados gerais	95
<b>Figura 3</b> – Esquema do primeiro objectivo geral de investigação	108
<b>Figura 4</b> – Esquema do primeiro objectivo específico de investigação	109
<b>Figura 5</b> – Esquema do segundo objectivo específico de investigação	110
<b>Figura 6</b> – Mapa dos Concelhos que integram a Sub-Região de Saúde de Braga	115
<b>Figura 7</b> – Esquema geral interpretativo do sofrimento psíquico dos enfermeiros aquando da <i>tarefa primária</i> , o Cuidar, nos Centros de Saúde	244

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico 1** – Distribuição dos Centros de Saúde, por Concelho, na Sub-Região de Braga 116

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela síntese 1</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área descritiva <i>Motivos de Escolha do Curso de Enfermagem</i>	153
<b>Tabela síntese 2</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da análise descritiva dos <i>Motivos da Escolha do Centro de Saúde</i>	157
<b>Tabela síntese 3</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática <i>Fontes de Pressão</i>	169
<b>Tabela 4</b> – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática <i>Fontes de Pressão</i> e a <i>tarefa primária</i> dos enfermeiros	173
<b>Tabela síntese 5</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática <i>Fontes de Desafio</i>	180
<b>Tabela 6</b> – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática <i>Fontes de Desafio</i> e a <i>tarefa primária</i> dos enfermeiros	182
<b>Tabela síntese 7</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática <i>Fontes de Fracasso</i>	
<b>Tabela 8</b> – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática <i>Fontes de Fracasso</i> e a <i>tarefa primária</i> dos enfermeiros	190
<b>Tabela síntese 9</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática <i>Fontes de Frustração</i>	199
<b>Tabela 10</b> – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática <i>Fontes de Frustração</i> e a <i>tarefa primária</i> dos enfermeiros	201
<b>Tabela síntese 11</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática <i>Envolvimento Emocional</i>	209

<b>Tabela 12</b> – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática <i>Envolvimento Emocional</i> e a <i>tarefa primária</i> dos enfermeiros	211
<b>Tabela síntese 13</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática <i>Consciencialização e Alienação</i>	220
<b>Tabela 14</b> – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática <i>Consciencialização e Alienação</i> e a <i>tarefa primária</i> dos enfermeiros	223
<b>Tabela síntese 15</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática <i>reações e manifestações do sofrimento psíquico</i>	229
<b>Tabela 16</b> – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática <i>Reações e Manifestações do Sofrimento Psíquico</i> e a <i>tarefa primária</i> dos enfermeiros	231
<b>Tabela síntese 17</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática <i>Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico</i>	238
<b>Tabela 18</b> – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática <i>Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico</i> e a <i>tarefa primária</i> dos enfermeiros	239
<b>Tabela síntese 19</b> – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática <i>Fontes Prazer</i>	252
<b>Tabela 20</b> – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática <i>Fontes de Prazer</i> e a <i>tarefa primária</i> dos enfermeiros	254

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se verificado uma crescente motivação pela temática ligada à relação trabalho versus saúde/doença mental. De acordo com Jacques (2003), tal motivação é desbloqueada pelo aumento significativo do número de transtornos mentais e do comportamento nos indivíduos conexados ao trabalho.

Para Seligmann-Silva (1994), um dos grandes modelos teóricos para abordar a saúde mental e trabalho é a corrente teórica voltada para o estudo da *Psicodinâmica do Trabalho*. A *Psicodinâmica do Trabalho*, que tem como expoente máximo o autor francês Christophe Dejours (1992), desenvolve a sua acção no sentido de se entender como é que os trabalhadores, na sua maioria e face às pressões desencadeadas pelo trabalho, conseguem manter um equilíbrio psíquico e situar-se na “normalidade”, isto é, como fazem para evitar a loucura. Neste contexto, o que importa à *Psicodinâmica do Trabalho* é realmente compreender as estratégias defensivas (individuais e/ou colectivas) adoptadas pelos trabalhadores com a finalidade de evitar a doença mental e preservar, ainda que precariamente, o seu equilíbrio psíquico. Esta disciplina introduz o conceito de “(...) sofrimento psíquico [como sendo] uma vivência subjectiva intermediária entre a doença mental descompensada e o bem-estar psíquico [que origina a utilização de] estratégias defensivas, construídas e gerenciadas colectivamente” (Dejours & Abdoucheli, 1994, p. 124). Um outro aspecto da *Psicodinâmica do Trabalho* é que, para além de introduzir o sofrimento psíquico no trabalho, admite também a existência de prazer no mesmo.

Assim, e tendo por referência teórica a *Psicodinâmica do Trabalho*, esta investigação objectiva analisar as fontes de sofrimento psíquico e de prazer no trabalho do trabalhador-enfermeiro no contexto laboral dos Centros de Saúde, centrado na sua *tarefa primária*: o Cuidar, bem como as respectivas reacções, manifestações e estratégias defensivas face a esse mesmo sofrimento psíquico. Desta forma, seleccionou-se, como população alvo os enfermeiros que prestam cuidados de saúde nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga.

Neste contexto, este estudo tem como foco principal a relação estabelecida entre o sofrimento psíquico e o prazer do trabalhador-enfermeiro, com a organização de trabalho, especificamente aquando da prestação de cuidados directos a clientes<sup>1</sup>, visando-se conhecer o modo como este profissional vivencia esta relação no seu quotidiano de trabalho que é o Centro de Saúde. Para tal, é importante que estes profissionais de saúde descrevam, com a sua própria linguagem, isto é, com as suas próprias palavras e com os seus discursos, como e que tipo de vivências é que estão a ter e as formas de as sentir neste contexto de trabalho específico (Dejours, 1992).

Neste sentido, estruturou-se este trabalho em duas partes: a **primeira parte** é reservada ao enquadramento teórico, onde se reúne a literatura específica que concorre para a compreensão da problemática em estudo, com vista a fornecer fundamentos teórico-metodológicos à investigação científica que se propõe desenvolver nesta dissertação, assim como para a análise e compreensão dos dados recolhidos; a **segunda parte** é destinada à investigação empírica, onde se explana todo o percurso empírico de

---

<sup>1</sup> Optou-se pelo termo “cliente”, pois o mesmo possui uma conotação de papel activo no enquadramento da relação de cuidados. Entende-se “cliente”, como uma pessoa que assume um papel participativo, dinâmico, ao invés do indivíduo passivo.

investigação efectuada, bem como as principais conclusões a que se chegou com o presente estudo.

Com efeito, a **primeira parte**, referente ao enquadramento teórico, é composta por quatro capítulos.

O **primeiro capítulo** centra-se na questão do trabalho. Num primeiro momento apresenta-se uma perspectiva histórica sobre a questão do trabalho, a qual incide sobre a temática do mercado do trabalho na Europa, especificamente em Portugal. Num segundo momento aborda-se o trabalho nas sociedades capitalistas, apresentando-se uma breve perspectiva de Karl Marx sobre as mesmas. Num terceiro momento foca-se a alienação no trabalho na visão de mesmo autor. O quarto e último momento descreve-se o papel do trabalho nas relações entre o Homem e a sociedade, versando sobre a importância do trabalho na vida humana, bem como sobre as teorias das relações humanas e clássica.

O **segundo capítulo** objectiva a compreensão da relação trabalho e saúde mental, especificamente a questão do sofrimento psíquico e do prazer em contexto laboral, tendo-se optado por estruturar este capítulo em vários pontos. Assim, numa primeira abordagem é feita uma breve retrospectiva do percurso histórico da relação trabalho e saúde mental, seguida da apresentação das várias abordagens teórico-metodológicas existentes sobre esta relação. Entre as várias abordagens teórico-metodológicas, apresentadas dá-se ênfase e particular atenção à teoria elaborada por Dejours (1992), psiquiatra francês – a *Psicodinâmica do Trabalho* – a qual constitui a base para a idealização deste trabalho, dado que evoca as questões do sofrimento

psíquico e do prazer em contexto real de trabalho. Num segundo momento é feita uma breve apresentação do percurso histórico da *Psicodinâmica do Trabalho* e as suas principais ideias e conceitos. Posteriormente, faz-se uma análise ao conceito de sofrimento psíquico no trabalho, às suas formas de leitura, sistemas de defesa individual e colectivo. Finalmente, num terceiro momento neste segundo capítulo, é feita uma abordagem à questão do prazer no trabalho.

O **terceiro capítulo** centra-se sobre a Enfermagem e inicia-se com um primeiro item direccionado para a evolução histórica da profissão de Enfermagem, onde se frisam as características da evolução da profissão no geral, particularizando-se o processo de profissionalização em Portugal e os contextos de mudança de que foi alvo. Seguidamente, no segundo item, o destaque vai para a *tarefa primária* da Enfermagem, isto é, para o Cuidar. No terceiro e último item, é feita referência à formação dos enfermeiros, salientando-se a formação básica, a pós-básica e a contínua.

O **quarto capítulo** direcciona-se para o enfermeiro e para o seu trabalho e está dividido em quatro itens. No primeiro item apresenta-se a condição de ser enfermeiro, analisando-se o seu perfil, isto é, as características psico-sociais consideradas ideais para os contornos da sua personalidade. No segundo item é feita uma abordagem os Cuidados de Saúde Primários, especificamente no contexto dos Centros de Saúde. No terceiro e último item faz-se uma caracterização do trabalho do enfermeiro, dando-se particular destaque àquele que se desenvolve no contexto do Centro de Saúde, uma vez que o grupo alvo desta investigação são enfermeiros que laboram neste tipo de instituição de saúde.

A **segunda parte**, que é dedicada à investigação empírica, é composta pelos capítulos quinto, sexto e sétimo.

Assim, no **quinto capítulo** justificam-se as opções metodológicas seguidas para o desenvolvimento desta investigação, incluindo-se: a) a problemática do estudo, os objectivos e as questões da investigação e o tipo de estudo; b) os participantes, designadamente a população e a amostra, assim como os critérios de selecção da população e sua abrangência, além do processo de amostragem e caracterização da amostra; e, por último, c) os instrumentos e procedimentos de recolha de dados.

O **sexto capítulo** é reservado ao levantamento e tratamento qualitativo dos dados, assim como para a respectiva análise e interpretação dos resultados. Os dados obtidos, pela entrevista individual semi-estruturada, junto dos oito enfermeiros que integram esta pesquisa de natureza qualitativa, foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, com o auxílio do programa informático *QSR NUD\*IST*, versão 6, como ferramenta informática de exploração, tratamento e validação dos resultados. Esta análise dá-se em duas vertentes: análise descritiva e comparativa e análise matricial de proporções, isto é, a análise das relações entre a frequência de citações das categorias emergentes das áreas temáticas.

No **sétimo e último capítulo**, afigura-se a discussão dos resultados, as limitações do estudo e os contributos/sugestões para futuros estudos.

Por último, baseadas nos resultados da investigação, sistematizam-se, em conclusão, os respectivos resultados que versam sobre três aspectos e de acordo com os

objectivos de investigação: as fontes de sofrimento psíquico e prazer no trabalho; as reacções e manifestações face a este sofrimento psíquico; e as estratégias defensivas perante este sofrimento. Baseadas nestes resultados, expõem-se as principais **conclusões**, as quais poderão servir de base, quer para a planificação de novas políticas de saúde, e novos planos de estudo nos cursos de Enfermagem, quer para a planificação de acções de formação nas instituições, tendo em vista o melhoramento das condições psicológicas dos enfermeiros, o que pode contribuir, por consequência, para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Findada a exposição da estrutura da presente dissertação, e, por conseguinte, do conteúdo essencial de cada um dos seus Capítulos, encerra-se esta que é a **Introdução** e continua-se o percurso da leitura, pela Enquadramento Teórico.

## **PARTE I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

**CAPÍTULO I – A QUESTÃO DO TRABALHO**

**CAPÍTULO II – TRABALHO E SAÚDE MENTAL: SOFRIMENTO PSÍQUICO E  
PRAZER DO TRABALHADOR**

**CAPÍTULO III – A ENFERMAGEM**

**CAPÍTULO IV – O ENFERMEIRO E O SEU TRABALHO**

# **CAPÍTULO I – A QUESTÃO DO TRABALHO**

## **1.1 História do Trabalho**

O trabalho era, até à Idade Média, considerado como castigo, sendo este facto evidenciado pelos nobres que não trabalhavam.

Contudo, esta realidade começou a transformar-se com a Revolução Industrial, tendo o trabalho passado a ser entendido como fulcral para a sobrevivência e funcionamento das sociedades. A Revolução Industrial foi, assim, um fenómeno internacional, desde a Europa Ocidental até à América do Norte, tendo acontecido de maneira gradativa, a partir de meados do século XVIII. Tal provocou mudanças profundas nos meios de produção humanos, até então conhecidos, afectando directamente os modelos económicos e sociais de sobrevivência humana.

Com efeito, a Revolução Industrial deu-se através da conciliação de dois aspectos essenciais: o rápido crescimento da população; e, a constante migração do Homem do campo para as grandes cidades que acabaram por provocar um excesso de mão-de-obra disponível e barata nas mesmas. Tal facto, permitiu a exploração e a expansão de negócios nas grandes cidades, o que proporcionou a acumulação de capital (Capitalismo) pela burguesia emergente. Tudo isto, aliado ao avanço do desenvolvimento científico, principalmente com a invenção da máquina a vapor e de tantas outras inovações tecnológicas, proporcionou o início do fenómeno da industrialização mundial (Galvêas, s/ data).

No início do século XX, no mundo ocidental, o sector industrial revelou-se determinante para o crescimento e desenvolvimento dos países desenvolvidos, tendo-se verificado um crescimento acelerado da civilização industrial e a transformação de matérias-primas.

As máquinas e a ordem mecânica passaram, já no séc. XX, a ocupar uma posição fundamental na sociedade do trabalho.

Neste sentido, e com a introdução da maquinaria, a identidade do operário era cada vez mais deteriorada, devido à mecanização e à industrialização, assim como à exploração capitalista mais agressiva. Foi nesta altura que se evidenciou a acção sindical, a qual contribuiu para o desenvolvimento de manifestações colectivas dos trabalhadores, com o objectivo de se criarem mais e melhores condições de trabalho. Assistiu-se, então, ao início da resistência dos trabalhadores a nível colectivo.

A Europa no final da década de 70, defrontou-se com o desafio entre a tecnologia e o emprego. Já nos anos 80, o modelo taylorista do trabalho, adequado a um ambiente estável e previsível, encarava um período de crise. Este período caracterizou-se por um tempo de anormalidade de rentabilidade que se exprimia por uma elevada resistência aos princípios da organização clássica do trabalho e por uma alta taxa de absentismo e rotatividade. Nesta fase, com a introdução de equipamentos mais eficazes e de novas tecnologias, o mercado de trabalho europeu tornava-se mais instável (Rebelo, 1999). Tal exigiu mudanças profundas na organização e estrutura da sociedade. Neste sentido, as condições do mercado de trabalho sofreram alterações, tornando-se estratificado e registando-se uma maior exigência ao nível da formação de

mão-de-obra e novas atitudes perante o trabalho. Assim:

“(…) a evolução dos sistemas de produção, de automatização e de informação, conduzem a novas formas de organização do trabalho onde o factor humano e os recursos humanos têm de ser fortemente motivados para o desempenho de novas funções” (Rebelo, 1999, p. 25).

Perante as exigências da competitividade global e das inovações tecnológicas, a tendência era a de redução dos postos de trabalho, onde a palavra-chave passava, então, pela flexibilidade técnica e dos recursos humanos.

Em Portugal, o período pós-guerra, até 1974, segundo Rodrigues (1996) caracterizou-se por uma diferença muito acentuada entre a indústria e a agricultura, uma política de baixos salários e um controlo interno da concorrência pelo condicionalismo industrial, que permitiu a formação de um núcleo monopolista de grandes grupos económicos.

Sucedese, que o fim da 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial coincidiu com o início do regime salazarista, caracterizado pela criação de condições económicas, de acordo com um determinado desenvolvimento produtivo. Nesta fase, a nível das empresas, registaram-se significativas modernizações técnicas e organizacionais. Segundo Lima (citado por Freire, 1993), no que concerne ao regime salazarista, existem cinco aspectos importantes que merecem destaque: 1) a organização dos circuitos de produção para encurtar os prazos; 2) a separação entre a concepção e a execução do trabalho; 3) o estudo e a medida dos tempos e dos movimentos; 4) o desenvolvimento e estandardização dos equipamentos; e, 5) a progressiva divisão do trabalho, de forma a reduzir o tempo de formação dos operários. Todo este processo é acompanhado por um acréscimo de preocupação relativamente a uma gestão mais racional dos recursos

humanos.

## **1.2 O Trabalho nas Sociedades Capitalistas**

O período do capitalismo surgiu por volta do século XVI, caracterizado por uma forte racionalização baseada num método rigoroso de produção de riqueza, com o objectivo de alcançar o êxito económico. Assim, os capitalistas pretendiam obter o lucro sem usufruírem dele na persecução de prazeres pessoais. O capitalista considera que o objectivo primordial da sua vida passa, assim, pela aquisição de bens, não como um meio para satisfação de necessidades pessoais, mas como um próprio fim (Marx, 1978). Portanto, o Homem apenas vive e trabalha para adquirir dinheiro e seus aliados a uma privação do prazer pessoal dos bens adquiridos.

A era do capitalismo caracterizou-se pelas condições desumanas a que os trabalhadores estavam sujeitos, verificando-se a máxima exploração do capitalista em relação aos trabalhadores. Isto porque, segundo Wolff (2002) o capitalista encontrava-se numa posição negocial privilegiada, oferecendo salários exíguos aos trabalhadores, tendo estes de aceitar para sobreviverem. Por outro lado, à medida que a divisão do trabalho se acentuava e se tornava mais mecânico, tornava-se também mais unilateral e até mesmo penoso.

Com a Revolução Industrial, consolidou-se o sistema capitalista, baseado no *capital* e no *trabalho assalariado*. O capital apresentava-se sob a forma de terras, dinheiro, lojas, máquinas ou crédito. O agricultor, o comerciante, o industrial e o

banqueiro, donos do capital, controlavam o processo de produção, contratavam ou demitiam os trabalhadores, conforme as suas conveniências. Estes trabalhadores, que não possuíam o capital, vendiam a sua força de trabalho por um salário (Coulon & Pedro, 1995).

Assim, num mundo denominado pelo valor mercantil dos objectos, o trabalho assumiu-se igualmente como uma mercadoria, que se compra e vende como qualquer outra.

### **1.2.1 A Perspectiva de Karl Marx sobre o Capitalismo**

Marx (citado por Althausen & Kalleberg, 1981), procurou construir uma perspectiva de evolução das sociedades, assente num ideal de emancipação da classe trabalhadora relativamente a qualquer tipo de opressão económica, social, cultural e ideológica.

Neste contexto, Marx considerava que os trabalhadores não recebiam o valor correspondente ao seu trabalho, mas só o necessário para a sua sobrevivência. Isto deu origem ao conceito de Mais - Valia que é a diferença entre o valor incorporado a um bem e a remuneração do trabalho que foi necessária para a produção desse mesmo bem e que quase sempre é menor.

Assim, a característica essencial do sistema capitalista, para Marx, era precisamente a apropriação privada dessa Mais - valia. Ele criticava a essência do

capitalismo, que residia na exploração da força de trabalho pelo produtor capitalista, e que, segundo ele, um dia levaria à revolução social, originando uma sociedade sem classes (McLellan, 1974).

Assim, a condição do trabalhador no capitalismo, fez com que este se sintisse alienado. Este conceito foi introduzido por Hegel, a que Marx lhe deu novos contornos consistindo “no facto de qualquer coisa que é nossa, ou até mesmo nós próprios, se nos tornar alheia, estranha” (Marx, 1978, p. 157).

Em suma, e de acordo com Marx (1978), o Capitalismo despojou o Homem do seu próprio ser. Com ele o significado da existência já não é o ser (ser um Homem que manifesta as suas faculdades e possibilidades, mas sim o ter (possuir bens, por poucos que sejam, de forma a que possa manter a sua sobrevivência). É neste contexto, da exploração do Homem, pelo trabalho, com vista ao aumento do lucro/bens para os capitalistas, que surgiram ritmos e sobrecargas de trabalho diabólicos que conduziram os trabalhadores ao processo de *alienação*.

### **1.3 A Alienação no Trabalho segundo Karl Marx**

O termo alienação deriva do latim *alienato* e engloba três significados:

“ (...) transferência de propriedade por cessão, venda ou dom (esfera legal ou jurídica); separação do individuo dos outros homens e do seu país (esfera social); sinónimo de demência, insanias, doença mental” (Enciclopédia Verbo da Sociedade e Estado, 1997, p. 246).

Marx (1971), argumenta que a *alienação* do trabalho constitui-se pelo facto do trabalho ser externo ao trabalhador, ou seja, o Homem não só fica separado do produto do seu trabalho, como também de si próprio, pelo facto de ser submetido às ordens de outro, que neste caso é o explorador, o capitalista.

Assim, existem três formas principais de *alienação*: **o produto; a produção; e, o nosso ser genérico** (Marx, citado por Wolff, 2002).

Neste contexto, a *alienação* relativamente ao **produto** ocorre quando o trabalhador produz um objecto e não tem nenhum controlo sobre o mesmo, nem tem nenhuma palavra a dizer, portanto, ele é separado do produto que criou. A *alienação* na **produção** deriva da divisão do trabalho, traduzida na segmentação de uma tarefa em várias tarefas mais especializadas, que implica a desqualificação do trabalhador, pois cada indivíduo é reduzido ao desempenho de uma tarefa repetitiva e mecânica, com pouca noção do seu lugar no processo global. Assim, o Homem labora como uma máquina que está programada para executar uma tarefa repetidas vezes. Quanto ao terceiro e último tipo de *alienação*, **o nosso ser genérico**, o mesmo está relacionado com a actividade produtiva social do Homem perante os outros e a sociedade. Desta forma, as relações sociais a que os indivíduos estão sujeitos, revelam que os seres humanos estão envolvidos numa complexa divisão de trabalho, que vai para além da designada produção. No capitalismo, a grande maioria da mão-de-obra trabalha de um modo que não envolve as características distintivamente humanas.

A teoria marxista ainda hoje é útil para se tentar perceber como seria uma sociedade mais justa e equitativa, oferecendo diferentes perspectivas, como a

económica e a sociológica. A *alienação* dos trabalhadores não é só quanto ao trabalho, mas também quanto às questões sócio-económicas, políticas e culturais.

Ao precisar-se sobre a questão da *alienação*, está-se a contribuir para a compreensão da Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Dejours (1992), a qual, em parte, sofreu influências da teoria marxista.

#### **1.4 O Papel do Trabalho nas Relações entre o Homem e a Sociedade**

Ao longo dos tempos, o trabalho foi assumindo significados e formas diferentes, atravessando uma diversidade de orientações, consequência das mudanças sociais e económicas e da sua contextualização cultural e histórica. No entanto, é de salientar a sua permanência no tempo enquanto fonte principal de eco entre o Homem, a sociedade/riqueza que esta produz e a riqueza para o próprio Homem, bem como a importância que assume na vida da população.

Neste sentido, o trabalho assume uma função social, onde o local de trabalho não deve ser somente um complexo de produção, mas também um centro de encontro, de interesses e de relações entre trabalhadores.

### **1.4.1 A Importância do Trabalho para o Homem**

O trabalho representa um factor marcante na vida das pessoas, sendo um impulsionador da motivação, da realização pessoal e profissional, assim como um meio facilitador de inserção na realidade social. Desta forma, o trabalho assume-se como um factor de peso na vida das pessoas, em que estas estruturam todas as outras esferas (familiar, tempos-livres...) em função da sua actividade profissional.

De acordo com a Enciclopédia Verbo da Sociedade e Estado (1997), o trabalho, sendo uma actividade que visa um resultado útil, arroga, também, uma função económica, pois é através dele que o Homem satisfaz as suas necessidades materiais, procurando o seu bem-estar.

Por sua vez, Freire (1997) refere que o trabalho é entendido como sendo uma:

“(...) actividade deliberadamente concebida pelo Homem, consistindo na produção de um bem material, na prestação de um serviço ou no exercício de uma função, com vista à obtenção de resultados que possuam simultaneamente utilidade social e valor económico, através de dois tipos de mediações necessárias, uma técnica e outra organizacional” (p. 27).

Freire (1997), considera que o conceito de trabalho inclui três domínios distintos: o contacto com as máquinas e procedimentos técnicos (sistema técnico); o estabelecimento de relações de cooperação-conflito, emergentes das relações de poder (sistema social); e a produção de representações mentais, de valores socialmente partilhados, de crenças e ideologias que legitimam as relações sociais (sistema cultural).

#### 1.4.2 A Escola das Relações Humanas *versus* a Escola Clássica

A Escola das Relações Humanas desenvolveu-se, principalmente nos Estados Unidos da América, nos anos 20 e 30, resultando directamente das experiências de Hawthorne, tendo como mentor Elton Mayo, o qual surgiu em oposição às concepções da Escola Clássica.

A Escola das Relações Humanas resulta da necessidade de compreensão dos fenómenos que ocorrem entre os indivíduos e os pequenos grupos, no seio das organizações, desenvolvendo-se em torno do “factor humano”, isto é, do Homem, enquanto-trabalhador nas organizações e executores das suas *tarefas primárias*.

As experiências de Hawthorne consideraram as empresas como sistema social, onde as estruturas informais dos grupos assumem um papel insubstituível nas organizações, pois funcionam como meio de socialização e de cooperação do factor humano. Estas experiências consideraram, ainda, as empresas cruciais para manter a interdependência entre os subsistemas técnico e humano das empresas, visto que só assim as mesmas conseguem obter o máximo de eficiência e equilíbrio, ou seja, os membros das organizações são mais eficientes no trabalho desde que se lhe dê reconhecimento e importância, através da possibilidade de poderem também participar, decidir e escolher as modalidades de inovação e mudança da organização de trabalho (Freire, 1993).

A Escola Clássica teve como precursores Taylor, Fayol e Ford, que preconizavam um estilo de organização do processo produtivo formal, hierarquizado,

autoritário e racional, assumindo a importância da economia da organização como uma preocupação interna da organização, perspectivando o ser humano como uma máquina. A execução de cada tarefa era analisada ao pormenor em termos de tempos e movimentos, tornando o trabalho muito mecanicista e repetitivo.

Da confrontação entre estas teorias, a Escola Clássica e a Escola das Relações Humanas, evidencia-se uma oposição básica, a qual se refere à concepção do Homem. Assim, para a Escola Clássica a maximização das vantagens económicas ocupava o centro da actividade laboral, enquanto que para a Escola das Relações Humanas, o motor do comportamento humano é considerado o sentimento de pertença a um grupo e a realização humana aquando da execução da *tarefa primária*, a qual foi por ele mesmo escolhida, a nível da profissão. Para esta última Escola, passa a ser prioritário motivar os indivíduos no seu local de trabalho, apelando às motivações psicológicas e sociais, enquanto que para a Escola Clássica a motivação dos trabalhadores era obtida satisfazendo as suas necessidades fisiológicas, através de recompensas salariais.

## **CAPÍTULO II – TRABALHO E SAÚDE MENTAL: SOFRIMENTO PSÍQUICO E PRAZER DO TRABALHADOR**

Actualmente, entende-se que o trabalho exerce sobre o Homem acções específicas, as quais podem produzir impactos no aparelho psíquico. Assim, por um lado, podem-se verificar situações em que o trabalho é favorável ao equilíbrio mental e à saúde do organismo. Por outro, existem casos em que ocorre um choque entre a história individual, portadora de projectos, esperanças e desejos, com a organização do trabalho que os ignora, levando ao aparecimento de sofrimento psíquico, contra a qual os trabalhadores desenvolvem estratégias defensivas de maneira, que este sofrimento passa a não ser imediatamente identificável (Dejours, 1992).

### **2.1 Breve Abordagem ao Percurso Histórico da Relação Trabalho e Saúde Mental**

Têm sido várias as tentativas da compreensão dos impactos que o trabalho traz para a saúde mental dos indivíduos. É possível reconhecer o início da área do trabalho e saúde mental após a II Guerra Mundial, na França, sobre os contributos da chamada “Psiquiatria Social” (Lima, 1998). Merlo (2003) vai mais longe ao considerar que a noção da existência de consequências do trabalho sobre a saúde mental dos indivíduos é “muito antiga”. Para tal, refere-se ao clássico exemplo “Tempos Modernos” de Charlie Chaplin, o qual retrata a violência do Taylorismo sobre os trabalhadores, em que Chaplin se demonstra sensível a estas questões.

Um evento que marcou esta área da saúde mental e trabalho foi o colóquio de Bonneval, realizado em 1946, com o tema “o problema da psicogénese das neuroses e das psicoses”, com o objectivo de analisar as causas dos distúrbios mentais. Neste colóquio foram destacadas três grandes correntes: uma primeira que defendia a causa orgânica dos distúrbios mentais, proposta por Henry Ey; uma segunda que defendia a existência de causas psíquicas, representada por Jacques Lacan; e uma terceira que advogava como factor determinante das doenças mentais, as causas sociais, representada por Follin e Bonnafé (Lima, 1998).

Destas três correntes, foi a de Lacan aquela que mais influenciou, posteriormente, os trabalhos de Christophe Dejours (Lima, 1998) que na década de 70, começou as suas actividades de pesquisa em França, continuando a investigar actualmente. Os seus trabalhos tornaram-se largamente difundidos com a publicação do livro: *Travail: usure mentale. Essai de Psychopathologie du Travail*, em 1980, em França. A partir da data desta publicação, a sua obra passou a assumir-se como um dos grandes referenciais de apoio a diversos estudos na área do trabalho, especificamente na questão do sofrimento psíquico e do prazer (Jacques, 2003), tendo também servido de inspiração para este trabalho.

Um outro contributo efectivo para o desenvolvimento da área da saúde mental e do trabalho, em França, na década de 70, foi o facto de começar a emergir, lentamente, uma “demanda” social sobre as condições do trabalho e as suas consequências sobre a saúde mental dos trabalhadores, na linha da Psicopatologia (Dejours, 1994).

Neste contexto, também é importante esquematizar a história da luta dos trabalhadores pela saúde, apresentada por Dejours (1992), relativamente à Europa Ocidental, pois o seu conhecimento assume um carácter importante para a compreensão da progressão do estudo da relação saúde mental e trabalho. Esta história da luta dos trabalhadores divide-se em três fases: a luta pela sobrevivência; a luta pela saúde do corpo e, por último, a luta contra o sofrimento mental no trabalho.

A primeira fase, **a luta pela sobrevivência**, estendeu-se desde o século XIX até ao início do século XX. Englobou a luta dos trabalhadores para não morrerem à fome e preservarem minimamente a força do trabalho, tendo-se expressado na resistência pela redução da jornada de trabalho e por salários dignos. Nesta fase, assistiu-se a uma alta taxa de morbilidade e de mortalidade, assim como a uma longevidade reduzida, que tiveram como principais causas a falta de higiene, a promiscuidade, o esgotamento físico, os acidentes de trabalho e a subalimentação.

A segunda fase, **a luta pela saúde do corpo**, envolveu o período da 1.<sup>a</sup> Guerra Mundial até 1968. Integrou a luta dos trabalhadores com vista a salvarem o corpo físico dos acidentes, prevenir as doenças profissionais e as intoxicações por produtos industriais. Desta forma, assistiu-se a uma luta dos trabalhadores contra as condições adversas do ambiente fabril (calor, baixa luminosidade, poeiras, substâncias químicas, máquinas perigosas), as quais lesavam, de forma nítida, os seus corpos. Nesta fase, são ressaltadas as consequências do Taylorismo na saúde do corpo e constatou-se que esta organização científica do trabalho provocou exigências fisiológicas, até então desconhecidas, fazendo com que o corpo aparecesse como principal fonte de impacto

dos prejuízos do trabalho. Por tal, nesta fase, observou-se que a luta pela sobrevivência, deu lugar à luta pela saúde do corpo.

A terceira fase, **a luta contra o sofrimento mental no trabalho**, enquadrou-se no período pós 1968 e em questão estavam os ritmos diabólicos, o trabalho fragmentado, padronizado, desqualificado e os seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores. Verificou-se, então, o esgotamento do sistema de Taylor nas suas vertentes económica, caracterizada pelas greves e pelo absentismo; social, caracterizada por não apresentar mais garantias da sua credibilidade; e ideológica, vista como desumanizante e acusada de todos os vícios pela grande parte dos operários e patrões, o que levou à procura de soluções alternativas. Desta forma, esta fase da luta dos trabalhadores, advogou uma clara evidência da necessidade de substituição da organização científica do trabalho, em que emergiram vastas discussões em torno do objectivo do trabalho e da relação homem-tarefa, vislumbrando-se a dimensão mental do trabalho em geral. Neste contexto, “ (...) a sensibilidade às cargas intelectuais e psicossensoriais do trabalho preparam o terreno para as preocupações com a saúde mental” (Dejours, 1992, p. 23).

Pela história da luta dos trabalhadores, na Europa Ocidental, ficou bem patente que as preocupações com as questões da saúde mental do trabalhador foram as últimas a surgir, isto após se terem solucionado problemas relacionados com a sobrevivência e com a saúde do corpo.

Foi assim que na década de 70 se iniciaram as pesquisas em *Psicopatologia do Trabalho*, as quais procuravam compreender os problemas das doenças mentais impulsionadas pelo trabalho. O enquadramento teórico, no contexto de então, era ainda

dominado pela patologia profissional somática, proveniente dos prejuízos físico-químico-biológicos, em contexto de trabalho, típicos da segunda fase da luta dos trabalhadores. Desta forma, um dos principais problemas que a *Psicopatologia do Trabalho* enfrentava, nesta década, era a sua estreita ligação com os modelos de análise da área médica-psiquiátrica, onde somente se avaliava a Psicopatologia do Trabalho a partir de doenças mentais (Lima, 1998).

Sucedese, que nos últimos anos tem-se verificado um aumento do número de estudos desenvolvidos na área da saúde mental e trabalho, quer a nível académico, quer a nível sindical. Tal facto, como afirmam Codo, Hitomi e Ruiz (1995), este aumento do número de estudos, pode ser devido, por um lado, à luta e às reivindicações dos trabalhadores e, por outro, ao interesse crescente de várias disciplinas em edificar uma ciência humana próxima da realidade e do contexto das pessoas, como a Psicologia, a Psiquiatria, a Ergonomia, entre outras.

## **2.2 Abordagens Teórico-Metodológicas em Saúde Mental e Trabalho**

Segundo Tittoni (citado por Jacques, 2003) actualmente pode-se considerar a existência de dois eixos de análise em saúde mental e trabalho, constituídos por abordagens teórico-metodológicas diferentes. O primeiro eixo de análise diz respeito ao diagnóstico de sintomas de natureza “*psi*”, bem como a sua ligação com as situações de trabalho. Este primeiro eixo recebe fortes influências da Epidemiologia como referência metodológica. O segundo eixo de análise tem como foco de intervenção as situações vividas e experienciadas pelo trabalhador no seu contexto de trabalho, assim como as

situações de adoecimento decorrentes do mesmo. Este último eixo sofre influências das Ciências Sociais e da *Psicanálise*.

Neste contexto, e considerando os dois eixos de análise propostos por Tittoni, Jacques (2003) propõe a existência de quatro grandes abordagens teórico-metodológicas explicativas da relação saúde mental e trabalho, articuladas com diversas áreas, tais como a Psicologia e a Psicologia Social em particular. As abordagens teórico-metodológicas a que a autora se refere são: primeiro, o *stress*; segundo, os estudos e pesquisas em subjectividade e trabalho; terceiro, o modelo epidemiológico e/ou diagnóstico; e quarto, a Psicodinâmica do Trabalho. Importa acrescentar que os estudos referentes a esta área devem ser sempre considerados, tanto no seu contexto político, como no seu contexto socio-económico, dado que os mesmos têm fortes influências na relação saúde mental e trabalho.

Assim, quanto à primeira abordagem, o *stress*, importa considerar que a mesma se baseia em estudos psicofisiológicos. O conceito de *stress* tem origem na Física para descrever os estados de desgaste dos materiais submetidos a excesso de peso, calor ou radiação. O conceito *stress* foi rebuscado pelo fisiologista Hans Selye, em 1936, para definir um “síndrome geral de adaptação”, composto por três fases: reacção de alarme, fase de adaptação e fase de exaustação (Lazarus & Folkman, citado por Jacques, 2003). Desta forma, o *stress* diz respeito a uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pela pessoa como um factor que sobrecarrega ou excede os seus recursos e ameaça o seu bem-estar.

Apesar dos diversos desenvolvimentos dentro dessa abordagem sobre o *stress*, os quais suscitaram modelos mais complexos, é evidente a componente biológica,

fundamentada no referencial cognitivo-comportamental, privilegiando metodologias quantitativas. Apesar do trabalho ser um dos factores desencadeantes de *stress*, este não está exclusivamente relacionado com a situação do trabalho, podendo, desta forma, acontecer no quotidiano da pessoa (Jacques, 2003).

O segundo tipo de abordagem, focada por Jacques (2003), diz respeito aos **estudos e pesquisas em subjectividade e trabalho**, o qual privilegia a experiência e as vivências, referentes ao quotidiano de vida e de trabalho, consideradas como expressões do indivíduo na sua intersecção com o mundo sócio-cultural e histórico. Como metodologia, esta abordagem privilegia os estudos qualitativos, através de técnicas como a entrevista individual e colectiva, a observação e análise documental.

O objectivo do terceiro tipo de abordagem, **o modelo epidemiológico e/ou diagnóstico**, centra-se no reconhecimento de quadros psicopatológicos associados a determinadas categorias profissionais, onde a Epidemiologia assume um papel importante. Isto porque a Epidemiologia tem uma grande trajectória no seio da Medicina, fundamentalmente ligada às doenças infecto-contagiosas. Um aspecto que contribui para a aplicação da Epidemiologia na área da saúde/doença mental foi o facto de, a partir da 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial, se aceitar que existiam várias causas para a doença e não apenas uma, como se concebia antes deste período histórico (Jacques, 2003). Este modelo epidemiológico e/ou diagnóstico dá o seu contributo na área da saúde mental e trabalho, pois considera que o trabalho assume um carácter fundamental na determinação do adoecimento mental e na aquisição de patologias originadas pela exposição do indivíduo a substâncias químicas, tóxicas e a agentes físicos, como por exemplo, o ruído. Como metodologia, esta abordagem, privilegia a utilização de

instrumentos de medida das condições de trabalho e saúde mental dos trabalhadores, um protocolo de observação do trabalho e análise de tarefas e, por último, as entrevistas qualitativas de aprofundamento, persistindo a utilização concomitante de abordagens qualitativas e quantitativas.

A quarta e última abordagem, a **Psicodinâmica do Trabalho**, é uma área tipicamente francófona e que, apesar de estudar vários aspectos relacionados com o Homem e o trabalho, a sua vertente mais importante consiste em explicar a dominação da vida mental do trabalhador pela organização do trabalho, ou seja, explica a ocupação dessa vida mental pelos actos impostos: movimentos, ritmos, regularidade e comportamentos produtivos e como surgem o sofrimento psíquico e o prazer nessa mesma organização de trabalho (Dejours, 1992).

Ao referir-se a outras abordagens teórico-metodológicas nesta área da saúde mental e trabalho, Dejours (1994) tece-lhes algumas críticas, considerando-as causalistas e solipsistas:

“Causalista, na medida em toma de empréstimo o modelo da toxicologia industrial que atribui ao ambiente de trabalho e ao próprio trabalho a responsabilidade das desordens causadas à saúde do homem e à integridade fisiológica do organismo. Ora, em matéria de saúde mental, este modelo verifica-se muito sumário: o trabalho, de facto, não é sempre patogénico; ele tem, ao contrário, um poder ‘estruturante’ em face tanto da saúde mental como da saúde-física. Este modelo, por outro lado, é muito mais solipsista, na medida em que não concebe o impacto do trabalho a não ser sobre sujeitos considerados individualmente, separados de outros sujeitos, enquanto certas regulações da relação saúde mental-trabalho passam também pelo colectivo de trabalho, que intervém aí, segundo modalidades não redutíveis àquelas usadas para os indivíduos” (p. 46).

Ainda num espírito de crítica a outras abordagens teórico-metodológicas na área da saúde mental e trabalho, Dejours (1994) volta a frisar que os mesmos estão calcados

sobre a toxicologia industrial, ou seja, nos comportamentos externos do Homem, veiculados a comportamentos mecanicistas, como seja a teoria neuroendócrina do *stress*, a teoria neurofisiológica de Pavlov e a teoria neuropsicológica do Behaviorismo. O autor considera, no entanto, que existem outras abordagens na área da saúde mental e trabalho “menos mecanicistas”, como seja, a Psiquiatria Biológica, a Psicopatologia, Fenomenologia e a Psicanálise. Contudo, e apesar de “menos mecanicistas”, o autor critica-as, na medida em que estas mesmas abordagens atribuem, ao meio ambiente, apenas uma função de factor desencadeante ou de revelador, face a patologias, cujas origens não são mais atribuídas ao trabalho, mas antes a determinadas condições relacionadas com as debilidades do sujeito e pré-existentes ao surgimento da patologia. Ao concluir a sua crítica a estas abordagens, Dejours considera-as mais sedutoras, quando comparadas com aquelas que se encontram calcadas sobre a toxicologia industrial. No entanto, explica que as mesmas não conseguem transpor a barreira do solipsismo, nem mesmo a *Psicanálise*, já que preconizam uma abordagem dual, a qual fica aquém do colectivo, aspecto defendido pela *Psicodinâmica do Trabalho*.

Com efeito, a abordagem da *Psicodinâmica do Trabalho* constitui-se, assim, um pilar fulcral para este trabalho de investigação, a qual passa a ser alvo de exposição.

### **2.3 Abordagem da Psicodinâmica do Trabalho**

Tal como foi referido, a abordagem ao sofrimento psíquico teve como grande precursor a disciplina da *Psicopatologia do Trabalho*, que, mais tarde e por vários

motivos, os quais serão explicados numa fase posterior deste item, deu origem a uma nova disciplina a *Psicodinâmica do Trabalho*.

### **2.3.1 Percurso Histórico**

Inicialmente voltados para o estudo das doenças mentais dos trabalhadores em contexto laboral, nos finais dos anos 60, início dos anos 70, Dejours e seus colaboradores (1992), ao desenvolverem estudos de investigação junto à classe de operários, verificaram comportamentos insólitos, estranhos e paradoxais, os quais, porém, não podiam ser considerados patológicos, os quais, mais tardes, vêm a ser atribuídos à existência de sofrimento psíquico. Perante tal constatação, Dejours e seus colaboradores, procuraram destacar um conjunto de características com um valor descritivo e extensível a uma dada categoria profissional (Dejours, 1994). A partir desse momento e de forma gradual, esboçaram um modelo teórico que atendesse aos dados empíricos projectados pelas suas pesquisas, passando-se a centrar, esses estudos, na questão do sofrimento psíquico do trabalhador e nas respectivas defesas contra o mesmo. É então, na década de 70 que Dejours e seus colaboradores mudam o seu enfoque de análise, com passagem da vertente patológica, para uma vertente de normalidade. Esta mudança de enfoque deu-se logo após Dejours e seus colaboradores terem identificado o sofrimento psíquico na relação do trabalhador com o seu contexto de trabalho.

Assim e face a esta mudança de enfoque, a partir da década de 70, de acordo com Dejours e Abdoucheli (1994), a *Psicopatologia de Trabalho* passou a analisar:

“(…) a dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade. ‘Dinâmico’ significa que a investigação toma como centro da gravidade os conflitos que surgem do encontro entre um sujeito, portador de uma história singular, pré-existente a este encontro e uma situação de trabalho cujas características são, em grande parte, fixadas independentemente da vontade do sujeito” (p. 120).

Segundo Dejours e Abdoucheli (1994), o termo “psicopatologia” é usado para designar as interações psicossociais em que o desfecho não tem que ser necessariamente patológico. Apesar de ter passado a denominar a sua teoria de “Psicodinâmica”, Dejours (1994) acrescenta que actualmente se continua a recorrer ao termo “psicopatologia” dado que, por um lado, a sua origem deriva da palavra *pathos*, a qual conduz ao sofrimento e não exclusivamente à doença ou à loucura e, por outro, o termo “psicopatologia” é uma referência explícita à teoria psicanalítica do funcionamento psíquico proposta por Freud e em que se baseia, em parte, a teoria dejouriana. Apesar destas considerações, Dejours (citado por Jacques 2003):

“(…) ensejou a substituição da expressão Psicopatologia do Trabalho por Psicodinâmica do Trabalho para minimizar a importância aos aspectos psicopatológicos, embora a advertência inicial do autor de que utilizava a expressão inspirado nos estudos freudianos e não no sentido restritivo de mórbido” (p. 104).

Assim, a substituição do conceito de *Psicopatologia do Trabalho*, pelo conceito de *Psicodinâmica do Trabalho*, ocorreu a partir do momento em que se enveredou pelo estudo da normalidade sobre o patológico, que se desenvolveu a partir dos finais da década de 70, inícios da década de 80 (Merlo, 2002). Dejours (1994) explica que o centro de interesse da *Psicodinâmica do Trabalho* é, então, a análise da dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade do trabalho, ou seja, o autor defende que a relação do Homem com o trabalho não acarreta somente sofrimento psíquico ou desorganização física e mental. Face a tal, e em alguns casos, o trabalho criativo ou socialmente reconhecido, por exemplo, pode ter um poder

estruturante e conduzir a reforço da identidade do indivíduo e, por consequência, trazer-lhe prazer, contribuindo, desta forma, para a sua saúde mental.

Posto isto e atendendo aos resultados dos avanços dos estudos feitos por Dejours (1992) e seus seguidores, em 1990 é criado o *Laboratoire de Psychologie du Travail*, no *Conservatoire National des Arts et Metiers* o qual assume, a partir do ano 2000, o nome de *Laboratoire de Psychologie du Travail et de l'Action*.

### **2.3.2 Ideias Centrais da Abordagem da Psicodinâmica do Trabalho**

Segundo Dejours (1992), e tal como vem a ser referido, o grande enigma para a *Psicodinâmica do Trabalho* não é a doença mental mas sim a normalidade, isto é, o que importa realmente é compreender as estratégias defensivas (individuais e/ou colectivas), adoptadas pelos trabalhadores com a finalidade de evitar a doença mental e preservar, ainda que precariamente, o seu equilíbrio psíquico. Assim, a *Psicodinâmica do Trabalho* direcciona a sua investigação para o campo infrapatológico ou do pré-patológico (Merlo, 1999).

O que importa à *Psicodinâmica do Trabalho*, segundo Dejours (1992), é entender justamente as relações que se podem estabelecer eventualmente entre a organização de trabalho e o sofrimento psíquico do trabalhador. É precisamente na organização do trabalho que se devem procurar as influências no modo de resistência dos trabalhadores aos ataques ao seu funcionamento psíquico, provocados pelo trabalho. A expressão “funcionamento psíquico”, do ponto de vista teórico, refere-se a um

modelo de Homem como ser único, portador de desejos, projectos arraigados da sua história singular e que reage à realidade de maneira particular e original (Dejours & Abdoucheli, 1994).

A proposta da *Psicodinâmica do Trabalho* é, então, analisar, a partir da organização do trabalho, como se dá a interacção do indivíduo trabalhador com o seu grupo de trabalho, como nesta relação surge o sofrimento psíquico ou o prazer e, ainda, como são estruturados os sistemas colectivos de defesa, individuais e colectivas e de compromisso ético, sistemas estes diferenciados de acordo com a organização de trabalho. Assim, a questão básica de Dejours (1992), é exactamente a questão que ele se propõe a responder: “Como fazem os trabalhadores para resistir aos ataques do seu funcionamento psíquico provocados pelo seu trabalho? O que fazem para não ficarem loucos?” (p. 9).

Assim, segundo Dejours (1992) e tal como vem a ser dito ao longo do presente capítulo, o objecto de estudo da *Psicodinâmica do Trabalho* não é o estudo de doenças mentais, ou sequer o trabalhador individualmente por elas atingidas, mas antes todos os trabalhadores:

“ (...) a população real e a ‘normal’ (...) [que] é submetida a pressões no seu dia a dia, o objecto de estudo passa a ser, não a loucura, mas o sofrimento no trabalho, um estado compatível com a normalidade mas que implica uma série de mecanismos de regulação” (p. 9).

De acordo com Lima (citado por Jacques, 2003) o trabalho continua como “(...) uma categoria marginal na obra dejouriana” (p. 105), subordinada à subjectividade que se mantém, por excelência, o objecto da *Psicodinâmica do Trabalho*. A *Psicodinâmica* considera que o trabalho surge “(...) como um intermediário privilegiado entre o

inconsciente e campo social e entre ordem singular e ordem colectiva” (Dejours & Abdoucheli, 1994, p. 143).

Desta forma, os princípios da *Psicodinâmica do Trabalho* transcendem os padrões que relacionam a ordem observável das coisas e centram-se na relação dos aspectos subjectivos do indivíduo com o trabalho. Tal como refere Mendes (2004), essa subjectividade resulta das inter-relações entre subjectivo-objectivo, visível-invisível, psíquico-social, sendo, portanto, construído com base nos conflitos, nas contradições e nas respectivas interacções entre desejo e a necessidade do trabalhador e as condições, a organização e as relações sociais próprias de um determinado contexto organizacional.

Assim sendo, a *Psicodinâmica do Trabalho* considera que, na relação Homem/trabalho, o trabalhador nunca é visto como um ser isolado. Ele é um vector activo e importante nas relações estabelecidas com a hierarquia, com os seus subordinados e com os seus colegas trabalhadores que sofrem. Neste contexto, privilegia-se o intersubjectivo, no sentido de se valorizar as relações com outros sujeitos e com o colectivo. Desta forma, a organização do trabalho é tida como uma relação intersubjectiva e uma relação social, isto é, a inter-subjectividade torna-se o centro da organização do trabalho que é determinada pelas relações sociais do trabalho. Assim, a relação entre a organização de trabalho e o ser humano encontra-se em constante movimento (Dejours & Abdoucheli, 1994).

Neste sentido, entender que as relações humanas nos locais de trabalho são determinadas pela própria organização do trabalho, significa compreender que, nos modelos organizacionais, os aspectos subjectivos do trabalho são relevantes. Tal

permite compreender a relação entre homem e trabalho na perspectiva Psicodinâmica (Dejours, 1992).

### **2.3.3 A Relação Homem/Trabalho**

À luz da teoria dejouriana, é necessário primeiro fazer-se referência à relação Homem e Trabalho para que seja possível a compreensão do conceito de “carga psíquica do trabalho”, que, por sua vez, se torna importante para a compreensão do conceito de sofrimento psíquico. Assim, estes conceitos encontram-se entrelaçados.

Neste contexto e de acordo com Dejours (1994), na relação Homem/Trabalho, devem ser considerados três factores:

- o trabalhador, ou melhor, o seu organismo, o qual não é um “motor humano”, dado que é continuamente alvo de excitações exógenas e endógenas;
- o trabalhador não chega ao seu respectivo local de trabalho como uma máquina nova. Há que atender que o trabalhador é portador de uma história pessoal, repleta de peculiaridades, tais como aspirações, desejos, motivações e necessidades psicológicas, as quais são oriundas do seu passado. Tal história confere a cada indivíduo características únicas e pessoais;
- o trabalhador, em função da sua história de vida, dispõe de vias de descargas preferenciais de tensões psíquicas, as quais não são as mesmas para todos os indivíduos, participando na formação daquilo que se denomina estrutura da personalidade.

Após esta breve análise entre a relação Homem/Trabalho, passa-se agora à análise do conceito de carga psíquica do trabalho e de organização de trabalho.

#### **2.3.4 Conceitos de Carga Psíquica e de Organização de Trabalho**

Para Dejours (1994), a noção de “carga psíquica do trabalho”, abordada de forma articulada com o conceito de “carga de trabalho”, formulada pelos ergonomistas, está incorporada de subjectividade, o que permite perceber a impossibilidade de quantificar a carga psíquica.

A noção de “carga psíquica do trabalho” envolve os seguintes princípios: a) carga psíquica positiva e carga psíquica negativa; e b) um mecanismo denominado de “vias de descarga”.

Face à existência de carga positiva e carga negativa, e quando se está perante um trabalho que permite a diminuição da carga psíquica, considera-se esse mesmo trabalho “equilibrante”, e “fatigante” se esse trabalho se opõe à diminuição da carga psíquica. Neste contexto, quando a energia psíquica se acumula, torna-se uma fonte de tensão e desprazer que é a **carga psíquica positiva**. Desta situação, resulta uma carga psíquica aumentada, até que surge a fadiga, a astenia, podendo, mesmo, resultar em patologia. A realização de um trabalho livremente escolhido ou organizado torna-se um meio relaxante. O trabalho aí é uma fonte de homeostasia, o que define a **carga psíquica negativa**. Assim, Dejours (1994) afirma que:

“O trabalho torna-se perigoso para o aparelho psíquico quando ele se opõe à sua livre actividade. O bem-estar, em matéria de carga psíquica, não advém só da ausência de

funcionamento, mas, pelo contrário, de um livre funcionamento, articulado dialecticamente com o conteúdo da tarefa, expresso, por sua vez, na própria tarefa e revigorado por ela. Em termos económicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza. O que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho” (p. 24).

O que Dejours (1994) afirma é que o trabalho se pode tornar arriscado para o aparelho psíquico quando o mesmo se objecta à sua livre actividade, isto é, quando não permite a libertação da energia psíquica.

Para o esclarecimento do princípio da existência de “vias de descarga”, em primeiro lugar, há que considerar, de acordo com os relatos de Freud (citado por Dejours, 1994), a existência de excitações exteriores (de origem psico-sensorial) e interiores (excitações instintivas ou pulsionais). A excitação, quando se acumula, origina a vivência de uma tensão, tensão psíquica ou tensão ‘nervosa’, na expressão popular. Perante tal situação, obrigatoriamente deve haver uma descarga de energia pulsional, caso contrário coloca-se em risco o funcionamento do aparelho psíquico. As vias de descarga possíveis dessas tensões são três: a **via psíquica**, a **via motora** e a **via visceral** (Bourguignon, citado por Dejours, 1994).

Assim, as representações mentais, como seja a produção de fantasmas, por vezes são suficientes, enquanto via psíquica, para que se dê a descarga da tensão psíquica, “(...) pois a produção mesma de fantasmas é consumidora de energia pulsional” (Freud, citado por Dejours, 1994, p. 23). Quando esta via psíquica não permite a descarga da tensão, então recorre-se à via motora, através da musculatura, produzindo manifestações físicas, como a fuga, a crise de raiva motora e a violência. Efectivamente, se a via mental e a via motora não são eficazes, a energia pulsional tem de ser descarregada pela via do sistema nervoso autónomo, assim como pelo desajustamento das funções

somáticas, isto é, pela via visceral que decorre do processo de somatização das tensões internas, tal como, por exemplo, uma psicossomatização, típica de uma úlcera no estômago.

Na medida em que permite a diminuição da carga psíquica, através da canalização e conseqüente descarga, o trabalho é considerado um instrumento de equilíbrio psicológico para o trabalhador. Face a esta constatação, então, a questão passa a equacionar-se da seguinte forma:

“Na tarefa, qual é o componente do trabalho que se opõe à descarga da energia? Ou, em outros termos, o que faz o trabalho entrar o livre jogo ‘motivação-satisfação’ (ou desejo-prazer)?” (Dejours, 1994, p. 26).

O autor para responder a esta questão, vinca que:

“O conflito que opõe o desejo do trabalhador à realidade do trabalho, coloca, face a face, o projecto espontâneo do trabalhador e a organização do trabalho, que limita a realização desse projecto e prescreve um modo operatório preciso” (Dejours, 1994, p. 26).

Dejours (1994) acrescenta que, de uma forma genérica, a carga psíquica de trabalho tende a aumentar quando a liberdade da organização de trabalho diminui, referindo ainda que:

“A carga psíquica do trabalho é uma carga, isto é, o eco ao nível do trabalhador da pressão que constitui a organização do trabalho [e frisa que] “quando não há mais arranjo possível da organização do trabalho pelo trabalhador, a relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa é bloqueada. Abre-se, então, o domínio do sofrimento (...)” (Dejours, 1994, p. 28).

Dejours (1994), considera que cada trabalhador possui uma história pessoal e estabelece uma relação única com o trabalho. Com tal afirmação, o autor está a declarar que o equilíbrio do aparelho psíquico, em parte, se deve à própria disposição pessoal das vias de descarga (a via psíquica, a via motora e a via visceral).

Após considerar a relação Homem e Trabalho e o conceito de “carga psíquica no trabalho”, referindo-se aos seus princípios, Dejours (1994) coloca a seguinte questão:

“A tarefa que afecta um trabalhador oferece uma canalização apropriada à sua energia psíquica? [Ou seja], ‘a tarefa exige suficientes actividades psíquicas’, fantasmáticas e psicomotoras?” (p. 24).

Com esta interrogação, o autor procura saber se o conteúdo da tarefa que o trabalhador realiza, é adequado à libertação da energia pulsional, conforme o segundo princípio do conceito de “carga psíquica no trabalho” preconiza. Esta questão, para além de crucial, resume o núcleo da problemática da relação entre o aparelho psíquico e o trabalho, na medida em coloca a situação do trabalho como uma forma possível de descarga de energia psíquica.

Após a exploração das questões relacionadas com o conceito de “carga de psíquica no trabalho”, o momento é propício para se entrar na dimensão do papel da “organização do trabalho”, mais especificamente no conteúdo da tarefa, como contributo para aparecimento do sofrimento psíquico.

Antes de mais, importa definir e distinguir os conceitos de “organização de trabalho” e de “condições de trabalho”. A “organização de trabalho” designa, por um lado, a divisão do trabalho e a divisão das tarefas no seu modo operativo e, por outro, a divisão dos homens, onde se inclui o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade. As “condições de trabalho” dizem respeito ao ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, etc.); ao ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.); ao ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos); às

condições de higiene, de segurança e às características antropométricas do posto de trabalho (Dejours, 1992).

As condições de trabalho dizem respeito aos factores físicos e ambientais, ou seja, são aquelas condições que interferem com a saúde física. Por sua vez, a organização de trabalho implica a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e o **conteúdo das tarefas**, ou seja, a vertente que interfere na dinâmica da saúde mental dos trabalhadores (Dejours, 1992).

Assim, há que entender que a organização de trabalho é, de certa forma, a vontade do outro, a do patrão. A partir de então, a vontade e o desejo dos trabalhadores e a vontade do empregador, traduzindo-se pelo seu comando, confrontam-se e concretizam-se na organização de trabalho. Neste contexto, o trabalhador corre o risco de ser, então, desprovido dos seus projectos e é convidado para agir de acordo com a vontade de terceiros. Constata-se, neste caso que o aumento da carga psíquica do trabalhador é, então, resultante da confrontação do desejo do trabalhador, com a do empregador, desenvolvida na organização de trabalho.

Desta forma, o aparecimento do sofrimento psíquico, em contexto de trabalho, desencadeia-se quando a tarefa que o trabalhador desenvolve, não lhe permite a libertação da energia psíquica e, ainda, quando o trabalhador não consegue introduzir alteração nessa mesma tarefa, no sentido de lhe permitir uma libertação da referida energia.

### 2.3.5 Tarefa Primária

A tarefa primária, de acordo com Campiglia, (1998) diz respeito aquela tarefa:

“(…) para a qual uma profissão está voltada originalmente, é a tarefa precípua. Difere da ‘tarefa’ no sentido de que nem sempre a tarefa primária é mantida numa instituição como característica propriamente dita daquele profissional” (p. 43).

Considera-se, então, a tarefa primária como a função básica para a qual um determinado profissional está habilitado. Torna-se pertinente e importante estudar a questão da “tarefa”, pois, a sua análise permite compreender a forma como a energia psíquica é canalizada.

O corpo físico, perante um esforço superior àquele que suporta, ou perante condições desfavoráveis, “cansa”, fica exausto. No caso das capacidades psíquicas, o processo é idêntico, ou seja, a sua sub-utilização pode gerar sofrimento psíquico (Dejours, 1994). Desta forma, considera-se que o aparelho psíquico assume uma necessidade muito própria de “ser exigido” e esta necessidade varia de acordo com as características do indivíduo (Campiglia, 1998). Neste contexto, reside a importância que Dejours (1994) atribui à tarefa: a sua natureza desempenha um papel fundamental na relação com o sujeito e na possibilidade que a tarefa lhe oferece na descarga de energia psíquica. Neste sentido, para haver uma energia psíquica negativa, deve haver uma adequação da tarefa primária, ao desejo e vontade do trabalhador, com a qual ele se identifica.

Por último e relativamente à tarefa primária frisa-se que, independentemente do tipo de tarefa que o indivíduo realize, ela nunca se torna neutra em relação ao meio

afectivo do trabalhador, acompanhando-o sempre (Dejours, 1992). A tarefa primária dos enfermeiros, grupo alvo desta pesquisa, é o Cuidar que é explorado no capítulo seguinte. Assim, as questões de investigação levantadas por esta pesquisa, são referentes às vivências dos referidos profissionais, no seu contexto real de trabalho, perspectivando-se, especificamente, o sofrimento psíquico e o prazer deles aquando do acto de Cuidar, enquanto tarefa primária.

### **2.3.6 Sofrimento Psíquico**

De acordo com Seligmann-Silva (1994), Dejours, em 1987, esclareceu bem este conceito de sofrimento psíquico:

“O sofrimento designa então, em uma primeira abordagem, o campo que separa a doença da saúde. Dentro de uma segunda acepção, o sofrimento designa um campo pouco restritivo (...). Entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e acções de modulação do modo operativo, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades e, mesmo para torná-la mais congruente com o seu desejo. Logo esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento – e da luta contra o sofrimento”. (p. 13)

A investigação do sofrimento psíquico e do prazer no trabalho que é uma vivência subjectiva, constitui o objecto central de estudo da *Psicodinâmica do Trabalho*. Sendo compatível com um estado de normalidade, o qual contribui para o equilíbrio psíquico do trabalhador, o sofrimento psíquico constitui-se como um espaço clínico mediador que marca a evolução de uma luta:

“Uma luta entre funcionamento psíquico e mecanismo de defesa por um lado, pressões organizacionais desestabilizantes por outro lado, com o objectivo de conjurar a descompensação e de conservar, apesar de tudo, um equilíbrio possível mesmo se ele ocorre

ao preço de um sofrimento e com a condição que ele preserve o conformismo aparente do comportamento e satisfaça aos critérios sociais e de normalidade” (Dejours, citado por Merlo, 1999, p. 38).

Esta luta, a que o autor se refere, preconiza o ajuste das necessidades do trabalhador, às exigências impostas pelo trabalho, numa tentativa de fazer vigorar o prazer no trabalho.

Convém ressaltar, e de acordo com esta linha de pensamento de Dejours (1992), que o exercício do trabalho elege-se, portanto, como um meio de descarga da energia pulsional. Assim, e à semelhança do que foi referido, se há acumulação dessa energia pulsional então é porque o exercício do trabalho não está a possibilitar uma afluência adequada de energia psíquica entre o trabalhador e a tarefa que o mesmo está a desempenhar. Constata-se, então, que o papel do trabalho, especificamente a organização de trabalho, é o responsável pelo aumento da carga psíquica e, por tal, pelo surgimento de sofrimento psíquico.

O sofrimento psíquico pode, portanto, ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projectos, esperanças e desejos, e uma organização de trabalho que os ignora. Verifica-se, ainda, que na situação do sofrimento psíquico, o trabalhador, nestas circunstâncias, não pode fazer nenhuma alteração na sua tarefa, no sentido de adaptá-la às suas necessidades e desejos. Há casos em que o trabalho é, ao contrário do cenário descrito, favorável ao equilíbrio mental e à saúde do corpo. Quando tal se verifica, então é porque pelo menos duas das seguintes condições estão asseguradas: a) as exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa, estão, em consonância com as necessidades do trabalhador; e b) o conteúdo do trabalho constitui uma situação privilegiada que possibilita ao trabalhador controlar os ritmos de trabalho e o modo

operatório. Estas condições de flexibilização são encontradas, fundamentalmente, nas profissões de artesão, nas profissões liberais, assim como entre os responsáveis por altos cargos (Dejours, 1992).

O trabalho, ao reger-se pelos princípios da organização científica, fomenta, no trabalhador, duas formas de sofrimento: uma que diz respeito à ausência do conteúdo significativo da tarefa e outra que está subjacente a uma relação desarmoniosa entre o conteúdo ergonómico do trabalho, o qual diz respeito às exigências físicas, químicas e biológicas no contexto de trabalho e a respectiva estrutura da personalidade. Tal processo pode gerar sofrimento de ordem mental e não tanto física, dada a inexistência de uma descarga psíquica (Dejours, 1992).

Tendo por base as pesquisas feitas no âmbito do sofrimento psíquico, tomando como referencial teórico a *Psicodinâmica do Trabalho*, Jayet (citado por Ferreira & Mendes, 2001) elaborou as seguintes categorias de signos indicadores do sofrimento associados ao trabalho:

- medo físico, relacionado à fragilidade do corpo quando exposto a determinadas condições de trabalho;
- medo moral, que significa o medo do julgamento dos outros e de não suportar a situação de pressão e de adversidade na qual desenvolve a tarefa;
- tédio, por desempenhar tarefas pouco valorizadas;
- sobrecarga de trabalho, desencadeando a impressão de que o trabalhador não vai conseguir assumir totalmente as suas responsabilidades;
- ininteligibilidade das decisões da organização de trabalho, o que gera falta de referência da realidade;

- ambivalência entre segurança, rentabilidade e qualidade;
- conflitos entre os valores individuais e os organizacionais;
- incertezas sobre o futuro da organização de trabalho e o seu próprio futuro;
- perda de sentido do trabalho face à não compreensão da lógica das decisões, gerando desprofissionalização;
- dúvidas sobre a utilidade social e profissional do trabalho que desenvolve;
- sentimento de injustiça, considerado como ingratidão da empresa e das recompensas, sem considerar as competências;
- falta de reconhecimento, repercutida na vacuidade de recompensa financeira ou moral e de inexistência de reconhecimento do mérito pessoal;
- dificuldade em contribuir para e com a sociedade, levando à existência de um sentimento de inactividade, de inutilidade e de depreciação da sua identidade profissional;
- falta de confiança, o que desencadeia a negação dos problemas, manifestando-se num sentimento de desordem, de culpabilidade, de vergonha e de fatalidade para lidar com as situações do trabalho.

Em termos sintéticos, pode-se acrescentar que o impacto das condições de trabalho é sentido pelo corpo físico, enquanto que o funcionamento mental se constitui o alvo da organização de trabalho. As divisões das tarefas, bem como o modo operatório, tocam no sentimento e no interesse do trabalhador, enquanto que a divisão dos homens incita sobretudo as relações entre as pessoas e movimenta afectos, amor, ódio, amizade, solidariedade e confiança (Dejours, 1994). Assim, e pelo exposto, pode-se considerar que a destruição dos desejos do trabalhador (o que gera o seu sofrimento) dá-se em função de dois pontos cruciais, o conteúdo das tarefas e as relações humanas.

O sofrimento psíquico, segundo Dejours (1992), aumenta quanto mais a organização do trabalho é rígida, pois nesta situação, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo.

### 2.3.6.1 Sofrimento Criador *versus* Sofrimento Patogénico e Sofrimento Ético

Dejours e Abdoucheli (1994) distinguem dois tipos de sofrimento: o sofrimento criador e o sofrimento patogénico. Quando a organização de trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico do trabalhador, quando estão bloqueadas todas as capacidades de adaptação entre a organização de trabalho e o desejo dos sujeitos, então emerge um **sofrimento patogénico**. Nesta situação, o trabalho funciona como um intermediário da desestabilização e da fragilização da saúde mental. Com esta definição, fica claramente demonstrado que o conflito entre organização de trabalho e funcionamento psíquico do trabalhador, é uma fonte de sofrimento e uma chave possível para a sua análise. **O sofrimento criador** surge quando há a possibilidade de o sofrimento ser transformado em criatividade. Neste caso, o trabalho funciona como um mediador para a saúde mental. Na base da existência de sofrimento criador está o facto de a organização de trabalho permitir um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, uma modificação e acção, ou seja, uma invenção do trabalhador sobre a própria organização de trabalho, adaptando-a às suas necessidades, tornando-a mais coerente com seu desejo.

Numa fase mais tardia à definição destes dois tipos de sofrimento, Dejours (1999), ao ser confrontado com as novas formas de gestão das empresas e com base na

política de pessoal, assente na ameaça ininterrupta dos salários e das condições de trabalho, considera que o esforço e o sofrimento vivenciados pelos trabalhadores adquirem, então, um *status* diferente e define um outro tipo de sofrimento, o “sofrimento ético”. Este tipo de sofrimento é classificando como um conflito moral e emocional consigo mesmo. Assim, o autor considera que o trabalhador está constantemente a ser ameaçado, humilhado e prejudicado sem que ninguém proteste. Tal consentimento coloca um enorme problema para a maioria das pessoas, porque têm um senso moral. Toda esta situação gera, no fundo, esta forma específica do sofrimento ético. Dejours (1999) explica que por detrás de todo este cenário esconde-se uma profunda crise de identidade. Isto porque a pessoa, ao não estar a denunciar as situações prejudiciais do seu colega trabalhador, a que diariamente assiste, reconhece que está a ser conivente com a situação e, por tal, há uma perda de confiança em si e nos outros que o rodeiam.

### **2.3.6.2 Estratégias Defensivas Individuais e Colectivas**

Dejours (1992) constatou, nos seus estudos de investigação, tal como já foi referido, que apesar das pressões laborais que enfrentam, há trabalhadores que conseguem evitar a doença e a loucura no trabalho. O autor demonstra que os trabalhadores resistem ao sofrimento psíquico, através da elaboração de verdadeiras estratégias defensivas. Essas estratégias estruturam-se em função da vivência dos trabalhadores face a um determinado processo de trabalho.

Desta forma, o indivíduo, sob o controlo da instituição de trabalho, acaba por encontrar uma solução, uma manobra e/ou truques para lidar com as actividades que são repetitivas e monótonas e geradoras de sofrimento psíquico. Estas estratégias defensivas tornam-se importantes face à existência de um conflito difícil de resolver. Este processo acaba por funcionar como uma alternativa à protecção da saúde mental do trabalhador (Dejours, 1992).

As estratégias defensivas manifestam-se na linguagem e no comportamento dos trabalhadores, “(...) é na palavra, e através dos sistemas defensivos, que é preciso ler o sofrimento (...)” (Dejours, 1992, p. 138). Estas estratégias colectivas de defesa recobrem aquilo que Taylor chamava de “vadiagem operária” e “hábito de fazer cera”.

Segundo Dejours e Abdoucheli (1994), as defesas colectivas geram modificação e transformação da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer, ou seja, tudo se estrutura como se, por falta de poder para vencer a rigidez das pressões organizacionais, os trabalhadores conseguissem reduzir a percepção que eles têm dessas pressões que são fontes de sofrimento. O facto de o sofrimento psíquico ser individual e ser minimizado por estratégias defensivas colectivas, o mesmo está relacionado com a união de esforços individuais para construir estratégias comuns. Estas estratégias pressupõem um acordo partilhado e funcionam como regras.

Este sistema defensivo pode, assim, ser caracterizado, em primeiro lugar, por uma pseudo-inconsciência do perigo; em segundo, para que seja eficaz, o sistema defensivo deve necessariamente ser colectivo, isto é, partilhado por todos; e, em terceiro lugar, embora algumas analogias possam ser feitas, as estratégias defensivas adoptadas pelos grupos profissionais são específicas, de acordo com os riscos

específicos. Tendo por base estes pressupostos, apenas os trabalhadores que desenvolvem trabalhos de forma organizada e colectiva é que podem beneficiar destes mecanismos das estratégias defensivas colectivas, nos restantes casos recorrem às estratégias defensivas individuais (Dejours & Abdoucheli, 1994).

A grande diferença entre uma estratégia colectiva e estratégia individual de defesa, é que na estratégia individual o mecanismo de defesa persiste, mesmo na ausência de corpo físico de outros, estando, portanto, interiorizado, enquanto que na estratégia colectiva, o mecanismo de defesa não vigora, a não ser pelo consenso, dependendo, portanto, de condições externas. Desta forma, é importante que o indivíduo, que usufrui de estratégias colectivas de defesa, consiga um ambiente de harmonia com os seus outros recursos defensivos individuais, de forma a acautelar uma coerência com a sua economia psíquica (Dejours & Abdoucheli, 1994).

Dejours (1999) acrescenta que essas defesas são muito eficazes e funcionam como um anestésico para o sofrimento psíquico. O “efeito perverso” delas é que se tornam excessivamente tolerantes a esse sofrimento e, de certa maneira, conduzem à alienação. As defesas fazem dos agentes, cúmplices do sofrimento. Elas tornam possível a tolerância e a injustiça social e permitem a manutenção do sistema que gera sofrimento psíquico.

#### **2.3.6.4 Alienação**

Retoma-se agora a questão da alienação, explorada no capítulo I (a questão do

trabalho), mas na vertente da *Psicodinâmica do Trabalho*, isto é, a aplicação que esta disciplina dá ao conceito de alienação.

A alienação no sentido Marxista, exposta nos seus manuscritos de 1844, é entendida como uma tolerância graduada dos trabalhadores à organização de trabalho, a qual entra em contradição com os seus desejos, as suas necessidades e a sua saúde. A alienação no sentido psiquiátrico, é considerada como a troca da vontade própria do sujeito pelo objecto, isto é, a troca da vontade do trabalhador pela vontade do seu objecto de trabalho. No estudo da *Psicodinâmica do Trabalho*, esta alienação passa, exactamente, pelas estratégias defensivas (Dejours, 1992).

Assim, na sequência do que foi referido, relativamente às estratégias colectivas de defesa, levanta-se a seguinte questão:

“(…) ao transformar a percepção da realidade, as estratégias colectivas de defesa não estariam arriscando-se a enganar os trabalhadores, a mascarar o sofrimento e a perturbar a acção ou a luta contra as pressões patogénicas e a perturbar a acção ou a luta contra as pressões patogénicas da organização do trabalho?” (Dejours & Abdoucheli, 1994, p. 130).

Com esta interrogação os autores aludem às estratégias colectivas de defesa como uma forma de alteração do contexto de trabalho e questionam-se se tal interfere com a noção real do trabalho. A esta questão, Dejours e Abdoucheli (1994, p. 130) avançam com uma resposta, afirmando que efectivamente “esse risco existe”.

Tal como foi referido, as estratégias colectivas de defesa são importantes e necessárias para a realização do trabalho, bem como para evitar a loucura, gerada pelas pressões do trabalho. Assim sendo, elas concorrem para que se dê e encontre um grau de harmonia entre a relação subjectiva do indivíduo e a organização de trabalho. Assim,

e dada a complexidade do processo de construção das estratégias colectivas de defesa, em termos psicológicos, face ao questionamento sobre as mesmas, os trabalhadores demonstram alguma renitência e hesitação (Dejours & Abdoucheli, 1994).

Neste contexto, o risco de existência de alienação é elevado. Existem situações em que as referidas estratégias de defesa dos trabalhadores são entendidas como o principal objectivo do contexto de trabalho, isto é, todos os esforços convergem para as fortalecer, minorando, em contrapartida, os esforços para a obtenção de um trabalho baseado na produtividade, no reconhecimento e na valorização. Neste caso, o trabalhador acaba por conturbar os seus desejos com a organização de trabalho. Então, o trabalhador, faz uso de todos os seus esforços para tolerar este enxerto, que é contra a sua própria natureza, em vez de fazer prevalecer a sua própria vontade. Este processo pode atingir tais dimensões que, ao fim de um determinado período de trabalho, o trabalhador pode sentir-se ocupado por um desconhecido (Dejours, 1992).

Assim, o trabalhador deixa de considerar as estratégias de defesa como um recurso de defesa contra o sofrimento psíquico, passando, assim, a absorvê-las como a garantia da sua felicidade e a “(...) defesa da defesa é erigida em ideologia” (Dejours & Abdoucheli, 1994, p. 130). Passa-se, então, nesta fase, a falar em ideologia defensiva, em vez de estratégias colectivas de defesa, pois as defesas transforma-se em programa de acção colectiva. Face a esta constatação, quando se processa uma passagem das estratégias colectivas de defesa à ideologia defensiva, assiste-se a uma mudança da ordem da realidade (que se opõem à percepção), para a ordem do imaginário, do simbólico, entrando-se, assim, no domínio da alienação.

Considerando ainda que cada colectivo de trabalho constrói as suas próprias estratégias colectivas de defesa, pode-se gerar uma situação em que os restantes colectivos, do local de trabalho, não consigam entender a situação do outro grupo, o que pode levar a situações graves, ao nível psicológico, social e técnico. Tal situação pode, ainda, conduzir a riscos para a organização de trabalho e a respectiva segurança das instalações (Dejours & Abdoucheli, 1994).

Percebe-se que as estratégias colectivas de defesa, ao desencadarem a construção de ideologias defensivas, criam um movimento homólogo, em dois níveis distintos: o primeiro nível, já tendo sido alvo de uma alusão, diz respeito à substituição da ordem da imagem, pela ordem do pensamento; o segundo nível, está relacionado com a passagem da ordem colectiva para a ordem da psicologia das multidões, ou seja, à ordem do grupo homogeneizado. Enquanto que na ordem colectiva existem regras que possibilitam a coordenação dos diferentes tipos de personalidades, atendendo às respectivas singularidades de cada uma, na ordem do grupo homogeneizado não se consideram essas diferenças, particularidades e originalidades de cada indivíduo. Nesta ordem da psicologia das multidões, os indivíduos organizam-se por palavras de ordem, alcançando a homogeneidade e o conformismo. Neste panorama, a acção dá lugar à violência de grupo. Este panorama introduz modificações na organização de trabalho, a tal ponto que desencadeia alienação (Dejours & Abdoucheli, 1994).

## 2.4 Prazer no Trabalho

Uma das contribuições da *Psicodinâmica do Trabalho* é a abordagem que faz à relação do trabalho com prazer, a qual se pode desenvolver entre o trabalhador e o seu trabalho. Desta forma, a teoria dejouriana, na realidade concreta e na experiência individual do trabalho, não preconiza apenas sofrimento psíquico, mutilação e morte (Merlo, 1999), também faz alusão e considera a existência de prazer no trabalho, aliás como já foi referido.

A compreensão do mecanismo pelo qual se desenvolvem estas duas esferas, isto é, o sofrimento psíquico e o prazer no trabalho, torna-se imprescindível para se analisar, de forma global, os laços entre o trabalho e a saúde mental, pois todos os desequilíbrios e desafios da vida externa são traduzidos para o mundo interno, conturbando ou desorganizando, de alguma forma, o equilíbrio psíquico e bem-estar do sujeito, assim como a sua saúde integral.

Atendendo a que os itens anteriores se debruçaram essencialmente sobre o sofrimento psíquico, de seguida passa-se a fazer uma abordagem à questão do prazer no trabalho, se bem que de forma sintética e pouco aprofundada, dada a própria limitação da teoria dejouriana sobre esta área. Efectivamente a grande área de exploração da teoria dejouriana recai na questão do sofrimento psíquico, centrada na análise das condições organizacionais e nos seus impactos sobre a vida psíquica.

Assim, de acordo com Dejours (1994), o prazer no trabalho resulta da descarga da energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga

psíquica laboral. Como afirma Lunardi Filho (citado por Fonseca, 2001) o prazer no trabalho acaba por ser um resultado do sofrimento, na medida em que os trabalhadores lutam contra ele. Por outro lado, o trabalho também se constituiu um espaço favorável para jogar e re-jogar com o sofrimento na expectativa de que esse desempenho termine em descobertas e em criações socialmente úteis.

Uma condição que se impõe como necessária, para a obtenção de prazer no trabalho, é que a organização se torne flexível, de forma a permitir ao trabalhador empregar as suas aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas (Dejours & Abdoucheli, 1994). Assim, a permissão para a pessoa empregar as suas aptidões, por consequência, implica uma diminuição da sua carga psíquica, o que favorece um equilíbrio na carga do trabalho.

De acordo com Mendes (2004) o prazer no trabalho emerge quando o contexto laboral, além de atender às necessidades básicas e de segurança, fomenta a identidade. Neste contexto, o “ser” não se dissocia do “fazer”, isto é, o trabalho não se reduz às tarefas em si, havendo uma componente pessoal nas mesmas. O prazer encontra-se, desta forma, aliado a uma dimensão que transcende o concreto e assente numa intersubjectividade, na qual os trabalhadores transformam e são transformados. Assim, por meio do reconhecimento da e na tarefa, assim como nos outros, o sofrimento psíquico adquire sentido para o trabalhador, versando na ideia de que “não sofri em vão, o meu sofrimento serviu para alguma coisa”. Posto isto, existe a possibilidade de transformar este sofrimento psíquico em realização pessoal, ajudando, portanto, a reconstruir a identidade pessoal, social e profissional do trabalhador.

A obtenção do prazer no trabalho consegue-se pela **valorização** e pelo **reconhecimento** da tarefa que o trabalhador está a executar, sendo, portanto, a valorização e o reconhecimento considerados componentes da vivência do trabalhador. De acordo com Ferreira e Mendes (2001) a **valorização** é o sentimento de que o trabalho, por um lado, tem sentido e valor em si mesmo e, por outro, é importante e significativo para a organização de trabalho e para a sociedade. Já o **reconhecimento** significa que o trabalhador é aceite, aprovado no trabalho e tem liberdade para manifestar a sua individualidade. Esta **valorização** e **reconhecimento** obtém-se, fundamentalmente, pela realização de uma tarefa significativa e importante para o trabalhador, para a organização de trabalho e para a sociedade. Também o uso da criatividade em manifestar uma marca pessoal no trabalho constitui, uma fonte de prazer para o trabalhador, assim como o orgulho e a admiração por aquilo que produz, juntamente com o reconhecimento da chefia e dos colegas. Assim sendo, o reconhecimento e a valorização, veiculados ao prazer no trabalho, não se limitam às simples recompensas, referem-se, antes, aos vínculos entre o processo de constituição da identidade e o campo social.

O processo de construção dessa identidade, realizada pela interacção entre o indivíduo e o “outro”, com o colectivo de trabalho, consente, do ponto de vista da *Psicodinâmica do Trabalho*, a formulação de uma nova significação do sofrimento psíquico, uma vez que ocorrem transformações nos contextos adversos que conduzem à vivência do prazer. No fundo, o que a *Psicodinâmica* defende é que o trabalho também gera prazer, porque gera realização, pois, o trabalhador ao produzir algo com que se identifica, sente-se valorizado e reconhecido. Neste sentido, o trabalho permite assimilar sobre um fazer específico, criar, inovar e desenvolver novas formas para executar a

tarefa, sendo, também, proporcionadas condições de socialização e de reforço da identidade (Mendes, 2004).

Segundo Dejours e Abdoucheli (1994) o prazer no trabalho surge quando a organização de trabalho se torna flexível, considerando, desta forma, a individualidade e os desejos dos trabalhadores. Se tal se verificar então é porque o trabalhador atribui e ajusta-se à tarefa primária que está a desenvolver, a qual permite a libertação de energia psíquica, resultando, por tal, o prazer no trabalho.

A título de síntese do presente capítulo e como refere Heloani e Capitão (2003) pode-se concluir que o prazer e o sofrimento psíquico no trabalho, resultam de uma dinâmica interna das vivências e da organização de trabalho. Assim, o prazer e o sofrimento psíquico no trabalho “são decorrências das atitudes e dos comportamentos franqueados pelo desenho organizacional (...)” (p. 107).

Estas áreas do prazer e do sofrimento psíquico actualmente vão ganhando terreno na comunidade científica, atendendo às próprias transformações e vicissitudes do mundo do trabalho. Face às rápidas transformações tecnológicas e científicas que caracterizam actualmente o trabalho, urge a necessidade de desenvolver ainda mais estudos nesta área, constituindo-se, assim, um enorme campo de estudo e não apenas de denúncia. As condições e as exigências do mundo do trabalho geram o eminente perigo de transformar a vida numa rotina, deixando, no corpo, os sinais do sofrimento psíquico que se pode transformar em inúmeras patologias, além de atentar contra a saúde mental do trabalhador. Posto isto, torna-se necessária a promoção da saúde mental nos locais de

trabalho, para que a actividade laboral deixe de ser vista como uma negatividade da vida e seja entendida como uma forma de a harmonizar e de obter prazer.

Feita a diagnose à relação trabalho e saúde mental, na qual foram analisados o histórico da relação trabalho e saúde mental, bem como a temática do sofrimento psíquico e do prazer em contexto de trabalho, no capítulo seguinte faz-se o enquadramento específico sobre a Enfermagem.

## **CAPÍTULO III – A ENFERMAGEM**

A Enfermagem, como profissão, não tem muitos anos. Considerada, na actualidade, uma profissão de relevo no Mundo, pelas suas competências técnicas, científicas e relacionais, a Enfermagem carrega consigo um longo percurso histórico, repleto de lutas e conquistas sociais.

### **3.1 Evolução Histórica da Enfermagem**

O percurso histórico da Enfermagem, enquanto ciência humana, traduz-se na história da humanidade (Abreu, 1999). Abordar o conhecimento das relações existentes no trabalho contemporâneo do enfermeiro, implica que se faça alusão à evolução da própria Enfermagem, a qual se reveste de inúmeros estigmas e mudanças no decurso do tempo, até à actualidade. É somente com os conhecimentos históricos sobre a Enfermagem que se pode lançar luz sobre a sua actualidade.

Assim, o desenvolvimento da Enfermagem está intimamente associado a três factores: à evolução dos cuidados de saúde; à figura da mulher; e, às diferentes formas de organização que se estabeleceram para garantir esses mesmos cuidados (Sousa, 1995). De acordo com Collière (1989):

“É a história das práticas de cuidados vividas e transmitidas pelas mulheres e depois condenadas, reprovadas pela igreja, que dá conta, das origens até aos nossos dias, do processo de identificação da prática de cuidados exercida pelas mulheres (...) até se chamarem, hoje, `cuidados de Enfermagem` ” (p. 18).

A Enfermagem constitui-se, então, a par da função da reprodução e da alimentação, o mais antigo dos “deveres” atribuídos às mulheres nas sociedades humanas (Collière, 1989). Este facto, sustenta inclusive a origem etimológica da palavra inglesa *nurse*, que provém do francês arcaico *nurrice*, do latim tardio *nutricia*, que, por sua vez, deriva do latim *nutrix*, termo atribuído à pessoa que ama, cuida e alimenta (Collier’s Dictionary, citado por Graça & Henriques, 2000), isto é, a pessoa que “nutre”.

Segundo Meyer (1995), a evolução da Enfermagem pode ser analisada sob cinco fases históricas distintas: a primeira está ligada ao período da pré-profissionalização; a segunda integra o modelo vocacional e disciplinar; a terceira corresponde ao período da Enfermagem funcional; a quarta diz respeito aos princípios científicos; e a quinta inclui o aparecimento e a afirmação das teorias de Enfermagem.

A primeira fase corresponde, então, ao período da pré-profissionalização. Segundo Collière (1989), ao longo da história, os cuidados de Enfermagem sempre se pautaram por uma presença indiscutível na prestação de cuidados ao próximo, libertando o que de mais humano reside em cada um. Desde a Pré-História até à Idade Média que a prestação desses cuidados buscava a manutenção da vida, do grupo e da espécie, função atribuída à mulher, poderosa na fecundidade e na transmissão de conhecimentos, como uma herança cultural típica da “mulher que ajuda”. Assim, esta fase consiste na não-cientificidade, ou seja, é caracterizada pela inexistência de profissionais qualificados, estando fortemente associada ao modelo religioso. Dado que nesta fase o conceito de doença estava associada ao sobrenatural, à esfera religiosa, a causa da prestação de cuidados restringia-se, então, ao princípio da caridade.

A segunda fase, que integra o modelo vocacional e disciplinar, surgiu com Florence Nightingale e consistiu na passagem da não-cientificidade para o início da qualificação da Enfermagem. Assim, em 1854, o Cuidar iniciou o seu carácter profissional com Nightingale, nobre dama inglesa, que serviu na Guerra da Crimeia, como voluntária nos Hospitais militares ingleses, em pleno campo de guerra. Considerada a fundadora da Enfermagem moderna em todo o Mundo, Nightingale foi distinguida pelo governo inglês com um prémio que lhe permitiu construir a primeira escola de Enfermagem, em Londres. Nesta fase, foram lançadas, então, as bases do ensino da Enfermagem, com a preparação das primeiras enfermeiras<sup>2</sup>. Neste sentido, Nightingale preconizava associar à vocação de servir, uma formação profissional e humana. Contudo, nos finais do século XIX, esta vocação de servir foi-se transformando progressivamente de sentido, devido ao desenvolvimento da Medicina (Collière, 1989), o que originou uma outra fase típica do desenvolvimento da Enfermagem, a terceira fase.

A terceira fase, que teve o seu início do século XX e predominou até os anos 40, correspondeu ao período da Enfermagem Funcional. Nesta fase a prática da Enfermagem era identificada como auxiliar do médico. Esta figura de enfermeira-auxiliar do médico deveu-se ao aparecimento da Medicina científica, em que os médicos necessitavam de pessoas para os ajudar e substituir nas tarefas consideradas menores, como era o caso das enfermeiras. Este papel de auxiliar, assumido pela enfermeira, permitiu-lhe o acesso e a partilha do saber médico, mas não lhe garantiu a autonomia pretendida (Collière, 1989).

---

<sup>2</sup> O termo enfermeira (s), no feminino, apenas será utilizado na exposição da história da Enfermagem por ser considerada uma profissão ligada à mulher e por apenas só, em meados do século XIX, aparecerem

A quarta fase, que diz respeito ao período entre os anos quarenta e os sessenta, centrava-se na preocupação com a organização dos princípios científicos que orientavam a prática de Enfermagem. Nesta fase, pretendia-se atingir uma vertente intelectual dos cuidados de Enfermagem, começando a delinear-se, então, a Enfermagem como uma disciplina científica e académica, com influência das ciências exactas e humanas.

A quinta e última fase, que se iniciou nos anos sessenta, até à actualidade, correspondem ao **aparecimento e à afirmação das teorias de Enfermagem**, através das quais se alcançou a ambicionada cientificidade e autonomia. Foi a partir da década de 60 que emanaram os modelos conceptuais de Enfermagem, através dos quais se norteou a prática do Cuidar, filosofia de Nightingale. Um modelo conceptual é uma imagem mental, uma forma de representar a realidade, ou seja, uma maneira de conceber a profissão (Adam, 1994). Estes modelos conceptuais orientam a prática do enfermeiro<sup>3</sup> e servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de Enfermagem (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996).

### **3.1.1 O Processo de Profissionalização em Portugal**

A Enfermagem em Portugal enfrentou, na sua trajectória histórica de lutas e conquistas, inúmeras dificuldades aquando da aspiração para a sua profissionalização (Sousa, 1995).

---

referências aos enfermeiros, como termo masculino.

<sup>3</sup> Ressalta-se que o termo “enfermeira” foi até aqui utilizado por questões históricas, passando, a partir deste momento, a ser denominado de enfermeiro(s), para se fazer referência a enfermeiro(s) e enfermeira(s).

A autorização da entrada das ordens religiosas nos Hospitais, a partir do ano de 1851, para apoiar os enfermos, fez com que se iniciasse a profissionalização da Enfermagem em Portugal (Sousa, 1995).

Assim, no final do século XIX, os estabelecimentos de ensino da prática médica passaram a estar articulados com os grandes Hospitais do país, como, Lisboa, Porto e Coimbra, abrindo as portas ao ensino médico e às auxiliares dos médicos (papel de enfermeira-auxiliar do médico).

Essa articulação com os Hospitais foi a primeira tentativa de se criar uma escola de Enfermagem em Portugal, a qual remonta ao ano de 1881, tendo como mentor do projecto Costa Simões, médico e administrador do Hospital de Coimbra. Este dirigente teve dois grandes objectivos com esta diligência: fornecer melhor instrução aos enfermeiros que laboravam nos Hospitais de Coimbra, para poderem substituir o médico em tarefas simples que não envolvessem uma vertente exclusivamente científica, e adestrar os seus auxiliares-enfermeiros a poderem concorrer para os lugares de quadro dos enfermeiros do Hospital de Coimbra. Imponha-se como condições: saber ler, escrever e executar as quatro operações aritméticas.

Em Lisboa, cinco anos mais tarde, Tomás de Carvalho, director da Escola Médico-Cirúrgica e Enfermeiro-Mor do Hospital Real de São José, evocou razões similares às de Costa Simões, para edificar uma Escola Prática de Enfermeiros neste Hospital.

Com efeito, de acordo com Sousa (1995) só em 1901, com Curry Cabral, Enfermeiro-Mor do Hospital Real de São José, em Lisboa, é que se introduziram reformas administrativas no Hospital. Paralelamente à reorganização dos serviços, este enfermeiro optou por fazer um investimento no pessoal de Enfermagem que aí laborava. Para além de ter revisto os valores dos ordenados, Curry Cabral, com o apoio do referido Hospital, fundou oficialmente a primeira Escola de Enfermagem. Mais tarde esta grande reforma estende-se à cidade de Coimbra.

Passados, então, 39 anos após a implantação da República Portuguesa, em 1910, estabeleceu-se, por lei, a primeira carreira de Enfermagem da função pública. Tal facto, ocorreu dois anos após a nova reforma de ensino, que obrigava a mais habilitações (Rebelo, 2002). Segundo esta lei, as várias categorias profissionais eram: Enfermeiro-Geral; Enfermeiro-Chefe; Enfermeiro-Subchefe; Enfermeiro de 1<sup>a</sup>, Enfermeiro de 2<sup>a</sup>, Auxiliar de Enfermagem e Estagiário.

Foi a partir de Janeiro de 1953 que ficou definido que só os diplomados em Enfermagem poderiam prestar serviços profissionais de Enfermagem. Nesta altura, a direcção das Escolas de Enfermagem estavam ainda sob a responsabilidade dos médicos.

Com as crescentes exigências técnicas e científicas, nos finais dos anos 70, que se impunham aos enfermeiros, as habilitações literárias mínimas de ingresso no Curso de Enfermagem Geral passaram a ser o 2.º ciclo liceal; e, o curso de Enfermagem passou a ter uma duração de três anos. O curso de auxiliares de Enfermagem manteve-

se com uma duração de 18 meses e as habilitações mínimas de ingresso eram o 1.º ciclo liceal.

Sucedeu-se, depois da alteração da lei de Bases do Sistema Educativo, em 1972, a criação do curso de promoção de auxiliares de Enfermagem, com a duração de dois anos, o qual permitiu a passagem destes, a enfermeiros. Estes cursos terminaram oficialmente em 1974, passando, então, a existir um só nível de formação – o curso de Enfermagem Geral – com a duração de três anos.

No ano de 1976, foram reformuladas as categorias dos enfermeiros e concretizou-se o seu reenquadramento salarial. Posteriormente, em 1980, cerca de quinze mil auxiliares de Enfermagem terminaram a sua formação complementar, através de cursos de promoção e elevaram-se a enfermeiros. Findaram, desta forma, as três carreiras de Enfermagem e todos os profissionais que trabalhavam em Portugal, passaram a ter acesso à única carreira de Enfermagem.

Assim, em 1981, o Governo instituiu a carreira única de Enfermagem, através da qual se definiu o conteúdo funcional para cada categoria profissional. A sua criação constituiu um marco histórico no processo de reconhecimento da profissionalização da Enfermagem. Ao longo desta década, viveu-se o início da proliferação das escolas pós-básicas de Enfermagem, com o intuito de se desenvolver as especialidades em Enfermagem. Neste período, evidenciava-se uma grande busca destas especialidades, por parte dos profissionais, que procuravam mais valias para o aperfeiçoamento e aumento dos seus conhecimentos técnicos numa área específica de cuidados.

Pelo Decreto-Lei 480/88, de 23 de Dezembro, o ensino de Enfermagem foi integrado no Sistema Educativo Nacional, a nível do ensino Superior Politécnico, conferindo, aos enfermeiros, o grau académico de bacharelato, sendo os requisitos, para o ingresso neste curso idênticos a qualquer outro curso, de nível superior. O mesmo decreto autorizou os cursos de especialização em Enfermagem, dirigidos àqueles que pretendiam seguir uma área específica de cuidados, progredir e ascender na carreira para a categoria de enfermeiro especialista, conferindo, ainda, o grau académico de Licenciatura em Enfermagem.

Em 1996, com o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que veio reforçar a oportunidade para estes enfermeiros se debruçarem sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em Enfermagem. Esta legislação desfez concepções anteriores, que colocavam apenas os enfermeiros como auxiliares dos médicos e, simultaneamente, abriu um novo capítulo para o reconhecimento da profissão de enfermeiro.

Apenas em 1998, é que a Enfermagem ampliou as suas fronteiras com a criação da Ordem dos Enfermeiros, através do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, que estabeleceu condições para consolidar a autonomia responsável pela actividade de Enfermagem. Assim, entre as atribuições deste organismo destacaram-se: a promoção da defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem; a regulamentação e controle do exercício da profissão de enfermeiro; e, a certificação do cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

O processo de profissionalização da Enfermagem em Portugal, depois de prodigiosas mudanças realizadas ao nível da organização do ensino superior, em 1998 culminou com a passagem do Curso Superior de Enfermagem de três, para quatro anos, conferindo o grau académico de Licenciatura. Hoje, os profissionais, que pretendam obter o referido grau universitário, têm que possuir o grau de bacharel e frequentar, com a duração de um ano, o Complemento de Formação em Enfermagem, conforme se explica mais adiante no item 3.3.1 do presente Capítulo.

### **3.2 Cuidar em Enfermagem**

A Enfermagem é uma ciência cujo objecto de estudo é o Cuidar humano (Fialho, Pagliuca & Soares, 2002).

De acordo com o REPE (1996), a:

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, com ou sem doença, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (artigo 4.º).

Com efeito, e em consonância com a literatura existente, a Enfermagem e o Cuidar, encontram-se historicamente entrelaçados e formam uma simbiose com claros benefícios para o cliente. Assim, o Cuidar assume-se como o foco central para a Enfermagem (McKenna, 1994).

O conceito de *caring*, traduzindo-se em português como Cuidar, deriva do latim

*cogitare* que significa “imaginar, cogitar, supor; fazer com cuidado; aplicar a atenção; reflectir, considerar; trabalhar, interessar-se por” (Dicionário Universal da Língua Portuguesa, 2000, p. 421). *Caring* tem origem na palavra inglesa “*carian, kara, ou karan*” o que significa preocupação, ou atenção, no sentido de “atender a este assunto com o devido cuidado”.

Para Festas (1999), o Cuidar é actualmente aceite e ratificado “(...) como a essência ou como o núcleo da Enfermagem” (p. 61). De acordo com Roach (citado por Festas, 1999) o nascimento da Enfermagem deu-se pelo Cuidar, organizou-se para Cuidar e profissionalizou-se através do Cuidar. O Cuidar é, então, considerado a essência, o âmago da Enfermagem. Leininger (citado por McKenna, 1994), acrescenta que os cuidados são a natureza da Enfermagem.

Por sua vez, Waldow (1998) considera que a Enfermagem é constituída por um sistema organizado e abstracto e que usufrui dos seus conhecimentos na prática. Acrescenta que se o Cuidar é a prática da Enfermagem, então, conclui “(...) esse é o seu conhecimento” (p. 74).

Neste contexto, Campiglia (1998) considera que a profissão de Enfermagem tem que ser examinada sob dois prismas. Um diz respeito ao corpo de conhecimentos transmitido aos profissionais de Enfermagem na sua formação profissional, o que o diferencia de qualquer outro profissional de saúde. O outro prisma refere-se à natureza das tarefas executadas, ou seja, o Cuidar que é a principal característica no trabalho do enfermeiro.

Hesbeen (2000), define os cuidados de Enfermagem como sendo a atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa, com o intuito de a ajudar, recorrendo, para isso, a um conjunto de competências, para efectivar essa ajuda, as quais fazem dele um profissional. Acrescenta que, nesta abordagem do Cuidar em saúde, há que considerar e escrever o conceito no singular.

Nestes moldes, a orientação para o Cuidar é uma orientação holística (de *holos* = todo), em que, para além de se atender à reabilitação da pessoa, também se atende a pessoa na sua globalidade, tendo em consideração todos os seus aspectos envolventes, designadamente os factores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e espirituais. Tal facto, leva a que se compreenda a pessoa na sua íntegra e na sua plenitude, ou seja, encara-se a pessoa como uma totalidade, e não como a soma das suas partes (Watson, 1999). De acordo com Pearse Vaughan (citado por Mendes, 1996), o Cuidar envolve duas correntes de pensamento: o holismo e o humanismo. A visão holística defende que um indivíduo é mais do que a soma das partes, enquanto que o humanismo, o qual está coligado ao existencialismo, defende a unicidade do indivíduo, o significado e a finalidade das vidas humanas.

Assim, há que atender que o acto de Cuidar implica, contrariamente ao acto de tratar, que considera fundamentalmente o órgão que está afectado, valorizando sobretudo o diagnóstico e o tratamento, uma visão global integrada do cliente. Desta forma, o actuando, em que o trabalhador-enfermeiro de forma personalizada, atende e valoriza as reais necessidades de saúde do cliente e família, perspectivando o seu bem-estar e o seu conforto, envolvendo, em todo este processo, o cliente e família, para que o mesmo assuma um papel activo no processo de cuidados (Mendes, 1996).

Assim, o processo de Cuidar, remete o enfermeiro a dirigir a sua atenção à pessoa no seu todo, bem como o reconhecimento das suas características em interacção com o ambiente (Chalifour, 1989). O conceito de *processo de cuidados*, segundo Waldow (1998), pode ser entendido como “(...) um conjunto de acções e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer” (p. 73). Acrescenta que o processo de Cuidar é interactivo e promove o crescimento e desenvolvimento dos intervenientes, enfermeiro e cliente/família.

Neste contexto, o processo de Cuidar envolve factores internos e externos de ambas as partes, isto é, aquele que assume o papel de cuidador e aquele que recebe os cuidados. Os primeiros factores, os internos, dizem respeito às atitudes e qualidades manifestadas por competência, vontade e conhecimento. Os factores externos referem-se à própria estrutura e ambiente da organização, ou seja, ao apoio técnico e aos recursos humanos e materiais existentes. Assim, o Cuidar implica a presença de conhecimentos, de destreza, de saber ser e de intuição. Estes são os elementos necessários para ajudar uma pessoa, para a qual a ciência dá o seu contributo através de conhecimentos globais do ser humano (Hesbeen, 2000).

O Cuidar é, assim, composto por um determinado conjunto de acções que possibilitam ao profissional de Enfermagem perceber quais os sinais de melhoria ou deterioração da pessoa. Neste sentido, o Cuidar pressupõe um acto mais complexo que o processo de cura (Cabral, 1999). Assim, o processo de Cuidar implica conhecimento científico, onde as competências técnicas e relacionais se assumem como elementos fundamentais.

Efectivamente, o Cuidar é essencial ao desenvolvimento do ser humano, considerando-se que cada indivíduo se vai completando, à medida que a sua capacidade de Cuidar é estimulada, nutrida e apropriadamente expressa. O Cuidar é profissionalizado para a Enfermagem na medida em que os seus profissionais adquirem determinadas habilidades, nomeadamente, as cognitivas, as afectivas, as técnicas, as administrativas e de relação, que são características necessárias para a adequação dos papéis específicos da Enfermagem.

O Cuidar em Enfermagem aparece, assim, como um desígnio particular desenvolvido pelos profissionais de Enfermagem a uma pessoa e/ou família, objectivando ajudá-los numa determinada situação, abrangendo tudo aquilo que os profissionais fazem em função das suas competências (Hesbeen, 2000). A acção interpessoal estabelecida entre estes intervenientes, remete para o estabelecimento de uma relação de ajuda, ingrediente necessário no Cuidar em Enfermagem.

Lazure (1994) frisa que o enfermeiro para ajudar de forma efectiva o cliente e família, deve primeiramente saber que este possui potencialidades próprias para a resolução do seu problema. Assim, o enfermeiro oferece, sem impingir, meios e estratégias ao cliente, para que o mesmo solucione o seu problema. Brammer (citado por Lazure, 1994) define a relação de ajuda como “(...) uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas” (p.14).

Lazure (1994), acrescenta que o acto de Cuidar impõe exigências que o enfermeiro não pode descorar:

“1) dar do seu tempo, 2) dar da sua competência, 3) dar do seu saber, 4) dar do seu interesse, 5) dar da sua capacidade de escuta e compreensão. Em suma, dar uma parte de si próprio” (p. 97).

Em suma, o processo de Cuidar em Enfermagem está envolto numa série de exigências e características, no qual a formação dos enfermeiros assume um carácter fundamental, pelo que seguidamente se faz uma abordagem à organização do curso de Enfermagem, onde se busca perceber a forma como se realiza a formação destes profissionais, no curso de base, isto é, na Licenciatura e durante a actividade profissional dos enfermeiros.

### **3 A Formação<sup>4</sup> dos Enfermeiros**

As linhas gerais de orientação dos Cursos Superiores de Enfermagem têm por base os seguintes requisitos: a) a proposta elaborada por uma comissão nomeada por despacho conjunto do Ministério da Saúde e da Educação; b) a Directiva 89/595 da Comunidade Europeia; c) os objectivos da Organização Mundial de Saúde; e, d) o Estatuto da Carreira de Enfermagem, Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro, onde consta o conteúdo funcional do enfermeiro.

A formação dos enfermeiros dá-se a dois níveis, a académica e a profissional. A função académica diz respeito à formação no contexto de uma organização de ensino

---

<sup>4</sup> A palavra formação, no Dicionário Universal da Língua Portuguesa (2000), significa o acto ou efeito de Cuidar ou modo de formar; desenvolvimento. De acordo com Durão (1969, citado por Carvalho, 1996) esta palavra aplica-se em duas vertentes. A primeira vertente dirige-se para o acto de preparação de alguém para uma tarefa, para uma função... A segunda vertente designa a acção de apoiar alguém a alcançar determinadas qualidades.

superior reconhecida, e confere determinado grau de formação (Licenciatura, pós-graduação, mestrado e doutoramento). A formação profissional insere-se na formação realizada enquanto profissional em exercício que procura o aperfeiçoamento da prestação de cuidados, onde se incluem os congressos, jornadas, a formação em serviço, os momentos informais (partilha de experiências, dúvidas...).

### **3.3.1 Formação Básica**

Com uma duração de quatro anos, o curso de Licenciatura em Enfermagem tem, em cada ano lectivo, a duração mínima de 36 semanas de actividades pedagógicas. A totalidade da carga horária da Licenciatura situa-se entre quatro mil e seiscentas a quatro mil e oitocentas horas (Portaria N° 799-D/99, de 18 de Setembro, artigo 2.º). O plano de estudos está organizado em duas componentes: o ensino teórico e o ensino clínico. A duração do ensino teórico é, pelo menos, um terço da carga horária total do curso, enquanto que a duração do ensino clínico é de, pelo menos, metade da carga horária total do curso (Portaria N° 799 - D/99, de 18 de Setembro, artigo 3.º).

Neste contexto, o **ensino teórico** corresponde à parte da formação em que os estudantes de Enfermagem adquirem conhecimentos, compreensão, competências e atitudes profissionais, essenciais ao planeamento, à prestação e avaliação dos cuidados integrais de saúde (Directiva 89/595/CEE). Por outras palavras, esta componente teórica, tem como finalidade a aquisição de conhecimentos de natureza profissional,

científica e deontológica que alicerchem o exercício profissional da Enfermagem (Portaria Nº 799-D/99, de 18 de Setembro, artigo 3.º).

De acordo com o Departamento dos Recursos Humanos da Direcção-Geral de Saúde (1989), o curso Superior de Enfermagem deve integrar o seguinte conjunto de disciplinas:

- “a) disciplinas que permitam a aquisição dos conhecimentos básicos necessários à compreensão:
  - do ser humano na sua globalidade;
  - da influência dos factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, na saúde e na doença, ao longo das várias fases da vida e nas situações de crise;
- b) disciplinas que permitam adquirir a competência para prestar cuidados de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, aos três níveis de prevenção [primária, secundária e terciária];
- c) disciplinas que permitam a aquisição dos conhecimentos e o desenvolver de atitudes necessárias ao exercício da profissão de acordo com as normas de deontologia e da ética profissional” (p. 7).

No que concerne à componente do **ensino clínico**, este tem como propósito assegurar a obtenção de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de Enfermagem (Portaria Nº 799-D/99, de 18 de Setembro, artigo 3.º). Esta componente prática corresponde à parte da formação em que os estudantes aprendem a planear, a prestar e a avaliar os cuidados de Enfermagem. Para tal, os estudantes de Enfermagem são inseridos numa equipa, onde lhes é facultado, por um lado, o contacto directo com o indivíduo são, ou doente, ou colectividade, e, por outro, aplicar os conhecimentos adquiridos na teoria. Esta componente prática desenvolve-se nas instituições de saúde, sob a responsabilidade dos enfermeiros docentes e com a colaboração de outros enfermeiros qualificados (Directiva 89/595/CEE).

Efectivamente, os alunos de Enfermagem, para além de adquirirem conhecimentos e domínio de técnicas, têm que possuir uma formação vincada na perspectiva do Cuidar e de ser peculiarmente receptivos e sensíveis às “coisas da vida”, pois:

“Os estudantes e, conseqüentemente, as enfermeiras e os enfermeiros ver-se-ão confrontados com uma multiplicidade de situações de vida. Vão estar lado a lado com tudo o que faz a vida e constitui a humanidade. Estarão em contacto com situações que os entusiasmam, atemorizam e interpelam” (Hesbeen, 1997, p. 120).

Privilegia-se, então, a formação básica dos enfermeiros em dois espaços dominantes, a escola e os locais de estágio – Hospital e Centro de Saúde, entre outras instituições de saúde. Efectivamente, a articulação entre a componente teórica e a componente clínica, ou seja, entre o espaço escolar, legitimador do oferecimento formativo, com os locais de estágio, favorece a aproximação dos formandos aos contextos reais de trabalho e à própria comunidade.

Na base da formação dos enfermeiros, está a componente humanista, em que assenta o processo de Cuidar. Desta forma, importa considerar que, subjacentes ao actual modelo de formação de enfermeiros, o modelo humanista, estão patentes, inevitavelmente, as transformações ocorridas no plano de formação de adultos, na década de 80. Isto porque, até esta data, a formação dos enfermeiros perspectivava-se em função da vertente tecnicista, fazendo a adopção de conteúdos programáticos, metodologia e normas de avaliação, com vista ao desenvolvimento de competências cumulativas (Correia, 1996). Na realidade, esta tendência inverteu-se e, actualmente, o modelo de formação tende para a existência de uma formação humanista e integrante, tendo por base o Cuidar. Efectivamente “(...) o humanismo tem que fazer parte do substrato cultural do enfermeiro, enquanto formando e como profissional” (Carvalho,

1996, p. 36). Preconiza-se, deste modo, que esta formação humanista seja equilibrada entre os saberes objectivos (tecnológicos) e os valores humanos.

Neste sentido, e de acordo com Carvalho (1996), a Enfermagem, ao privilegiar a formação humanista, não só atende à dimensão técnico-científica, como também desenvolve, por um lado, um sentido social e preventivo e, por outro, uma consciência dos deveres e regras morais da profissão. Assim sendo, a autora defende que:

“O humanismo é um valor que a Enfermagem conserva, não só como filosofia de formação, mas necessário para o equilíbrio entre a parte técnica e o comportamento humanitário do enfermeiro” (p. 37).

Contudo, e como afirma Hesbeen (1998), por vezes, durante o percurso de formação básica, os formandos sentem-se mais atraídos pela vertente tecnicista, pelos conhecimentos científicos, do que propriamente pelo conteúdo e desenvolvimento do processo de Cuidar, o qual é integrador e possui uma forte vertente humanista. Neste contexto, Festas (1999) defende que o currículo do curso de Enfermagem não pode discernir o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais do aluno. Desta forma, a escola deve fomentar o saber científico, a par do conhecimento ideológico e cultural que reconheçam a profissão:

“(…) desenvolvendo em cada indivíduo uma ética que enquadre o agir, e integre valores de respeito pela dignidade da pessoa e preocupação pelo Outro, inerentes ao Cuidar” (p. 34).

Neste contexto, Cunha (2002) evoca a importância da alfabetização de valores e princípios humanistas, assim, como o cultivo e o desenvolvimento das emoções durante o curso de base, assumindo-se, estas componentes, como fulcrais para a formação de “bons enfermeiros”.

Apesar das vantagens apresentadas pelo modelo humanista, interactivo e dinâmico na formação de enfermeiros durante a Licenciatura, são várias as críticas que lhe são imputadas, críticas essas dirigidas, especificamente, ao organismo escolar. A crítica é apontada no sentido de que os formandos não são “bem preparados”, isto é, o sistema apresenta várias lacunas durante a formação dos enfermeiros, não tanto a nível técnico e científico, mas no treino de competência de índole relacional e humano. Neste contexto, à formação básica é-lhe muitas vezes atribuída a causa de todos os males e dificuldades das estruturas. No entanto, apesar das suas falhas, a formação básica é apenas uma parte do sistema de formação e, como tal, objectivamente, não se pode considerar essa formação a parte mais fraca desse mesmo sistema (Hesbeen, 1998).

Neste contexto, Canário (1994) defende que a formação básica deve primar pela obtenção de um conjunto de estratégias de aprendizagem que permitam que esta se torne o primeiro momento de uma formação que continue ao longo de toda a vida.

Assim sendo, e atendendo à dispersão de programas de acolhimento nas instituições de saúde em Portugal, dirigidos aos enfermeiros recém-formados, e à inexistência de qualquer programa de articulação entre as instituições de saúde e as escolas de Enfermagem, Mestrinho (1999) sugere que:

“(…) aquelas [estratégias a serem perspectivadas sob o ponto de vista das instituições, escolas e Hospitais] passariam pela criação de programas de acompanhamento por parte da escola em articulação com os Hospitais, ou estratégias de supervisão ‘consentida’ programada, conforme as necessidades dos enfermeiros recém-formados” (p. 320).

Com efeito, a proposta de apoiar os enfermeiros recém-formados, no início do exercício da sua actividade, passaria, então, pela criação de um protocolo de articulação entre a escola e as instituições de saúde, com vista a garantir o apoio e a assistência

necessários para fazer face às dificuldades e às contrariedades decorrentes do exercício profissional.

Verifica-se, assim, a necessidade de se implementar um sistema que privilegie o acompanhamento dos enfermeiros recém-formados no mundo de trabalho, isto é, que exista um plano de integração que mobilize os próprios enfermeiros recém-formados, os estabelecimentos de ensino e as instituições de saúde onde decorre o processo de integração. Este processo de integração, por ser considerado a “rampa de lançamento” dos estudantes para o mundo do trabalho, deve ser bem orientado e planejado. No entanto, para o caso dos recém-formados deve-se tentar manter, numa fase inicial, a vinculação à escola, para que a mesma amenize, por um lado, as dificuldades inerentes à prestação de cuidados (a nível técnico, humano...) e, por outro, as potenciais diferenças entre o que foi ministrado por essa mesma instituição escolar e os reais contextos de trabalho.

Conclui-se, assim, que a relação formação inicial/preparação para o mundo do trabalho é de extrema importância, de forma a compreender-se em que medida é que os alunos de Enfermagem se sentem preparados para desempenhar e enfrentar, no seu melhor, as competências e exigências do contexto de trabalho, assim como os seus principais constrangimentos.

### **3.3.2 Formação Pós-Básica**

De acordo com a Portaria N° 268/2002, de 13 de Março, a formação pós-básica dos enfermeiros é feita através dos cursos de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem, os quais visam assegurar a aquisição de competências científica, técnica, humana e cultural adequadas à prestação de cuidados de Enfermagem especializados numa determinada área clínica, designadamente em: Enfermagem comunitária; Enfermagem médico-cirúrgica; Enfermagem de reabilitação; Enfermagem de saúde infantil e pediatria; Enfermagem de saúde materna e obstetrícia; Enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Estes cursos não conferem qualquer grau académico (Decreto-Lei N.º 353/99, de 3 de Setembro, capítulo 1, artigo 3).

Todos os enfermeiros podem frequentar os cursos de mestrado e de doutoramento, naturalmente desenvolvidos pelas instituições de ensino universitário, desde que obedeçam aos requisitos exigidos pelas respectivas instituições de ensino.

Assim, a tendência do modelo de formação de novos enfermeiros é que esteja assente nos pressupostos da formação contínua, sem que, por tal, se aprisione a actual formação numa vertente consumista e aditiva. Na verdade, o que se preconiza é uma renovada formação contínua, numa lógica com a formação inicial e integradas nas unidades de cuidados, isto é, na formação em serviço (Correia, 1996).

### **3.3.3 Formação Contínua – Formação em Serviço**

O conceito de “formação contínua” diz respeito à “(...) formação em serviço e toda aquela que se faz ao longo da vida profissional e pessoal” (Caetano, 2003, p. 6).

Hesbeen (1998), refere que, do ponto de vista da organização, o processo de formação contínua traduz-se em acções internas à organização e por acções externas à organização.

Assim, a formação dos enfermeiros é feita dia após dia, ano após ano, atendendo a que o conceito de “formação” se encontra estreitamente ligado à aprendizagem realizada pelos adultos já estabelecidos na sua vida profissional (Conselho da Europa, citado por Gomes, 1999). A formação do adulto adquire-se, de acordo com Botelho (1998), pela reflexão crítica e construtiva do dia-a-dia, junto dos clientes.

Caetano (2003), acrescenta que a formação contínua deve ser sistemática e integrada no autêntico quotidiano laboral. A formação contínua visa intervir nas necessidades a três níveis: necessidades dos clientes, com o intuito de manter e assegurar a qualidade dos cuidados; necessidades dos profissionais, objectivando melhorar e acrescentar as suas competências e, por último, as necessidades da instituição para produzir mudanças no contexto de trabalho. Assim, a formação contínua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e técnicas, apesar da sua função primordial ser o fomento de uma maior abertura ao profissional, tendo por base a sua experiência, com vista a uma prática mais reflectida e aperfeiçoada.

Assim, a formação em serviço, que está contemplada na Carreira de Enfermagem, no Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro, deve atender às necessidades dos profissionais de uma determinada unidade de saúde. Esta a formação em serviço deve ser desenvolvida no próprio contexto real de trabalho, onde é possível agrupar a reflexão à acção e definir as condições necessárias para um óptimo desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem (Collière, 1989).

Neste sentido, Nunes (2000) desenvolveu um estudo qualitativo-exploratório, a fim de entender o processo formativo dos enfermeiros, através da prática da formação em serviço, tendo chegado às seguintes conclusões: os enfermeiros consideram o contexto real de trabalho e a própria experiência, fundamentais para a elaboração da construção do saber; assiste-se a uma tendência gradual para uma aposta na vertente do não-formal da formação, aparecendo esta como um campo de análise, discussão e problematização das equipas de saúde; e, por último, a relação entre a formação e as práticas manifestam-se, essencialmente, na forma como estes profissionais da saúde prestam cuidados de Enfermagem.

Em síntese, formar, é preparar no presente, para agir no futuro e, como afirma Hesbeen (1997), “(...) a formação, tanto a inicial como a contínua, (...) é determinante para a orientação tomada pelos diferentes profissionais, a qual será determinante para a natureza do serviço prestado à população” (p. 142).

Depois de concluída a retrospectiva alusiva à formação em Enfermagem, e em perfeita sintonia com o que descreve Hesbeen (1997), no parágrafo anterior, passa-se a descrever os campos de actuação do enfermeiro, bem como o trabalho que o mesmo desenvolve no contexto do Centro de Saúde.

## CAPÍTULO IV – O ENFERMEIRO E O SEU TRABALHO NO CENTRO DE SAÚDE

### 4.1 Ser Enfermeiro

Para Cunha (2002) ser enfermeiro é:

- “- Defender de forma apaixonada o que fazemos, tal actor cujo palco é o centro da vida.
- ‘Casar-se’ com a forma possível dessa paixão, pois os obstáculos são reais e há que saber ultrapassá-los.
- Uma responsabilidade colossal...
- Acreditar na dimensão sinfónica do tocar terapêutico e afectivo...
- Ser enfermeiro é ter a coragem de ser diferente, vanguardista e inovador...
- É romper com preconceitos e mitos, é reflectir sobre a herança do passado, aceitando que ‘Alguns Anciões do Restelo’ têm o seu lugar na história da Enfermagem, mas falta-lhes paciência e sobras-lhe o medo de inovar...
- É acreditar que só sendo atrevido em termos científicos, se podem contornar obstáculos e conquistar o futuro...” (p. 33).

Com esta reflexão, Cunha (2002) cogita sobre a essência da conjuntura de ser enfermeiro, o Cuidar, o aceitar o outro, e acrescenta que, efectivamente, ser enfermeiro:

“(...) é estar na mesma latitude do doente/pessoa significativa, é salvar vidas e prestar-lhes cuidados físicos quando lhes dói o corpo e ouvi-los e confortá-los quando lhes dói a alma” (p. 33).

Importa, assim, considerar que, à semelhança do que vem a ser referido, o exercício profissional de Enfermagem tem a seu “colo” a relação interpessoal e terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas, centrada no acto de Cuidar. Apesar do quadro de referências, valores, princípios e desejos dos intervenientes nesta relação, esse mesmo quadro não pode, por parte do enfermeiro, constituir um obstáculo à relação interpessoal com o cliente. Nesta relação interpessoal, o enfermeiro discerne-se pela sua formação e experiência, o que lhe facilita o processo

de compreensão, aceitação e respeito pelo outro, numa dialéctica de abstenção de juízos de valor relativos ao(s) cliente(s) alvo dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

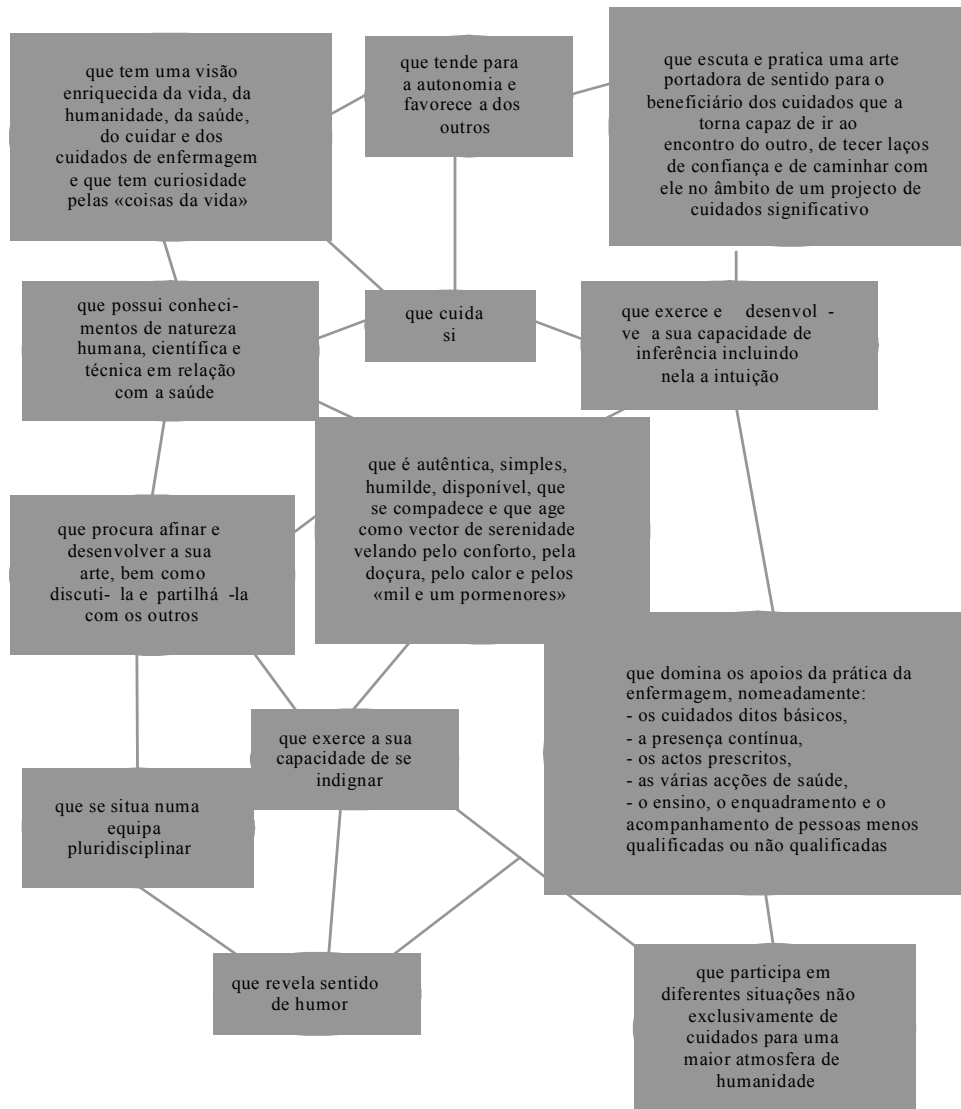
Hesbeen (1997) aponta uma série de particularidades, consideradas ideais, para os contornos das características psico-emocionais da personalidade do enfermeiro, a seguir descritas:

- “- conhecimento de natureza humana, científica e técnica em relação com a saúde;
- domínio dos apoios necessários à prática de Enfermagem;
- situar a sua acção na equipa pluridisciplinar;
- exercer e desenvolver a sua capacidade de inferência;
- um lugar deixado à intuição;
- a capacidade de ir ao encontro do outro, de tecer laços de confiança e de caminhar com ele no âmbito de um projecto de Cuidar. Este encontro e este caminhar precisam que se escute e que seja caloroso, disponível, simples, humilde, autêntico e compassivo e que se tenha sentido de humor;
- tender para a autonomia e favorecer a dos outros;
- revelar uma presença de Enfermagem forte, fonte de serenidade, estando particularmente atento aos aspectos de conforto, de doçura, de calor e aos ‘mil e um pormenores’ que são importantes para os beneficiários dos cuidados;
- (...)
- uma visão enriquecida da vida, da humanidade, da saúde, do Cuidar e dos cuidados de Enfermagem ;
- a capacidade de Cuidar de si próprio;
- ser portador de uma palavra de Enfermagem autêntica e reflectida e querer utilizá-la em diferentes lugares, não apenas numa óptica de Cuidar, a fim de participar numa maior atmosfera de humanidade;
- uma capacidade explícita de se indignar” (p. 115).

Neste contexto, Hesbeen (1997) propõe um esquema representativo das características consideradas ideais para os contornos psico-emocionais da personalidade do enfermeiro, as quais estão representadas na figura 1.

**Figura 1 – Tentativa de representação da pessoa do enfermeiro**

**A enfermeira ou enfermeiro é uma pessoa:**



**Fonte:** Adaptado de Hesbeen (1997, p. 117).

Assim, a um profissional de Enfermagem, é exigido possuir uma visão crítica e reflexiva, capaz de assumir compromissos na vertente social, profissional, humana e cultural. Para tanto, o perfil do enfermeiro deve, de acordo com Cunha (2002), ser baseado nos seguintes pressupostos: cientificidade, humanismo/afectividade, paciência/compaixão, diplomacia/negociação, liderança e técnica.

Benner (2001), defende que o enfermeiro, para dar resposta a um problema de saúde identificado e para atender a pessoa com que se depara, necessita de ampliar as suas competências existenciais, isto é, as que fazem de cada enfermeiro um ser humano. Neste sentido, o enfermeiro deve ser capaz de se envolver com os clientes, mas de forma a permitir manter a distância adequada para ser profícuo e seguro nas várias exigências que cada situação específica de cuidados de Enfermagem requer. Esta distância emocional deve vigorar especialmente quando os momentos de crise e de mudança são marcados pelo sofrimento físico, emocional, psicológico e espiritual da pessoa que é cuidada. Acrescenta que estas competências de envolvimento com os clientes e respectivas famílias são centrais quando se adquire “perícia profissional”, pois a promoção do bem-estar dos clientes que se encontram numa situação vulnerável requer, por um lado, atenção sobre a situação ou problema e, por outro, capacidades existenciais de envolvimento pessoal.

Percebe-se, assim pelo exposto, que ser enfermeiro é uma profissão exigente e complexa. Para se ser um “bom” enfermeiro, a formação e a experiência profissional assumem um papel chave. O curso de base em Enfermagem, o da Licenciatura, afigura-se como um palco de interações, em que são adquiridos conhecimentos de várias ordens: científica, técnica e humana, preparando o aluno para múltiplas situações. No entanto, existem particularidades do processo de Cuidar que exigem ao profissional o domínio de determinadas competências, adquiridas ao longo da sua experiência. No fundo, ao enfermeiro é exigido articulação constante, dos conhecimentos teóricos e práticos, em que a experiência assume uma parcela importante.

Em síntese, ser enfermeiro implica uma visão opulenta da vida e da saúde, assim

como incita capacidades para Cuidar de si próprio. Necessariamente, estas características são fruto, em grande parte, das competências e conhecimentos adquiridos na formação e pela experiência dos enfermeiros. Ser enfermeiro, então, implica um conjunto de exigências para que o Cuidar do Outro seja uma realidade consistente e matura.

#### **4.2 Os Cuidados de Saúde Primários – Contexto dos Centros de Saúde**

O conceito de Cuidados de Saúde Primários remonta a 1978, na Conferência Internacional em Alma-Ata (URSS), que se realizou de 6 a 12 de Setembro, onde foram definidos como:

“(…) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Ministério da Saúde, 2002).

Ainda na referida Conferência Internacional em Alma-Ata, reafirmou-se enfaticamente que a saúde, entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, não pode, por si só, constituir-se uma finalidade, mas um direito humano fundamental, sendo um recurso importante para o desenvolvimento socio-económico das comunidades. Neste

sentido, e atendendo à existência de uma enorme e preocupante desigualdade existente no estado de saúde das populações, particularmente entre os países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos, frisou-se que compete a cada país a responsabilidade de implementar e desenvolver um Serviço de Saúde que alcance um nível de saúde adequado às comunidades, face às suas necessidades, aos seus recursos e participação activa. Tal facto, tem em vista atingir um nível de saúde que permita à população levar uma vida social e economicamente produtiva, cabendo aos Cuidados de Saúde Primários a chave para que tal se verifique.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90), o sistema de saúde assenta nos Cuidados de Saúde Primários, exercidos pelos Centros de Saúde, que devem situar-se junto das comunidades. De acordo com a Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português (Lei n.º 56/76) os Cuidados de Saúde Primários englobam:

- a) a prevenção da doença, a promoção da saúde e os cuidados de tipo ambulatorio, abrangendo os de clínica geral, materno-infantis e de planeamento familiar, escolar e geriátricos;
- b) cuidados de especialidade, abrangendo nomeadamente as áreas de oftalmologia, estomatologia, otorrinolaringologia e saúde mental;
- c) internamentos que não impliquem cuidados diferenciados;
- d) cuidados de Enfermagem, incluindo a visita domiciliar.

A prestação de Cuidados de Saúde Primários é considerada a principal via de acesso aos cuidados de saúde, por todos os sistemas e políticas de saúde em geral. Com vista a atingir mais e melhores Cuidados de Saúde Primários em Portugal, o Governo propôs alterações legislativas (Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril) no sistema de

organização dos Cuidados de Saúde Primários para um novo modelo, designado por *Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários*.

Com efeito, a *Rede de Prestação Cuidados de Saúde Primários*, por um lado, promove a saúde e, por outro, faz a prevenção da doença, assim como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos do indivíduo, considerando sempre a sua dimensão física, psicológica, social e cultural. Este atendimento é feito através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere.

Este novo modelo abrange três entidades de saúde: os Centros de Saúde do SNS; as Entidades Privadas (com ou sem fins lucrativos) que prestem Cuidados de Saúde Primários a utentes do SNS e, por último, os Agrupamentos de Profissionais em Regime Liberal, designadamente cooperativas, com quem sejam celebrados contratos ou convenções.

Deste modo, e atendendo a que esta investigação se desenvolve no contexto dos Centros de Saúde, de seguida dar-se-á ênfase a esta entidade da *Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários*.

Assim, os Centros de Saúde, de acordo com este novo modelo proposto, têm os seguintes objectivos:

“(…) dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde” (Decreto-Lei n.º 60/2003, artigo 6º).

Assim, os Centros de Saúde objectivam a melhoria do nível de saúde da população da sua área geográfica, a qual abrange o Concelho e as Freguesias que o integram, ou outra que seja definida pela Administração Regional de Saúde (ARS). É ainda de referir que cada Centro de Saúde pode estatuir de Extensões de Saúde periféricas, as quais se situam em locais da sua área de influência. Se tal se verificar, a sede do Centro de Saúde e Extensões de Saúde devem actuar sempre como um todo funcional, com o objectivo de proporcionar aos clientes uma maior proximidade aos cuidados de saúde.

Tais cuidados de saúde, prestados nos Centros de Saúde, de acordo com a Direcção-Geral de Saúde (2002), dividem-se da seguinte forma:

- a) cuidados a prestar segundo as fases da vida: fase fértil; gravidez, parto e puerpério; primeiro ano de vida, infância e adolescência; adulto e idoso;
- b) cuidados e tarefas em qualquer fase da vida;
- c) abordagem das situações de doença aguda e/ou urgentes;
- d) cuidados a prestar na doença crónica e multipatologia, incluindo os cuidados nos domicílios.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2002), os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários devem desenvolver a sua actividade, de forma vigorosa, no contexto comunitário, no trabalho em equipa de saúde, na prestação de cuidados de saúde em serviços com proximidade do domicílio, dos locais de trabalho das pessoas e das famílias.

Importa frisar, antes de mais, que família é um elemento basilar numa sociedade,

a qual tem sofrido profundas alterações nos últimos anos, quer em termos de conceito, quer em termos de estrutura, pelo que urge, então, a necessidade de definir novas formas de intervenção que promovam a sua saúde e bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Neste âmbito, a Enfermagem, especificamente a Enfermagem da Família, desenvolvida nos Cuidados de Saúde Primários, enfrenta, actualmente inúmeros desafios. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2002) desde a *I International Family Nursing*, realizada no Canadá, que a ideia da Enfermagem de Família não parou de se desenvolver. Em Portugal, o acontecimento mais recente, inserido na temática da Enfermagem da Família, aconteceu com a realização da conferência “A cada família o seu enfermeiro”, promovida pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, em Novembro de 2002, como forma de divulgação, aprofundamento e reflexão das conclusões da Segunda Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Enfermagem e Enfermagem Obstétrica na Europa, realizada em Munique de 15 a 17 de Junho de 2000.

Nessa conferência de Munique (2000) foi debatida a importância da intervenção dos enfermeiros junto das famílias na promoção da qualidade dos cuidados de saúde, onde foram emanados os novos desafios colocados aos governos e à Enfermagem, a nível da União Europeia. Como resultado desta discussão/reflexão, foram definidas políticas de saúde através do programa SAÚDE 21, o qual preconiza a concretização de vinte e uma Metas de SAÚDE 21. Estas Metas de Saúde, inseridas, então, na Saúde Pública, são aquelas que devem ser atingidas por todos os países da União Europeia nos primeiros 20 anos do século XXI. Estas mesmas Metas apontam para a necessidade de

impulsionar o crescimento do Sistema da Saúde e, por consequência, apostar nos Cuidados de Saúde Primários, articulando a política regional, o que permite a cada Estado Membro, consertar as suas próprias políticas e estratégias de saúde com as Metas de SAÚDE 21.

Nestas Metas de SAÚDE 21, a OMS introduz o conceito de um novo tipo de enfermeiro, o “enfermeiro de saúde familiar”, o qual contribuirá para atingir, na sua plenitude, as 20, das 21 Metas de SAÚDE 21, excepto a Meta 17, a qual se concentra exclusivamente na função dos governos, trabalhando no seio de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde.

A ideia de enfermeiro de família surge como trunfo para a melhoria da saúde na Zona Europeia. A conferência de Munique, de acordo com a Ordem de Enfermeiros (2002) defende que o enfermeiro de família deve prestar cuidados, tendo por base a promoção e a protecção da saúde e prevenção e redução da incidência dos danos das doenças e lesões, assim como a actuação e responsabilidades clínicas direccionadas a todos os membros da família. Cabe ainda aos enfermeiros de família desenvolver e fazer usar os poderes e as potencialidades das comunidades, de modo a fomentar os seus próprios recursos e ajudá-las a encontrar as suas próprias soluções para os problemas existentes.

As Metas de SAÚDE 21 referem-se à importância do cabal conhecimento da situação de vida do cliente, da família e da comunidade, ou seja, de todo o enquadramento familiar, social comunitário onde a pessoa se insere.

Em suma, o trabalho do enfermeiro de família, que presta cuidados nos Centros de Saúde, é muito vasto e direcciona-se essencialmente para a promoção e protecção da saúde dos clientes ao longo da sua vida, assim como para a prevenção da doença. Desta forma, o enfermeiro, nestes locais de prestação de cuidados, contacta com o indivíduo, saudável ou com algum tipo de patologia, com a sua família, conhece o seu contexto social, comunitário e acompanha-os ao longo de todas as fases da vida.

Após a descrição dos *Cuidados de Saúde Primários*, no contexto dos Centros de Saúde, passa-se a fazer uma abordagem específica ao trabalho regular do dia-a-dia do enfermeiro neste sector de trabalho, dado que a população que integra este estudo são os enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde.

#### **4.3 Caracterização do Trabalho do Enfermeiro**

O trabalho do enfermeiro, isto é, o trabalho que é exercido aquando da sua *tarefa primária*, centra-se na prática do Cuidar em todas as suas dimensões e em toda a complexidade que a mesma comporta, como já foi referido anteriormente no capítulo III referente à Enfermagem.

É importante frisar, antes de mais, que, de acordo com o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro e com o Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro, a actual carreira de Enfermagem portuguesa prevê os seguintes níveis e categorias profissionais:

**Nível 1** – integra as categorias de enfermeiro e enfermeiro graduado;

**Nível 2** – integra as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe;

**Nível 3** – integra as categorias de enfermeiro-supervisor.

Com efeito, a área de actuação do enfermeiro, do enfermeiro graduado é a da prestação de cuidados. Para além do enfermeiro especialista desempenhar o conteúdo funcional inerente às categorias de nível 1, o mesmo ainda presta cuidados que exijam conhecimentos mais aprofundados e específicos em determinada área de actuação. O enfermeiro-chefe e o enfermeiro-supervisor exercem funções no âmbito da gestão. No que se refere aos cargos de enfermeiro director e assessor de Enfermagem, salienta-se que os mesmos são cargos de nomeação e desempenham, respectivamente, funções na aplicação das políticas de Enfermagem, a nível local e regional.

Apesar dos referidos níveis e categorias profissionais, optou-se por desenvolver esta investigação junto de enfermeiros que, efectivamente, têm somente como área de actuação, a prestação de cuidados de Enfermagem directos a clientes. Assim, definiu-se como população alvo desta investigação, os enfermeiros de nível 1 (enfermeiros e enfermeiros graduados). Apesar de os enfermeiros de nível 2, com a categoria de enfermeiro especialista, também prestarem cuidados de Enfermagem directos, há que se atender ao seu campo de acção que é mais específico não sendo, portanto, de interesse para esta investigação. Assim, de seguida passa-se a expor, exclusivamente, o conteúdo funcional do enfermeiro de nível 1, de acordo com a Carreira de Enfermagem, ao qual compete:

- “a) colher dados para identificação das necessidades em cuidados de Enfermagem, com base num modelo teórico de Enfermagem;
- b) elaborar o plano de cuidados de Enfermagem em função dos problemas identificados e estabelecer prioridades, tendo em conta os recursos disponíveis;
- c) executar os cuidados de Enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de Enfermagem, integrando um processo educativo que promova o auto-

- cuidado;
- d) integrar, no planeamento e execução dos cuidados de Enfermagem ao indivíduo e à família, a preparação de alta ou internamento Hospitalar;
  - e) responsabilizar-se por prestar cuidados de Enfermagem à família, como unidade de cuidados, no âmbito dos cuidados de saúde primários;
  - f) participar nas acções que visem a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados;
  - g) avaliar os cuidados de Enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos;
  - h) reavaliar as necessidades do utente em cuidados de Enfermagem;
  - i) Realizar ou colaborar em estudos sobre problemas de Enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de Enfermagem;
  - j) colaborar na formação realizada na unidade de cuidados” (artigo 7º).

Para além dos aspectos do Cuidar, *tarefa primária*, os cuidados de Enfermagem não se reduzem a uma visão restritiva de um conjunto de actividades. Perante tal, Hesbeen (1998) afirma que os profissionais de Enfermagem possuem determinados meios e recursos “que lhes conferem a especificidade necessária para garantir a sua função (...)” ( p. 34). As funções a que o autor se refere e que caracterizam o trabalho do enfermeiro, são as seguintes:

- **os cuidados “base”**, onde se englobam os cuidados de higiene, de alimentação e de conforto. No fundo, os cuidados “base” direccionam-se para a intimidade, para o corpo da pessoa;

- **uma presença contínua**, através da qual, o enfermeiro vivência fortes momentos de aproximação com o cliente e família. Acompanha-os nos seus momentos de plena saúde e nos momentos da doença, onde o cliente e família exteriorizam os seus sentimentos, dificuldades, constrangimentos, esperanças, projectos... Apesar de não ser característica única dos enfermeiros, este acompanhamento é típico desta profissão, dada a continuidade e permanência dos enfermeiros junto dos clientes. Esta presença contínua permite ao enfermeiro um maior conhecimento global da situação do cliente, o

que lhe facilita a troca de informações com a equipa multidisciplinar, favorecendo a implementação de um programa terapêutico mais apropriado;

- **um mundo de acções de carácter técnico**, que se enquadra na prática clínica.

O REPE (1996), acrescenta que as intervenções de Enfermagem podem ser consideradas autónomas e interdependentes. As acções autónomas são designadas e realizadas exclusivamente pelos enfermeiros que assumem a responsabilidade das mesmas. As acções interdependentes são realizadas por enfermeiros, em conjunto com outros técnicos, com vista a um objectivo comum e que são previamente definidas pelas equipas multidisciplinares e prescritas ou orientadas por médicos.

Assim, o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como propósito fulcral a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (REPE, 1996). Neste contexto, e na sequência do que foi referido, os cuidados de Enfermagem caracterizam-se, segundo o REPE (1996) por:

- “1) Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- 3) Utilizarem metodologia científica, que inclui:
  - a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de Enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
  - b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
  - c) A formulação do diagnóstico de Enfermagem;
  - d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de Enfermagem;
  - e) A execução correcta e adequada dos cuidados de Enfermagem necessários;
  - f) A avaliação dos cuidados de Enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;
- 4) Englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de actuação:

- a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
- b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
- c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;
- d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de Enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados” (artigo 5.º).

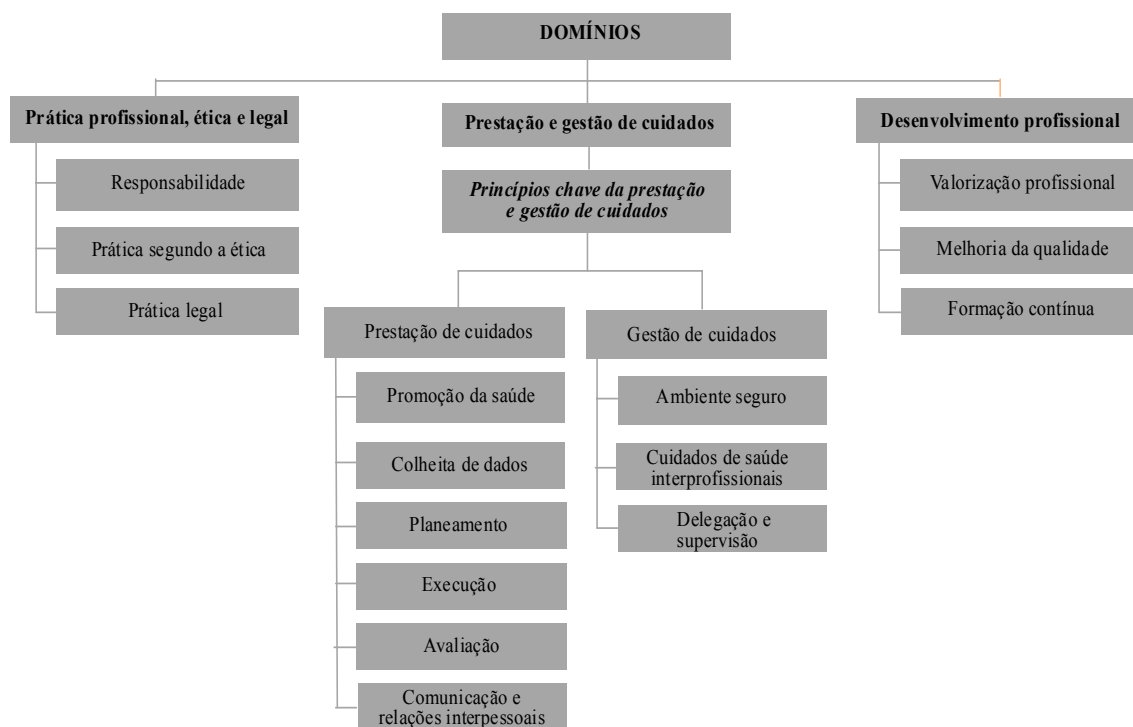
Assim, os enfermeiros, face ao diagnóstico de Enfermagem formulado e às qualificações profissionais, de acordo com o REPE (1996):

- “a) Organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de Enfermagem nos três níveis de prevenção [primária, secundária e terciária];
- b) Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de Enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade;
- c) Utilizam técnicas próprias da profissão de Enfermagem, com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente, respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade;
- d) Participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domicílio;
- e) Procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;
- f) Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para a administração de tratamentos e medicamentos;
- g) Procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos” (artigo 9.º).

Neste sentido, o Conselho de Enfermagem de Portugal, no ano de 2003, definiu as competências do enfermeiro de cuidados gerais, que se referem a um determinado

nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação real dos conhecimentos e das capacidades destes profissionais. Com efeito, a figura 2 ilustra exactamente as competências do enfermeiro de cuidados gerais.

**Figura 2** – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais



**Fonte:** Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2003, p. 54).

As características expostas, frisam que o trabalho do enfermeiro engloba, efectivamente, saberes de índole científico e técnico, mas também humano, isto é, aglomera uma série de “pequenas coisas”, tal como refere Hesbeen (1998). O autor toma a expressão de “pequenas coisas”, ultrapassando o sentido dos actos praticados, ou seja, diz respeito à capacidade que os enfermeiros têm de:

“(…) ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor. As pequenas coisas, aparentemente tão anódicas, tão pouco sofisticadas e tão pouco aparatosas, fazem parte da vida de todos e são, portanto, necessárias à promoção da saúde das pessoas” (p. 35).

Em suma, o trabalho do enfermeiro que presta cuidados de Enfermagem no

Centro de Saúde, caracteriza-se por um vasto campo de actuação. Assim sendo, aquilo que caracteriza, em primeira linha, é a promoção e a manutenção da saúde, bem como a prevenção primária das patologias e outras incapacidades. Para além desta vertente preventiva, enquadra-se também a assistência a estados agudos ou crónicos, assim como a reabilitação dos clientes e famílias.

## **PARTE II**

### **INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

**CAPÍTULO V – METODOLOGIA**

**CAPÍTULO VI – RESULTADOS**

**CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO**

**CONCLUSÕES**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**APÊNDICES**

**ANEXOS**

## CAPÍTULO V – METODOLOGIA

### 5.1 Definição e Justificação da Problemática do Estudo

A convicção de que os profissionais de saúde apresentam imunidade à doença, resultante do conhecimento, da experiência e da formação profissional que possuem no campo da saúde, está disseminada na nossa sociedade. Porém:

“(…) o conhecimento não substitui a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com emoções, sofrimento, inclusive a morte” (McIntyre, citado por McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999, p. 513).

Esta necessidade de apoio passa pela atenção, protecção, disponibilidade, valorização e encorajamento dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito aos enfermeiros.

Assim, no que concerne à Enfermagem, importa recordar que é uma profissão voltada para Cuidar, tal como foi referido no Capítulo III referente à Enfermagem. Neste contexto, e de acordo com a teoria dejouriana (1992), vista no capítulo II, aqui está inerente a ideia de *tarefa primária*, a qual diz respeito àquela tarefa para a qual uma profissão está voltada originalmente, a tarefa precípua, tal como foi referido no Capítulo II. Assim, a *tarefa primária* da Enfermagem volta-se para o processo de Cuidar. O enfermeiro, enquanto trabalhador da área da saúde – trabalhador-enfermeiro – desenvolve a sua actividade profissional tendo por base o Cuidar, centrado no Outro (cliente), ou seja, no Ser Humano. Recorde-se que, de acordo com o enunciado no capítulo III, o Cuidar envolve duas correntes de pensamento, as quais estão na base dos

modelos de Enfermagem, sendo elas o holismo e o humanismo. Assim, a visão holística da pessoa pressupõem duas crenças básicas:

“(…) o indivíduo reage sempre como um todo unificado; o indivíduo, como um todo, é diferente de, e mais do que a soma das partes” (Pearson & Vaughan, citado por Mendes, 1996, p. 27).

Pearson e Vaughan (cit. por Mendes, 1996) coligam o humanismo ao existencialismo. Assim, o existencialismo atribui primazia à pessoa individual, apresentando, segundo os autores, três características: a unicidade do indivíduo; o significado e a finalidade das vidas humanas, com prioridade sobre as verdades relativas a todo o universo e ao seu funcionamento; e, por último, a liberdade do indivíduo poder escolher.

Assim, há que atender que o processo de Cuidar implica uma visão global integrada do cliente, em que o trabalhador-enfermeiro actua de forma personalizada, atende e valoriza as reais necessidades de saúde do cliente, perspectivando o seu bem-estar e o seu conforto, envolvendo, em todo este processo, o cliente, para que o mesmo assuma um papel activo no processo de cuidados (Mendes, 1996). Esta perspectiva é oposta ao acto de tratar, o qual considera fundamentalmente o órgão que está afectado, valorizando sobretudo o diagnóstico e o tratamento.

Importa considerar, antes de mais, que a população que integra esta pesquisa são os trabalhadores-enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários, típicos dos Centros de Saúde, tal como se refere no capítulo IV relativo ao enfermeiro e o seu trabalho. Esta opção pelos trabalhadores-enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde, e não pelos enfermeiros que

prestam cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Diferenciados, típicos dos Hospitais, prende-se com dois factos. Por um lado, com a necessidade de restringir este estudo de investigação, dada a sua complexidade e exigência e, por outro, com o facto de a pesquisadora desenvolver a sua actividade profissional num Centro de Saúde, sendo, portanto, detentora de um conhecimento global dos tipos de cuidados de Enfermagem prestados neste contexto real de trabalho, assim como do seu funcionamento.

Ressalta-se que o trabalhador-enfermeiro que presta cuidados de Enfermagem neste contexto específico de trabalho, o Centro de Saúde, para além de Cuidar de pessoas saudáveis, centrando a sua acção na prevenção da doença e na promoção da saúde, também lida com situações de saúde agudas e crónicas, assim como a iminência da morte e situações de doenças terminais.

Relembre-se que, de acordo com o enunciado no referido capítulo IV, os Centros de Saúde visam:

“(…) dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde” (Decreto-Lei n.º 60/2003, artigo 6º).

Neste contexto, e atendendo aos referidos pressupostos em que assentam os Centros de Saúde, actualmente o trabalhador-enfermeiro é impulsionado a adoptar o referencial de “a cada família o seu enfermeiro”, ou seja, este profissional é responsável pela prestação de cuidados de Enfermagem a um determinado número de pessoas e

famílias, inseridas no seu contexto sócio-familiar, inscritas no Centro de Saúde onde este profissional labora.

Assim sendo, o trabalhador-enfermeiro que presta cuidados de Enfermagem num mesmo Centro de Saúde, especialmente se assume o papel de enfermeiro de família, ao fim de algum tempo de exercício da sua actividade profissional, é detentor de um conhecimento completo e global das situações de saúde e de vida das pessoas e famílias que lhe são atribuídas, acompanhando-os no processo de saúde, doença e reabilitação. Tal processo implica, por parte dos clientes e famílias, uma permanente solicitação dos cuidados desse trabalhador-enfermeiro, o que, inevitavelmente, requer deste profissional uma competência que vai para além do domínio técnico-científico, com implicações em várias facetas do seu existir, sobretudo no seu trabalho profissional, dado o conhecimento e acompanhamento de diversas situações, nomeadamente as que lhe causam mal-estar psicológico, apesar de existir outras situações favoráveis que lhe dão prazer. Recorde-se que o conceito de prazer está associado às actividades que geram recompensa e estímulo (Doron & Parot, 2001). Este referencial de “enfermeiro de família” incita na *tarefa primária* do trabalhador-enfermeiro do Centro de Saúde, contrariamente ao que se passa nos serviços de saúde de atendimento permanente ou de urgência, uma disponibilidade, um acompanhamento e um seguimento sistemáticos das situações de saúde e doença do cliente e da sua família, no seu seio social, cultural, económico e meio ambiente.

Desta forma, o cliente que recorre aos cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde, de acordo com o motivo que o levou a solicitar estes cuidados, trás consigo uma grande expectativa face ao trabalhador-enfermeiro, para que o mesmo o elucide, o

conforte, compreenda na situação de saúde e/ou de vida, o alivie e ajude no seu processo de doença ou de convalescença, exigindo, assim, respostas prontas, definitivas e certas por parte deste profissional de saúde, acerca da sua doença e do seu prognóstico (McIntyre, 1994).

Este panorama torna o contacto humano entre o trabalhador-enfermeiro e o cliente difícil, complexo e cansativo para este profissional, pois a própria natureza da *tarefa primária*, implica inúmeras dificuldades, vicissitudes e exigências. Assim, é ainda importante referir que, por vezes, a intensidade, a permanência e o longo contacto com os clientes, especificamente nos Centros de Saúde, faz com que:

“(...) exista um envolvimento que ultrapassa os limites de um relação empática [terapêutica], o que leva a uma sobre-identificação da enfermeira [trabalhador-enfermeiro] com o utente surgindo o sofrer pelo outro e com o outro” (Branco, Moura, Conduto & Bento, 1994, p. 31).

Pires (1999), ao desenvolver um estudo de investigação com trabalhadores-enfermeiros, cuja questão central se debruçava sobre a vivência que estes profissionais experimentavam, quando tinham a consciência que cuidavam de alguém, percebeu que a experiência vivida do Cuidar gera “sentimentos profundos e duradouros” nestes profissionais:

“Há um envolvimento emocional vivido com intensidade de tal modo que a experiência, guardada na memória, é lembrada como algo importante. [Acrescenta que] o envolvimento do enfermeiro aumenta a sua vulnerabilidade emocional e, em consequência, a possibilidade de sofrer na relação interpessoal com o doente” (p. 32).

Assim, e tal como foi descrito no Capítulo III referente à Enfermagem, a profissão do trabalhador-enfermeiro é exigente e desgastante, atendendo à especificidade da sua *tarefa primária*, ou seja, são os seres humanos que se constituem, na área da saúde, o alvo do seu trabalho. Tal como refere Lazure (1994):

“Contrariamente ao contabilista, ao engenheiro e ao arquitecto, para quem a pessoa do cliente não constitui o objecto directo da sua competência, para a enfermeira é precisamente o ser humano, em toda a sua força e vulnerabilidade, quem constitui o objecto da sua” (p. 9).

Inerente a esta característica da profissão do trabalhador-enfermeiro voltada, então, para os seres humanos, estão os sentimentos de fracasso e de frustração, principalmente quando as terapêuticas usadas e os cuidados prestados não têm o sucesso desejado e/ou quando o trabalhador-enfermeiro se depara com situações, referentes aos clientes que cuida, de incapacidades, de acidentes, de doenças fatais, de sofrimento físico e/ou psicológico e de agravamento do estado de saúde e mesmo a morte. De acordo com Pires (1999) o Cuidar pode ser vivido pelo trabalhador-enfermeiro de forma ambivalente, dependendo dos resultados alcançados pelos clientes. Assim, pode desencadear neste profissional um sentimento de realização pessoal perante as melhoras do estado de saúde do cliente ou sentimentos de frustração e de tristeza, quando o contrario acontece, ou seja, face à inexistência de melhoras no cliente.

É ainda de referir que as várias consequências psico-emocionais e comportamentais decorrentes do acto de Cuidar, nestes trabalhadores-enfermeiros, terão repercussões nos serviços de saúde que os mesmos prestam à sociedade, pelo que há necessidade, por um lado, de prevenir o desenvolvimento de reacções psíquicas e interpessoais nocivas e, por outro, de promover o bem-estar psíquico e a qualidade de vida desses profissionais da saúde, para que, assim, haja saúde mental nos profissionais de saúde.

Neste contexto, torna-se necessária e inevitável a promoção da saúde mental e a prevenção do sofrimento psíquico, do trabalhador-enfermeiro, pois “quem cuida também sofre” (McIntyre, 1994). Actualmente já começa a haver alguma preocupação

sobre a saúde mental dos profissionais de saúde. A este propósito importa focar a elaboração de um programa de Intervenção para o *stress* num grupo de profissionais de saúde, apresentado por Soares e Figueiredo (1999), ao perceberem que, de forma geral, os profissionais da saúde não possuem nenhum tipo de treino para lidarem com as situações de *stress* a que estão sujeitos diariamente, no seu contexto de trabalho. Com o programa de intervenção, objectiva-se desenvolver estratégias de *coping*<sup>5</sup> para as pessoas conseguirem lidar com as situações de *stress*. Este programa é dirigido, então, a médicos, enfermeiros e pessoal administrativo e pressupõem 11 a 12 sessões, com uma hora e meia cada.

Contudo, apesar da importância de prevenir a doença psíquica e a necessidade da promoção da saúde mental do trabalhador-enfermeiro, e dada, portanto, a pertinência da temática do sofrimento psíquico neste profissional de saúde, importa frisar que os estudos desenvolvidos nesta área, sobretudo com estes profissionais, são ainda escassos, especialmente em Portugal. No decurso do desenvolvimento desta dissertação, foram solicitados à Ordem dos Enfermeiros, entre outras informações, os estudos realizados no âmbito do sofrimento psíquico destes profissionais, ao que a Ordem respondeu, e passa-se a citar, “(...) [sobre os] estudos realizados no âmbito do ‘Sofrimento Psíquico nos Enfermeiros’ a Ordem não tem informação disponível” (ver *Anexo I*). Esta informação veio vincar a falta de estudos desenvolvidos sobre a referida temática.

Em todo este processo de relacionamento entre o trabalhador-enfermeiro, cliente, família e instituição de saúde, especificamente no Centro de Saúde, importa relembrar, de acordo com o enunciado no *Capítulo II referente ao Trabalho e Saúde*

---

<sup>5</sup> *Coping* é utilizado pelas autoras como “a capacidade que as pessoas têm de lidar com a discrepância percebida entre as exigências enfrentadas e os recursos possuídos” (Soares e Figueiredo, 1999, p. 57).

*Mental: Sofrimento Psíquico e Prazer do Trabalhador*, que a organização do trabalho, é, de certa forma, a vontade do outro e depende, portanto, do contexto organizacional onde o trabalhador desenvolve a sua actividade profissional. Assim, relembra-se que a organização do trabalho, de acordo com Dejours (1992), diz respeito ao conteúdo da tarefa e às relações humanas em contexto de trabalho e depende, em larga medida, deste mesmo contexto de trabalho.

Além dos argumentos descritos, a pesquisadora desenvolve a sua actividade profissional no contexto organizacional do Centro de Saúde, assumindo o papel de enfermeira de família, centrado na acção de Cuidar, voltada para as pessoas e famílias inseridas no seu contexto sócio-familiar, a qual vivencia situações que conferem prazer, mas também de sofrimento psíquico, como seja a existência de negligência familiar, pobreza, maus-tratos, violência doméstica, doenças incapacitantes e terminais...

Em última instância, a organização de trabalho pode-se tornar difícil, complexa e cansativa para o profissional de Enfermagem. Face a tal, a proposta passa por investigar aquilo que especificamente na organização de trabalho do trabalhador-enfermeiro, que presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga, são situações pontuais de fontes de pressão e de alienação susceptíveis de gerar sofrimento psíquico, mas também as situações geradoras de prazer neste trabalhador (Dejours, 1994).

Todas as razões, apresentadas nos parágrafos anteriores, levaram, então, a pesquisadora a reflectir na importância e na pertinência que poderá constituir uma investigação efectuada no âmbito do sofrimento psíquico e do prazer no trabalho dos

enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde. Tal poderá ser um forte contributo para o melhoramento da qualidade de vida no labor destes profissionais e consequentemente para a melhoria dos cuidados prestados.

Assim sendo, procura-se, com a presente investigação, e tendo por base a teoria da *Psicodinâmica do Trabalho*, apresentada *Capítulo II*, analisar a questão da organização de trabalho do trabalhador-enfermeiro, de forma a perceber que tipo de relação se estabelece entre o trabalho do trabalhador-enfermeiro, desenvolvido no Centro de Saúde, e o surgimento de sofrimento psíquico e de prazer, gerado pelo processo de Cuidar de clientes e famílias – natureza da sua *tarefa primária*. Para tal, é importante que os trabalhadores-enfermeiros descrevam, com a sua própria linguagem, isto é, com as suas próprias palavras e com os seus discursos, como e que tipo de vivências é que estão a ter e como as estão a sentir, neste contexto de trabalho, o Centro de Saúde.

## **5.2 Objectivos da Investigação**

Propõe-se perceber o sofrimento psíquico e o prazer do trabalhador-enfermeiro, no contexto de trabalho dos Centros de saúde, através de três objectivos de investigação, um objectivo geral e dois objectivos específicos.

O primeiro objectivo geral está voltado para a análise da organização de trabalho, especificamente a nível da *tarefa primária* do trabalhador-enfermeiro, no seu contexto laboral, que é geradora de sofrimento psíquico e de prazer nesse mesmo

trabalhador da área da saúde. A partir deste primeiro objectivo geral de investigação emergiram dois objectivos específicos. O primeiro objectivo específico centra-se na identificação das reacções e das manifestações do sofrimento psíquico. O segundo objectivo específico está voltado para a identificação das estratégias defensivas utilizadas pelo próprio trabalhador-enfermeiro para lidar com o sofrimento psíquico.

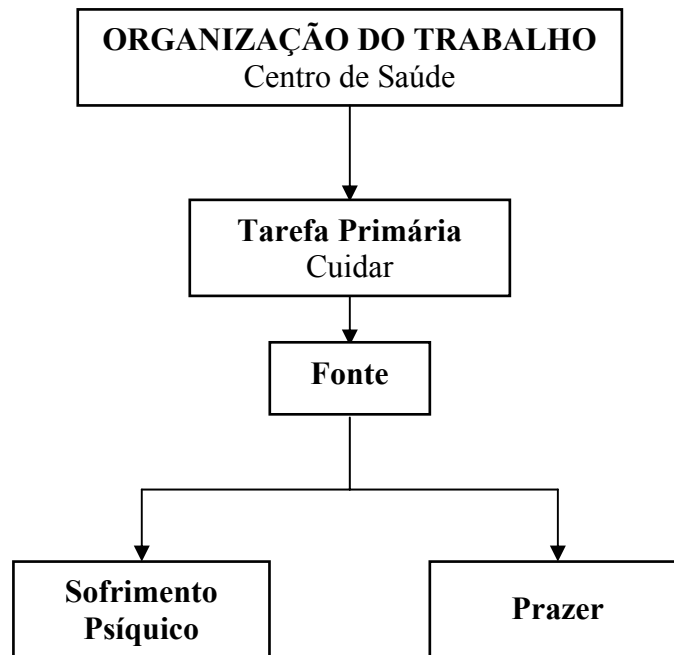
Partindo do pressuposto que existe sofrimento psíquico no trabalhador-enfermeiro que efectivamente presta cuidados directos de saúde aos clientes e no seu contexto laboral específico, vislumbram-se, então, os seguintes objectivos para esta investigação:

#### **1.º Objectivo Geral:**

- Descrever e analisar a organização do trabalho do trabalhador-enfermeiro – que presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga – especificamente a nível da execução da *tarefa primária*, de forma a identificar as situações geradoras de sofrimento psíquico e de prazer neste trabalhador da área da saúde. Portanto, é investigar aquilo que, aquando do processo de Cuidar e no contexto dos Centros de Saúde, são situações susceptíveis de gerar sofrimento psíquico e prazer no trabalhador-enfermeiro.

Este primeiro objectivo geral pode-se traduzir esquematicamente conforme é mostrado na figura 3.

**Figura 3** – Esquema do primeiro objectivo geral de investigação



Trata-se, como se pode aferir nesta figura 3, de analisar a organização de trabalho do trabalhador-enfermeiro, nos Centros de Saúde, a nível da sua *tarefa primária*, com a finalidade de identificar as fontes de sofrimento psíquico e de prazer neste trabalhador, aquando da prestação de cuidados de Enfermagem.

A partir deste primeiro objectivo geral de investigação emergiram dois objectivos específicos, um voltado para a identificação das reacções e das manifestações do sofrimento psíquico e outro para as estratégias defensivas face a este sofrimento.

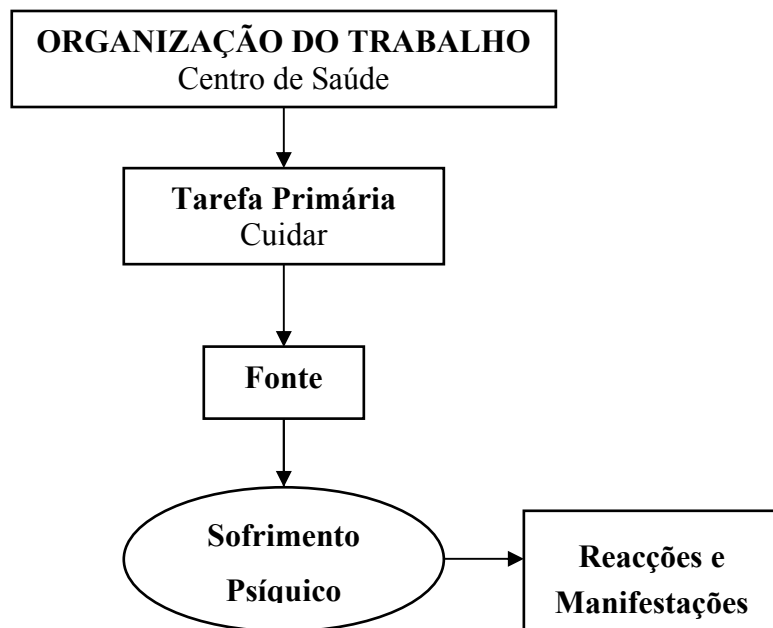
### **1.º Objectivo Específico:**

- Identificar as reacções e as manifestações face ao sofrimento psíquico do trabalhador-enfermeiro, apresentadas pelo mesmo – o qual presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga – sofrimento este que é gerado pela organização de trabalho,

aquando da execução da *tarefa primária*, realizada no seu contexto de trabalho.

Este primeiro objectivo específico pode-se traduzir esquematicamente conforme é mostrado na figura 4.

**Figura 4** – Esquema do primeiro objectivo específico de investigação



Trata-se aqui, como se pode observar nesta figura 4, de analisar as reacções e as manifestações face ao sofrimento psíquico, apresentado pelo trabalhador-enfermeiro, gerado pela *tarefa primária*, o Cuidar.

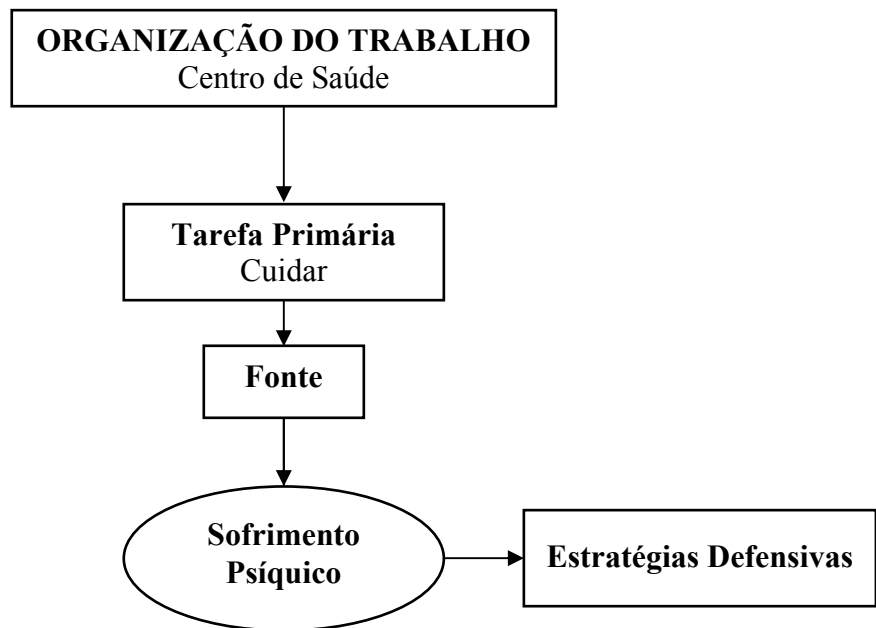
## **2.º Objectivo Específico:**

- Identificar as estratégias defensivas utilizadas pelo trabalhador-enfermeiro, face ao sofrimento psíquico do mesmo – o qual presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga – sofrimento este que é gerado pela organização de trabalho,

aquando da execução da *tarefa primária*, realizada no seu contexto de trabalho.

Este segundo objectivo específico pode-se traduzir esquematicamente conforme é mostrado na figura 5.

**Figura 5** – Esquema do segundo objectivo específico de investigação



Trata-se aqui, como se pode observar nesta *figura 5*, de analisar as estratégias defensivas, utilizadas pelo trabalhador-enfermeiro, face ao sofrimento psíquico, gerado pela *tarefa primária*.

### 5.3 Questões de Investigação

As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação (Fortin, 1999). São enunciados interrogativos claros,

redigidos no presente e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada.

Neste sentido, as questões de investigação precisam as variáveis que serão descritas e as relações que possam existir entre elas. Decorrem directamente dos objectivos e especificam os aspectos a estudar. A forma de colocar as questões determina os métodos que irão ser utilizados para obter uma resposta. São questões utilizadas nos estudos exploratórios-descritivos. Se não existem, ou existem poucos estudos, científicos, nem teorias que possam apoiar o estudo, o investigador enuncia, então, questões gerais, em vez de tratar de relações entre variáveis (Fortin, 1999).

Assim, nesta investigação, levantam-se três questões, uma geral e duas específicas, em consonância com os objectivos de investigação anteriormente definidos. A questão geral é referente à organização de trabalho, especificamente no que concerne à *tarefa primária* da Enfermagem, desencadeadora de sofrimento psíquico e de prazer. A primeira questão específica diz respeito às reacções e às manifestações do sofrimento psíquico do trabalhador-enfermeiro, tidas e apresentadas pelo próprio. A segunda questão específica está voltada para as estratégias defensivas, face ao sofrimento psíquico do trabalhador-enfermeiro, utilizadas pelo mesmo.

### **1.ª Questão Geral:**

- Quais são, na organização do trabalho, especificamente a nível da execução da *tarefa primária* do trabalhador-enfermeiro – que presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga - as situações específicas susceptíveis de gerar sofrimento

psíquico, mas também de gerar prazer neste trabalhador, no seu contexto de trabalho?

**1.ª Questão Específica:**

- Quais são as reacções e as manifestações do sofrimento psíquico do trabalhador-enfermeiro tidas e apresentadas pelo mesmo – que presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga – sofrimento este que é gerado pela organização de trabalho, aquando da execução da *tarefa primária*, realizada no seu contexto de trabalho?

**2.ª Questão específica:**

- Quais são as estratégias defensivas utilizadas pelo trabalhador-enfermeiro, face ao sofrimento psíquico do mesmo – que presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga - sofrimento este que é gerado pela organização de trabalho, aquando da execução da *tarefa primária*, realizada no seu contexto de trabalho?

Assim, após a explanação das questões orientadoras desta investigação, de seguida, passa-se a fazer referência ao tipo de estudo.

#### **5.4 Tipo de Estudo**

De acordo com Fortin (1999), o tipo de estudo empreendido, que discrimina a estrutura utilizada segundo as questões de investigação, visa descrever e analisar

variáveis. Na presente investigação, as variáveis são as seguintes: as fontes do sofrimento psíquico e do prazer, aquando da execução da *tarefa primária* de Enfermagem, o Cuidar; as reacções e as manifestações do sofrimento psíquico; e as estratégias defensivas utilizadas perante o sofrimento psíquico.

O plano da pesquisa, do presente estudo, é do tipo exploratório-descritivo inicialmente, e comparativo e matricial de proporções numa fase posterior:

- Exploratório-descritivo, pois de acordo com Fortin (1999), este tipo de estudo permite:

“(...) descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido (...)” (p. 52).

Assim, nesta dissertação, proceder-se-á à descrição e à análise da organização de trabalho, especificamente aquando da execução da *tarefa primária* do trabalhador-enfermeiro que presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga, e geradora de sofrimento psíquico e de prazer, como também proceder-se-á à exploração das reacções e das manifestações do sofrimento psíquico, bem como às estratégias defensivas face a esse mesmo sofrimento.

- Comparativo, uma vez que, face às áreas temáticas que emergiram da análise dos dados, estabelece-se uma comparação das frequências de citação relativas às categorias emergentes das áreas temáticas, e no interior de cada categoria, entre as frequências de citação relativas às suas subcategorias (*ver Capítulo V, item 6.2.2.*).

- Matricial de proporções, pois face às áreas temáticas que emergiram dos resultados, foram criadas matrizes de intersecção, através das quais se estabelece uma

análise de relações, entre as categorias emergentes das áreas temáticas e as actividades desenvolvidas pela amostra, procurando-se conhecer as proporções estabelecidas entre elas (ver *Capítulo V* item 6.2.2).

Face ao exposto, considera-se este estudo de natureza qualitativa, em que o investigador não se assume como um perito, mas antes reconhece que a relação sujeito-objecto é marcada pela intersubjectividade (Fortin, 1999). Os indivíduos que participam no estudo possuem uma experiência particular, que na presente dissertação, esta experiência, reporta-se às vivências de sofrimento psíquico e de prazer.

## **5.5 Participantes no Estudo: População e Amostra**

A população, de acordo com Gourieroux (citado por Beaud, 2003), corresponde a “ (...) um conjunto de ‘unidades elementares sobre as quais recai a análise’ ” (p. 206). Para Fortin (1999), a população diz respeito a um conjunto de elementos que partilham uma série de características comuns, de acordo com um agrupado de critérios, definidos pelo pesquisador.

### **5.5.1 A abrangência da População: Caracterização**

A presente investigação foi realizada num Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga. Este organismo regional de saúde foi contactado, via correio, no início do mês de Maio de 2003, para que facultasse, à autora desta investigação, uma listagem

dos Centros de Saúde da sua área de abrangência (*ver Apêndice I - pedido e Anexo II - resposta ao pedido*).

A Sub-Região de Saúde de Braga, fica localizada no norte de Portugal, mais propriamente no distrito de Braga. Esta Sub-Região de Saúde é o organismo regional de saúde que faz a ligação com a Administração Regional de Saúde do Norte, administração esta que integra as Sub-Regiões de Saúde do Norte de Portugal.

Por sua vez, a Sub-Região de Saúde de Braga integra catorze Concelhos: Amares; Barcelos; Braga; Cabeceiras de Basto; Celorico de Basto; Esposende; Fafe; Póvoa de Lanhoso; Terras de Bouro; Vieira do Minho; Guimarães; Vila Nova de Famalicão, Vila Verde; e, Vizela, tal como se pode observar na figura 6.

**Figura 6** – Mapa dos Concelhos que integram a Sub-Região de Saúde de Braga



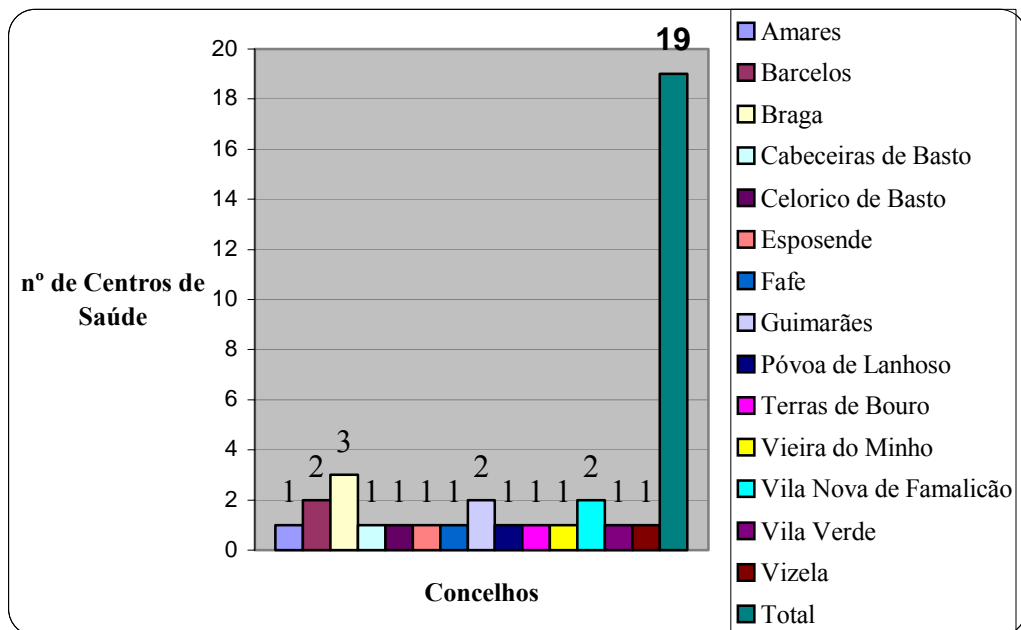
**Fonte:** Sub-Região de Saúde de Braga (2004).

Acrescenta-se ainda que, as Sub-Regiões de Saúde são os organismos regionais responsáveis pela actividade dos Centros de Saúde. Assim, os Centros de Saúde da área

de abrangência da Sub-Região de Saúde de Braga estão distribuídos pelos referidos Concelhos e da seguinte forma: Amares 1; Barcelos 2; Braga 3; Cabeceiras de Basto 1; Celorico de Basto 1; Esposende 1; Fafe 1; Póvoa de Lanhoso 1; Terras de Bouro 1; Vieira do Minho 1; Guimarães 2; Vila Nova de Famalicão 2, Vila Verde 1; e, Vizela 1. Perfazem, então, um total de 18 Centros de Saúde, para um total de 14 Municípios, na área de abrangência desta Sub-Região de Saúde, como se pode observar no gráfico 1.

**Gráfico 1** – Distribuição dos Centros de Saúde, por Concelho, na Sub-Região de Saúde

de Braga



**Fonte:** Sub-Região de Saúde de Braga (2004).

No que concerne especificamente ao Centro de Saúde onde foi realizada a presente investigação, e de acordo com a Enfermeira – Chefe do mesmo, esta Unidade de Saúde tem 34 enfermeiros para um total de 52.206 clientes inscritos (no ano de 2004), distribuídos por oito Extensões de Saúde, o que dá em média 1537 clientes por enfermeiro.

Em termos de actuação, e ainda de acordo com a Enfermeira-Chefe, este Centro de Saúde está voltado para a prestação de Cuidados Médicos (clínica geral e familiar), Cuidados de Enfermagem Gerais e Especializados (comunitária; materna e obstétrica; médico-cirúrgica) e Cuidados de Saúde Pública.

A missão do Centro de Saúde onde se desenvolveu a presente investigação, está voltada para a promoção e vigilância da saúde; prevenção, diagnóstico e tratamento de doença. Estas acções têm como foco principal o indivíduo, a família e a comunidade.

A sede do Centro de Saúde e o Serviço de Atendimento Permanente (SAP), têm um horário de funcionamento das 8:00 às 20:00 horas de Segunda a Sexta-feira. As oito Extensões de Saúde praticam o horário das 9:00 às 17:00 horas, também de Segunda a Sexta-feira.

A equipa de Enfermagem, no mês de Maio de 2004, era constituída por 34 enfermeiros, com as seguintes categorias:

- 1 Enfermeira – Chefe com a Especialização em Enfermagem Comunitária;
- 3 Enfermeiros com a Especialidade de Enfermagem Comunitária;
- 2 Enfermeiros com a Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica;
- 1 Enfermeiro com a Especialidade Médico-Cirúrgica;
- 15 Enfermeiros Graduados;
- 12 Enfermeiros.

O modelo de organização do trabalho dos enfermeiros é o de enfermeiro de família.

É de referir que o Centro de Saúde onde se realizou este estudo, apesar de registar as suas particularidades, inerentes a cada organização de trabalho, é um Centro de Saúde como qualquer outro Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga, ou seja, no cômputo geral, e em termos de funcionamento, da existência de valências de saúde e do modelo de organização, em praticamente tudo se assemelha a todos os restantes Centros de Saúde da referida Sub-Região de Saúde.

Assim, ao fazer-se o levantamento qualitativo de dados, junto dos enfermeiros que laboram nos Centros de Saúde, pressupõem-se o princípio de generalização para todos os enfermeiros que laboram nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga.

Este estudo foi efectuado junto de oito enfermeiros, no mínimo com um ano de experiência profissional, de ambos os sexos, contratados, agentes ou funcionário da Sub-Região de Saúde de Braga. Entre outros, estes são alguns dos critérios de selecção da população em estudo, critérios estes fulcrais para a escolha da amostra. De seguida apresentam-se estes mesmos critérios de selecção da população em estudo, seguidos das respectivas fundamentações e justificações.

### **5.5.2. Critérios de Selecção da População**

Pretendeu-se obter, então, como população-alvo para a concretização deste estudo, os enfermeiros, cuja situação obedecesse aos seguintes critérios:

**a) Que estivessem a prestar cuidados de Enfermagem directos aos clientes, pelos menos há 1 ano.**

A escolha de trabalhadores-enfermeiros, prestadores de cuidados directos, justifica-se pelo facto de se pretender analisar o sofrimento psíquico e o prazer durante a prestação de cuidados, ou seja, aquando do exercício da *tarefa primária*. Não faria sentido, para esta investigação, a participação de trabalhadores-enfermeiros que exercessem outro tipo de cargos na organização de trabalho que não a prestação de cuidados de Enfermagem directos a clientes, como sejam os cargos administrativos.

A opção por profissionais que prestassem cuidados de Enfermagem há pelo menos um ano, prendeu-se com o facto de se pretender analisar a forma como os profissionais lidavam e se organizavam na defesa contra o sofrimento psíquico, ao longo da sua carreira profissional. Assinala-se que um ano de experiência profissional já permite aos trabalhadores-enfermeiros, integrados nas respectivas unidades de saúde, possuírem um conjunto de experiências mínimas que lhes possibilite uma análise mais profunda e detalhada da sua organização de trabalho, mais concretamente no que se refere ao conteúdo da *tarefa primária* – o Cuidar.

**b) Que fossem enfermeiros de nível 1 (enfermeiros e enfermeiros graduados).**

Justifica-se esta opção por se ter considerado que esta característica parece, à partida, garantir uma análise da complexidade do problema que se propõe estudar, pois os enfermeiros de nível 1, estão preparados para exercer a *tarefa primária* na sua

plenitude. Observe-se que estes enfermeiros, de nível 1, constituem uma população com características semelhantes no que respeita à formação e ao tipo de tarefas desempenhadas. Se este estudo integrasse outras categorias profissionais, por exemplo enfermeiros especialistas, tinha que se atender a que estes profissionais têm outro conteúdo funcional na Carreira de Enfermagem e que, portanto, assumem funções diferentes na organização de saúde. Assim sendo, ao fazer-se a opção pelos enfermeiros especialistas poder-se-ia correr o risco de ter na amostra sujeitos que não desempenhassem apenas a *tarefa primária*, o que por consequência se repercutiria nos resultados obtidos.

**c) Que possuíssem contrato de trabalho ou vínculo laboral com a Sub-Região de Saúde de Braga e desenvolvessem a sua actividade profissional de forma regular e ininterrupta – num mínimo de 24 horas semanais e que não tivessem estado, desde o início de 2003, sob qualquer tipo de licença de trabalho, que possibilitasse a sua ausência total, ou parcial no local de trabalho, durante o respectivo ano civil (salvo períodos de férias).**

Os critérios da prestação de cuidados de forma ininterrupta e regular e o da inexistência de qualquer tipo de licença, veiculam-se ao que acabou de ser referido, no *item* anterior, ou seja, a permanência nos serviços de saúde de forma regular e ininterrupta, permite ao trabalhador-enfermeiro o conhecimento e o acompanhamento dos clientes, criando-se a oportunidade de estabelecer uma verdadeira relação de Cuidar, tendo por base a relação de ajuda.

A definição de tais critérios de selecção da população constitui uma garantia indispensável para a escolha do elemento da amostra (Fortin, 1999).

### 5.5.3 Processo de Amostragem e Caracterização da Amostra

Atendendo a que é complexo poder-se estudar de forma exaustiva todos os elementos da população, surge a necessidade de escolher um grupo de indivíduos representativos da mesma, de forma a garantir que as observações, que deles forem feitas, possam ser generalizadas a todos os elementos da população. Para tal, é necessário que esse grupo de pessoas – **amostra** – apresente características semelhantes às da população em estudo, ou seja, que seja representativa da mesma (Ghiglione & Matalon, 2001). No entanto, a escolha de uma amostra desencadeia um erro amostral, o qual:

“(…) está sempre presente em qualquer estudo, dado que se desconhece na totalidade as características da população, pelo que o erro amostral está ligado ao facto de não se analisar se não uma porção da população para conhecer esta última” (Beaud, 1992, citado por Fortin, 1999, p. 205).

Com a finalidade de reduzir ao mínimo o erro amostral, é necessário seguir uma das soluções (Fortin, 1999):

- retirar de forma aleatória, e em número suficiente, os indivíduos que integram a amostra (método probabilístico ou aleatório);
- tentar recriar a população em estudo, de acordo com as suas características, o mais fielmente possível (método não probabilístico).

Atendendo a que a investigação é do tipo qualitativa optou-se, para a escolha da amostra pelo método não probabilístico, pois de acordo com Morse (citado por Fortin, 1999) “(...) é mais pertinente em investigação qualitativa ter uma amostragem não probabilística mas apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja” (p. 156).

Assim, neste tipo de amostragem não probabilística, de acordo com Fortin (1999), mais que o questionamento sobre a representatividade da amostra, importa questionar em que medida os participantes no estudo podem fornecer dados válidos e abrangentes.

Também houve a preocupação em evitar uma amostra muito extensa, de forma a evitar um enorme acumulado de dados, o que tornaria a sua análise complexa e muito exaustiva (Fortin, 1999). Atendendo a este pressuposto, surgiu, então, a questão “como determinar o tamanho da amostra de maneira a assegurar uma quantidade de dados válidos e suficientes?”.

Para responder a esta questão seguiram-se as orientações de Fortin (1999), segundo os quais se teria que incluir o número de sujeitos até se atingir a “saturação de dados”, isto é, até chegar o momento da colheita de dados em que o investigador não obtém mais informação nova e relevante dos participantes.

O recurso à referida “saturação de dados”, adverte a autora, deve ser feita tendo por base o uso de “casos negativos”, ou seja, a amostra deve incluir sujeitos (no caso

desta dissertação trata-se de enfermeiros-trabalhadores de nível 1) que tenham opiniões diferentes daquelas que prevalecem entre os sujeitos que já deram o seu testemunho, que já foram entrevistados. O recurso aos “casos negativos” possibilita uma análise mais rica e completa.

Na presente investigação, atendeu-se a este aspecto dos “casos negativos” da amostra, na medida em que se privilegiou a diversidade das seguintes características: *sexo; idade; experiência profissional; tempo de serviço; estado civil; categoria profissional e formação profissional* e para que seja, enfim, razoavelmente representativa também da categoria de enfermeiros da população do distrito de Braga, mesmo sabendo que, em estudos qualitativos, a representatividade não seja tão relevante, como afirma Fortin (1999):

“(…) é preferível questionar-se em que medida estas pessoas são susceptíveis de fornecer dados válidos e completos do que perguntar-se se elas ‘são representativas da população’ donde provêm” (p. 156).

A amostra desta investigação qualitativa foi, assim, de oito sujeitos, maioritariamente femininos, constituída por 6 elementos do sexo feminino e 2 elementos do sexo masculino. De forma a obter a caracterização da amostra foi elaborado um questionário (*ver Apêndice II*) que “(…) é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos” (Fortin, 1999, p. 249). Tal vem de encontro ao preconizado por Ghiglione e Matalon (2001), segundo os quais um dos propósitos do questionário é exactamente “(…) descrever uma população ou subpopulação” (p. 106).

Na presente investigação a “saturação de dados” começou a surgir na realização da quinta entrevista. Contudo, optou-se por prosseguir com a realização de mais três entrevistas, para que, efectivamente, existisse uma confirmação deste importante requisito.

Face aos resultados obtidos nos oito questionários procedeu-se à caracterização da amostra, a qual versou sobre elementos de carácter sócio-demográfico-profissional, tais como: sexo; idade; estado civil; existência de filhos; área de residência; distância do local de residência ao local de trabalho; habilitações literárias; formação profissional; categoria profissional; natureza do vínculo; tempo de exercício profissional no Centro de Saúde; número de horas de trabalho semanais no Centro de Saúde; experiência profissional; método de trabalho utilizado; número de utentes atribuídos e, por último, a existência de um segundo emprego; abrangendo, assim, as características mencionadas a propósito da importância dos casos negativos na colheita de dados.

As **idades** da amostra obtida distribuem-se nos seguintes grupos etários:

- < 25 anos – 4 sujeitos
- 25-35 anos – 3 sujeitos
- > 55 anos – 1 sujeito

Relativamente ao **estado civil**, registam-se três casados e cinco solteiros. No que concerne à **existência de filhos**, os dados são similares aos registados para o estado civil, ou seja, dos oito sujeitos, três têm filhos.

A **área de residência** dos indivíduos é a seguinte:

- Urbana – 1 sujeito
- Semi-Urbana – 5 sujeitos
- Rural – 1 sujeito
- Semi-Rural – 1 sujeito

No que se refere à **distância do local de habitação ao local de trabalho**, a amostra obtida distribui-se da seguinte forma:

- <5 Km – 3 sujeitos
- <10 Km – 2 sujeitos
- 10 Km a 20 km – 2 sujeitos
- 30 Km – 1 sujeito

Quanto às **habilitações literárias**, os oito participantes possuem o 12.º ano de escolaridade, tendo um dos sujeitos obtido este grau de escolaridade há 2 anos, feito por iniciativa própria, dado que na altura em que frequentou o curso de Enfermagem, este grau não era obrigatório.

A **formação profissional** dos sujeitos não é uniforme, verificando-se que dois são detentores do bacharelato em Enfermagem e seis possuem o grau de licenciatura em Enfermagem.

No que toca à **categoria profissional**, três são enfermeiros graduados e cinco são enfermeiros 1 (*ver Capítulo IV, item 4.3*).

A **natureza do vínculo** à instituição também é diferente: três sujeitos fazem parte do quadro do pessoal do Centro de Saúde, quatro estão em Contrato Administrativo de Provisão e um está em Contrato de Trabalho a Termo Certo.

Quanto ao **tempo de exercício profissional** no Centro de Saúde, ele distribui-se da seguinte forma, por anos e meses:

- 1 a 3 anos – 3 sujeitos
- 4 a 9 anos – 3 sujeitos
- Mais de 10 anos – 2 sujeitos

No que respeita à **experiência profissional**, quatro sujeitos sempre trabalharam no Centro de Saúde. Os restantes três sujeitos já experienciaram prestar cuidados de Enfermagem noutros serviços de saúde, experiência esta que se concentra no âmbito hospitalar e numa clínica de dermatologia. Destes três sujeitos que têm experiência profissional noutras unidades de saúde, sem ser o Centro de Saúde, apenas um sujeito actualmente trabalha também num outro local, além de trabalhar no Centro de Saúde em questão. Outro local onde este sujeito trabalha é numa clínica de dermatologia, com uma carga horária semanal de 20 horas.

O **número de horas de trabalho semanais** que todos os indivíduos fazem no Centro de Saúde é de 35.

Pela caracterização da amostra em estudo, realmente pode-se constatar que a mesma foi diversificada, o que garante tanto a questão da saturação de dados, quanto a questão da representatividade, tal como se pode observar pelo quadro síntese das características dos enfermeiros que integraram a amostra (ver *Apêndice III*).

## **5.6 Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados**

Tal como já foi referido no capítulo II, a *Psicodinâmica do Trabalho* propõe a análise qualitativa da vivência do sofrimento psíquico e das situações de prazer no trabalho. Desta forma, a selecção dos instrumentos de recolha de dados, nos quais o investigador se baseia para colher a informação pretendida junto dos participantes (Fortin, 1999), foi de encontro à metodologia proposta pela teoria dejouriana (Dejours & Jayet, 1994), apesar de, em determinados momentos, esta mesma metodologia sofrer algumas alterações.

Assim, de acordo com Dejours (1992), para se desenvolver uma pesquisa sobre o sofrimento psíquico, ela deve-se basear, num primeiro momento, numa solicitação que deve ser formulada pelos próprios trabalhadores que estão a vivenciar o problema pesquisado. Contudo, a procura destas pesquisas, por iniciativa dos trabalhadores, ainda é uma situação rara em Portugal. Assim sendo, na presente pesquisa ressalta-se que os trabalhadores-enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Braga não têm, ainda, suficiente desenvolvimento sócio-cultural para formularem, eles mesmos, esta solicitação, pelo que esta pesquisadora (que é também trabalhadora - enfermeira), a formulou, então. Assim, foi a pesquisadora que se dirigiu aos trabalhadores-enfermeiros, pois considerou

que esta questão não se podia tornar um factor impeditivo para a realização da presente investigação.

Segundo Dejours (1994), para se ter acesso ao sofrimento psíquico, é necessário passar pela “palavra dos trabalhadores” e não por uma observação simples ou mesmo participada. Nesta perspectiva buscou-se a relação entre a palavra dos trabalhadores e a escuta atenta da pesquisadora o que permite ao sujeito falar sobre o seu trabalho, colocar em foco a sua percepção das situações que está a vivenciar, colaborando para a consciência e crítica desse contexto laboral, independentemente dele ser composto por experiências positivas e/ou negativas. Segundo a metodologia proposta por Dejours (1992) o sofrimento psíquico e o prazer são, nas suas origens, oriundos de uma relação específica com o inconsciente, sendo no jogo entre o pré-consciente e o inconsciente que se negociam as relações de sofrimento psíquico e de prazer. Uma outra ideia subjacente a esta metodologia é que não se conhece o sofrimento psíquico e o prazer objectivos. Na óptica do objectivo apenas se identificam os desequilíbrios, contudo esta preceptiva revela pouca informação sobre a vivência subjectiva qualitativa. O que Dejours (1992) defende é que a análise do sofrimento psíquico e do prazer só pode ser feita através das relações intersubjectivas no trabalho.

Atendendo a estas características e exigências da metodologia da *Psicodinâmica de Trabalho*, e ao pressuposto da busca da globalidade e da compreensão do sofrimento psíquico e do prazer no trabalho, centrados no modo como os seres humanos interpretam e atribuem sentido à sua realidade subjectiva (Bogdan & Biklen, 1994), optou-se, como estratégia de recolha de dados, pela entrevista:

“(…) que consiste numa interacção verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação, a fim de partilharem um saber experienciado e isto, para melhor

compreender um fenómeno de interesse para as pessoas implicadas” (Savoie-Zajc, 2003, p. 281).

A realização de entrevistas permite, segundo Bogdan e Biklen (1994):

“(…) recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” ( p. 134).

Assim, realizaram-se entrevistas do tipo individual e semi-estruturadas aos oito enfermeiros que integraram a amostra. Para tal, foi elaborado um guião da entrevista (*ver Apêndice IV*), composto por três partes.

A primeira parte do guião da entrevista consiste no estabelecimento de três pressupostos para a estruturação e realização das entrevistas: a) escolha do curso; b) escolha do local de trabalho; e, c) tarefas actuais e efectivas. Estes três pressupostos geraram, no processo de análise dos resultados, como será visto no capítulo VI referente aos resultados, as três áreas descritivas.

A segunda parte do guião da entrevista define os objectivos operacionais da mesma, de acordo com os objectivos de investigação.

A terceira parte do guião da entrevista define as questões orientadoras da entrevista, as quais foram elaboradas em função dos objectivos operacionais e das questões de investigação. Esta terceira parte contém questões nem totalmente abertas, nem totalmente fechadas, em conformidade com o tipo de entrevista que é semi-estruturada. As questões que compõem a terceira parte do guião da entrevista, não foram colocadas de forma rígida, ou seja, por uma ordem pré-estabelecida, atendendo às

vicissitudes e idiossincrasias dos entrevistados, assim como aos seus estilos cognitivos. Contudo, a entrevistadora estava atenta à sequência e ao conteúdo das questões orientadoras definidas pela lista de objetivos operacionais do guião da entrevista. Tal procedimento permitiu, por um lado, efectuar as alterações consideradas necessárias ao longo do decurso das entrevistas e, por outro, o desenvolvimento de um clima de liberdade de expressão (de “estar à vontade”), que possibilitasse a exposição, por parte dos entrevistados, das suas vivências desencadeadas pela *tarefa primária*, ou seja, pelo Cuidar.

O guião da entrevista foi sujeito a um pré-teste junto de dois enfermeiros de nível I, os quais não integraram a amostra. Não se tendo registado, a partir dos resultados do pré-teste, a necessidade de reformulação do guião da entrevista; sendo assim, o mesmo foi considerado definitivo, pois pareceu, à partida, ajustado à recolha da informação desejada (*ver item 5.2*).

É ainda de acrescentar que a realização deste pré-teste, feito ao guião da entrevista, revestiu-se de uma grande importância no que concerne à condução da realização das entrevistas (posteriormente efectuadas) por parte da entrevistadora, dado que as tornou mais flexíveis, já que possibilitou à pesquisadora-entrevistadora uma aprendizagem significativa, obtendo-se, assim, uma maior liberdade de expressão dos entrevistados, o que, inevitavelmente, tornou a informação recolhida mais enriquecida. A realização do pré-teste permitiu, ainda, treinar a utilização do gravador e audiocassete, como suporte para o registo das entrevistas; fazer uma previsão da duração de cada entrevista e, por último, testar a validade das questões, bem como a sua sequência e coerência interna.

Já o referido questionário sócio-demográfico-profissional, construído para caracterizar e delimitar a amostra, é composto por dezassete questões, abertas e fechadas. Este questionário foi sujeito também a um pré-teste, junto dos mesmos dois enfermeiros de nível I em que se fez o pré-teste do guião da entrevista. O *feedback* dado por estes dois sujeitos que integraram o pré-teste, relativamente às questões colocadas no questionário, foi positivo, ou seja, as questões demonstraram-se compreensíveis, não evidenciando erros de vocabulário e de formulação, e também não geraram equívocos. Posto isto, considerou-se que o questionário estava apto para ser aplicado à amostra. Optou-se por aplicar o questionário aos oito entrevistados que integram a amostra, antes da realização da entrevista, dado que o mesmo era de fácil e rápido preenchimento. Esta opção de aplicar previamente este questionário contribuiu, de certa forma, para uma maior aproximação e relação de confiança entre o entrevistado e a pesquisadora.

Após a definição dos objectivos da investigação, da construção do instrumento de recolha de dados (guião de entrevista), do questionário sócio-demográfico-profissional e da escolha do terreno da pesquisa (Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga), foi feito um primeiro contacto informal com a Enfermeira-Chefe desse mesmo Centro de Saúde, onde lhe foi exposto o que se pretendia realizar e ao qual se mostrou receptiva e acolhedora. Seguiu-se, então, a formalização do pedido de solicitação de autorização para a realização das entrevistas aos enfermeiros (*ver Apêndice V*). Em anexo a este pedido de solicitação de autorização para a realização das entrevistas, remeteram-se, à referida Enfermeira-Chefe, três documentos: a declaração emitida pela Universidade Fernando Pessoa, onde consta a frequência da aluna no referido mestrado e a sua área de pesquisa; a carta de explicação do estudo (*ver Apêndice VI*) e, por último, o formulário do consentimento (*ver Apêndice e VII*),

documentos que seriam apresentados, posteriormente, aos enfermeiros que integraram a amostra.

Na base da elaboração da referida carta de explicação do estudo e do formulário do consentimento, esteve o pressuposto de que, em qualquer investigação, a obtenção de um consentimento escrito, esclarecido e livre dos participantes é fundamental para que seja assegurada a ética na condução da investigação (Brent; Cassidy, citado por Fortin, 1999).

Previamente aos participantes assinarem o formulário do consentimento, devem-lhes ser facultadas informações relativas ao projecto de investigação e à sua participação no estudo (Fortin, 1999). Neste sentido, foi elaborada a já referida carta de explicação do estudo, contendo os elementos sugeridos pela autora, a qual se baseou no documento emanado pelo *Comité Multifacultaire d'Éthique des Sciences de la Santé* (CMESS), da Universidade de Montreal. Assim sendo, os elementos que compuseram a carta de explicação do presente estudo, foram os seguintes: identificação da autora da pesquisa; o fim e os objectivos do estudo; o tema; o método de recolha de dados; os critérios de selecção da população em estudo; as vantagens em participar no estudo; os riscos e os desconfortos; a participação voluntária, a retirada do estudo e, por último, o contacto da investigadora (*ver apêndice VI*).

A elaboração desta carta de explicação do estudo, foi um passo importante, na medida em que permitiu aos participantes obterem as informações essenciais sobre o estudo a desenvolver e a natureza do consentimento voluntário. Esta carta foi importante para que, posteriormente, pudessem assinar o formulário do consentimento

livre e esclarecido. Ao se elaborar os dois documentos, a carta de explicação do estudo e o formulário de consentimento, teve-se o cuidado, de acordo com o preconizado por Fortin (1999), em “(...) apresentar uma informação clara e precisa, numa linguagem compreensível, simples e comum” (p. 121).

Considerando que neste tipo de estudos qualitativos, de acordo com Fortin (1999), importa que os participantes partilhem as suas experiências e vivências, houve a preocupação, ao longo do processo de selecção da amostra, em dialogar com a Enfermeira-Chefe do Centro de Saúde onde foi realizada a investigação, para que a mesma apontasse aqueles enfermeiros que reuniam os critérios de selecção da população e também que, à partida, apresentassem as seguintes características: motivação em participarem no estudo e capacidade de se exprimir.

Assim, depois do diálogo com a Enfermeira-Chefe do Centro de Saúde e sob a sua autorização (*ver Anexo III*), esta pesquisadora, num primeiro contacto, dirigiu-se aos enfermeiros, onde lhes foi apresentada a carta de explicação do estudo não se tendo registado nenhum caso de recusa ou desistência. Face aos conhecimentos do teor do estudo, e, após a concordância e consentimento dos sujeitos em participar de forma livre e esclarecida, foi-lhes solicitado que assinassem o formulário de consentimento (*ver em Anexo IV, um exemplar de consentimento assinado*). Foi aproveitado este primeiro contacto com os enfermeiros para combinar o dia e a hora da realização das entrevistas.

Assim sendo, as entrevistas foram efectuadas em função da disponibilidade de tempo dos oito entrevistados. O local da realização das entrevistas foi no gabinete dos enfermeiros, durante o seu horário de expediente, nas estruturas físicas do Centro de

Saúde em estudo, o que facilitou um clima de privacidade, de confiança e de familiaridade, pois eles, assim, já conheciam o local e estavam no seu “habitat” profissional. Considerou-se, ainda, tal como refere Mendes (2004), que é recomendável que as entrevistas sejam realizadas num espaço público, para tornar visível a dinâmica e a gestão dos trabalhadores frente às adversidades dos contextos de trabalho.

Tal como já foi referido, as questões não foram colocadas pela ordem anotada, dado que a pertinência e oportunidade de colocar a questão, foram definidas no contexto dos discursos dos entrevistados. Assim, houve a preocupação em deixar falar livremente o entrevistado da forma e com as palavras que o mesmo desejasse e considerasse conveniente. No entanto, esteve sempre presente, ao longo do desenvolvimento de todas as entrevistas, a preocupação, por parte da entrevistadora, em centrar o discurso dos sujeitos nos objectivos operacionais e, de acordo com as questões do guião da entrevista. Portanto, e como já foi referido, a propósito da construção do guião da entrevista, sempre que se verificava uma situação de afastamento do discurso dos entrevistados, os mesmos foram estimulados a fornecer uma resposta mais precisa, tendo a entrevistadora, delicadamente, conduzido os mesmos a dar seguimento ao previsto pelo respectivo guião.

De forma a garantir a segurança e a fiabilidade dos dados recolhidos, para posterior levantamento e análise de forma fidedigna, gravaram-se os discursos decorrentes das entrevistas, tendo por base o respectivo consentimento dos participantes.

A realização das entrevistas decorreu no mês de Maio de 2004 e tiveram uma duração média de 50 a 70 minutos cada, perfazendo, aproximadamente, um tempo total de entrevistas de 8 horas.

## **CAPÍTULO VI – RESULTADOS**

A escolha de uma metodologia de análise de resultados nunca deve ser feita por impulso ou simples vontade do investigador. Desta forma, o desenvolvimento de um processo de investigação e de análise de determinado objecto empírico, é efectuado num esforço de ruptura com o senso comum, recorrendo à construção teórica existente e ao estado da arte no campo das investigações empíricas. Com efeito, é a teoria que indica quais as técnicas e métodos mais apropriados para a investigação. De resto, é possível realçar que todo o processo de investigação e produção de conhecimento científico tem como ponto de partida e de chegada a teoria.

Neste contexto, é o corpo teórico que deve guiar o investigador na sua abordagem à problemática, na construção dos conceitos e estabelecimento das relações entre estes, na construção dos instrumentos de análise e na sua aplicação. Tendo isto em conta, naturalmente, também a análise dos dados é guiada pelas aquisições teóricas previamente efectuadas, devendo existir, em todo este processo, uma preocupação frequente em relacionar o material teórico com o material empírico recolhido, procurando responder às questões de investigação colocadas.

Na sua base, este processo é válido para a maioria das investigações em Ciências Sociais, no entanto, é necessário ter em conta que a metodologia adoptada condiciona o tipo de técnicas aplicadas e, em boa medida, a respectiva análise. Posto de outra forma, trabalhar com determinada postura metodológica condiciona, não apenas as questões que se fazem, mas também os mecanismos que se colocam em prática, bem como as repostas que se podem obter. Assim, se este estudo se assume com um pendor

fortemente qualitativo, tendo na entrevista individual e semi-estruturada a sua técnica principal, esta opção deriva directamente das especificidades do objecto empírico e das orientações fornecidas pelas problematizações teóricas previamente existentes.

Se anteriormente, no capítulo V da Metodologia, foram já discutidas as condicionantes e especificidades da construção do instrumento de recolha de dados e dos procedimentos de aplicação, neste ponto será, então, explicar a técnica de análise de conteúdo, assim como desmontar e construir o processo de criação de categorias e de subcategorias, a partir de uma grelha de análise, do tipo mista, de áreas temáticas, bem como apresentar a análise e apresentação dos resultados.

## **6.1 Levantamento dos Dados**

Relembra-se que o levantamento de dados foi efectuado junto de uma amostra de oito enfermeiros, sendo que dois são do sexo masculino e seis do feminino. São todos enfermeiros de nível I (enfermeiros e enfermeiros graduados), Licenciados e prestadores de cuidados de Enfermagem directos em Centro de Saúde.

Tendo em vista uma familiarização e arcada a responsabilidade pessoal do levantamento de dados junto da amostra que integrou este estudo, apesar do trabalho acrescido, a transcrição destas entrevistas foi feita, integralmente, pela autora da investigação. Deste modo, esta transcrição foi feita, sempre que possível, no mesmo dia ou no dia seguinte à sua realização, para que não se perdesse nenhum conteúdo, não havendo, assim, lapso de tempo entre a recolha e a transcrição directa do conteúdo da entrevista. A transcrição das entrevistas, de acordo com Savoie-Zajc (2003), foi do tipo

*verbatim*, ou seja, palavra a palavra, não tendo havido nenhum corte. Esta transcrição das entrevistas foi feita independentemente da recolha total de dados estar concluída.

Posteriormente à transcrição *verbatim* das entrevistas, a pesquisadora apercebeu-se que estava perante um considerável volume de dados, evidenciado por um conjunto volumoso de páginas. Face a este volume de dados, numa primeira fase, os mesmos foram submetidos a uma organização e ordenação, para que fossem passíveis de serem trabalhados.

A informação recolhida para a realização da presente pesquisa, de carácter qualitativo, foi submetida à análise de conteúdo que é “(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 1977, p. 31), sendo que o objectivo último da análise de conteúdo é “(...) conseguir produzir inferências válidas e reprodutíveis a partir dos textos analisados” (Landry, 2003, p. 351). Efectivamente o recurso à análise de conteúdo pareceu, à partida, ser o mais adequado ao estudo desenvolvido.

## **6.2 Tratamento Qualitativo dos Dados**

Finalizada a fase da recolha de dados, deu-se, então, início à fase de tratamento, análise e interpretação dos dados, à luz do que estabelece a técnica de análise de conteúdo. O termo “dados” diz respeito “(...) aos materiais em bruto que os indivíduos recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base da análise” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 149). Na presente pesquisa, os dados dizem respeito à transcrição das oito entrevistas que constituíram o *corpus* de análise. De

acordo com Bardin (1977) o *corpus* “(...) é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (p. 96).

Neste sentido, e constituído o *corpus* de análise, procedeu-se à sua codificação.

De acordo com Holsti (citado por Bardin, 1977), a codificação:

“(...) a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo” (p. 103).

As unidades a que o autor se refere são as unidades de análise e as utilizadas nesta investigação foram a **unidade de registo** e a **unidade de contexto**.

Assim sendo, a **unidade de registo**, de acordo com Bardin (1977), diz respeito “(...) à unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (p. 104). Assim, a *unidade de registo* considerada nesta dissertação, foi o recorte de nível semântico – o **tema**. De acordo com Bardin (1977), fazer uma análise por tema implica “(...) descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (p. 105). O **tema** geralmente é utilizado como *unidade de registo* em estudos de motivações, opiniões, atitudes, valores, sendo amplamente utilizado em análise temática e é definido por Berelson (citado por Bardin, 1977) como:

“(...) uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares” (p. 105).

Por sua vez, a **unidade de contexto**, serve de unidade de compreensão para coligir a unidade de registo correspondendo, de acordo com Bardin (1977):

“(…) ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta para a palavra e o parágrafo para o tema” (p. 107).

Assim, como *unidade de contexto* neste estudo foi considerada a entrevista na sua totalidade.

Sucedese que após terem sido definidas as unidades de registo e de contexto, imediatamente se procedeu à criação de uma grelha de análise mista de áreas temáticas. De acordo com Landry (2003), as categorias analíticas de uma grelha de análise mista resultam, por um lado, do enquadramento teórico e, por outro, emergem do material analisado, precisamente originárias das *unidades de registo* e das *unidades de contexto* que geraram as áreas temáticas. Assim, a grelha mista apresentada nesta investigação resultou de duas fontes: enquanto enquadramento teórico, da teoria dejouriana, dos objectivos e das questões de investigação, assim como do guião da entrevista; e, enquanto material analisado, do conteúdo das entrevistas. Este material analisado proveio de dois momentos: do pré-teste feito a dois entrevistados, tal como foi descrito no capítulo V da Metodologia (*ver item 5.6*); e, do conteúdo das oito entrevistas dos sujeitos que participaram nesta investigação.

Por conseguinte, a grelha de análise mista ficou, assim, composta por três áreas descritivas e nove áreas temáticas. As três áreas descritivas resultaram dos três pressupostos que contribuíram para a estruturação da entrevista e para a sua realização, constituindo a primeira parte do guião da entrevista (*ver apêndice IV*). Estas três áreas descritivas integram o preâmbulo, isto é, apesar de não estarem directamente ligadas com a problemática em estudo, estas três áreas são-lhe subjacentes, contribuindo para a

sua compreensão. Posto isto, são apresentadas e definidas as três áreas descritivas e as nove áreas temáticas.

Assim, as três áreas descritivas que integram o preâmbulo são:

- A. Escolha do curso:** motivos que levaram os sujeitos a fazer a opção pelo curso de Enfermagem;
- B. Escolha do local de trabalho:** motivos que levaram os sujeitos a fazer a opção pelo CS como local de trabalho;
- C. Tarefas actuais e efectivas:** tarefas que os sujeitos desenvolvem diariamente no CS e respectiva forma de organização.

As nove áreas temáticas são as seguintes:

- 1. Fontes de Pressão:** vivência de tensão ligada ao mundo do trabalho que se relaciona, muitas vezes, com a sensação de estar a ser abafado, impedindo o sujeito de alterar uma dada situação (Dorsch, Häcker & Starpf, 2001);
- 2. Fontes de Desafio:** situações que desencadeiam no trabalhador uma sensação de provocação e de luta;
- 3. Fontes de Fracasso:** mau êxito obtido pelo trabalhador na realização e na concretização da sua tarefa (Dicionário Universal da Língua Portuguesa, 2000);
- 4. Fontes de Frustração:** bloqueio ou impedimento no comportamento do trabalhador dirigido por um alvo, gerando um estado desagradável de tensão, ansiedade e actividade simpática aumentada, proveniente de um bloqueio (Chaplin, 1981). Este termo também designa o desprazer, a insatisfação, ou mesmo a contrariedade (Rondinesco & Plon, 1997);

5. **Envolvimento Emocional:** Empenho do trabalhador numa tarefa. Estado em que o indivíduo se identifica a si próprio com a situação (Chaplin, 1981);
6. **Consciencialização e Alienação:** a consciencialização refere-se ao estado de tomada de consciência de actos, actividades (tarefas) e reacções do indivíduo (Chaplin, 1981) no seu contexto laboral; a alienação corresponde ao estado ou processo por meio do qual alguma coisa se perde ou se torna estranha para quem a detinha previamente (Dorsch, Häcker & Starpf, 2001);
7. **Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico:** forma do trabalhador reagir e de expressar a existência de sofrimento psíquico, gerado pela situação do trabalho (Dejours, 1992);
8. **Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico:** forma de o trabalhador se defender e de proteger da existência de sofrimento psíquico, gerado pela situação do trabalho (Dejours, 1992);
9. **Fontes de Prazer:** fontes que geram recompensa e estímulo (Doron & Parot, 2001). O prazer no trabalho emerge quando o contexto laboral do trabalhador, além de atender a necessidades básicas e de segurança, fomenta a sua identidade. Isto implica, então, que o “ser” não se dissocie do “fazer”, isto é, o trabalho não se reduz às tarefas em si.

Face a esta grelha de análise mista, a fase seguinte foi distribuir o discurso dos sujeitos nas diversas áreas temáticas. A grelha de análise temática passou a englobar áreas temáticas, assim como categorias e subcategorias, que consistem em subanálises das áreas temáticas que integram a grelha de análise mista, por exemplo: quanto à **área temática:** *fontes de pressão*, emergiu a **categoria** *organização de trabalho* que, por sua vez, deu origem à **subcategoria**, *falta de tempo*. Deste modo, foram recortadas todas as

unidades de contexto, isto é, as oito entrevistas (entrevista a entrevista), e procedeu-se à sua inscrição, distribuição e organização na grelha de acordo com a respectiva categorização temática. Assim, para uma compreensão mais célere das áreas descritivas e temáticas, elaborou-se um quadro síntese com as áreas temáticas, as suas categorias e respectivas subcategorias (*ver Apêndice VIII*).

### **6.2.1 Utilização do Programa Informático *QSR NUD\*IST***

Para o referido processo de inscrição, distribuição e organização na grelha de análise mista, de acordo com a categorização temática, utilizou-se o programa *QSR NUD\*IST*, versão 6, como ferramenta informática de exploração, o tratamento e validação dos resultados. Embora a análise de conteúdo, enquanto técnica de exploração dos dados, não implique necessariamente a utilização de programas informáticos, a tendência verificada nos últimos anos em Portugal e as vantagens apresentadas pela tecnologia na investigação científica, levaram à utilização deste *software* específico de apoio à análise de dados qualitativos. Assim, apesar da renitência de alguns teóricos no uso deste tipo de programas de apoio à análise de conteúdo, por serem considerados insensíveis à leitura e compreensão dos discursos dos entrevistados, preferindo a análise manual, há que discernir que é, apenas, o pesquisador que exerce domínio sobre estes programas, os quais apenas executam as tarefas pedidas pelo Homem. Acrescenta-se que é o responsável pelo estudo quem decide, enfim, pela recolha e interpretação. A este propósito é interessante atender à reflexão feita por Weitzman (citado por Landry, 2003) relativamente a este tipo de programas informáticos de apoio à análise de conteúdo:

“(…) os computadores não fazem análise de conteúdo; somente os humanos a fazem [...]. [Os computadores] não são substitutos para o pensamento humano, mas, por outro lado, eles podem ajudar-nos a pensar” (p. 369).

Os programas informáticos de apoio à análise de dados qualitativos começaram a surgir na década de 80 nos Estados Unidos, tendo sido amplamente utilizados, desde o início, não apenas em projectos científicos, mas também em organizações privadas de vários sectores de actividade, dadas as suas potencialidades para gerir e analisar grandes quantidades de dados qualitativos. Para além disto, a sua fiabilidade e a estandardização de procedimentos facilitam, em grande medida, a comparação de dados e a capacidade de controlo sobre as acções efectuadas pelo investigador, permitindo à comunidade científica compreender de forma eficaz e precisa o trabalho desenvolvido.

Relativamente ao programa utilizado nesta análise qualitativa – o *QSR NUD\*IST* – importa acrescentar que é um *software* de gestão e inferência de informação baseado no princípio da codificação do texto. Basicamente este programa funciona como um sistema de indexação, busca e teorização de dados não numéricos e não-estruturados.

Importa, ainda, frisar que a análise de dados qualitativos, através do programa *QSR NUD\*IST*, implica determinados cuidados prévios, sobretudo no que concerne ao conhecimento do material que se pretende analisar. Para além de uma leitura minuciosa e um bom enquadramento com os objectivos da investigação, é necessária, ainda, a organização prévia do material em tópicos, eixos temáticos ou outras formas de categorização, que no caso específico desta dissertação, são precisamente as áreas temáticas, as suas categorias e as subcategorias. Sucede-se que também foi necessário preparar os textos das entrevistas, isto é, fazer com que não aparecessem parágrafos

muito extensos, pois a divisão do texto em unidades muito grandes poderia fazer com que a codificação se sobrepusesse ao que foi dito no discurso dos sujeitos. Por fim, foi essencial ter em atenção a separação das questões colocadas pelo investigador, do resto do texto e que apareciam ao longo do texto das entrevistas, uma vez que elas funcionavam como quebras de secção e tinham grande importância em alguns dos testes de análise disponíveis.

Todo este processo foi, naturalmente, efectuado através da análise dos discursos dos sujeitos entrevistados, que foram representados, no próprio programa informático, por códigos. Os códigos funcionaram simplesmente como índices de referência que equivalem às áreas temáticas, e às suas categorias e subcategorias. O programa informático permite que este processo possa ser feito de duas formas: de forma **manual**, seleccionando individualmente as unidades de registo e de contexto e codificando-as; de forma **automática** a todos os documentos indexados e, neste caso, o programa *QSR NUD\*IST* codifica todas as unidades de texto que cumpram os parâmetros estabelecidos pelo investigador. Por exemplo, é possível codificar, com o código EXP, todas as unidades de texto que contenham o termo *experiência científica*. Esta modalidade, embora seja substancialmente mais rápida, também é menos eficaz, dado que se rege por parâmetros cegos, isto é, codifica todas as unidades que encontra que tenham a referência indicada, verificando-se muitas vezes que estas não correspondem exactamente ao que o investigador tinha em mente.

Face ao exposto, neste estudo as unidades de análise foram codificadas **manualmente**, tendo-se utilizado a árvore de análise que derivou da exploração dos dados em papel, considerando-se, tal como já foi exposto, as *unidades de registo e de*

*contexto.*

Importa, ainda, frisar que a unidade mínima de codificação do programa *QSR NUD\*IST* é a **linha de texto**, no entanto, esta modalidade não é muito funcional, dado que normalmente o pensamento dos sujeitos entrevistados está encadeado em diversas linhas. Neste sentido, o uso desta unidade por linha, para além de fragmentar a análise em blocos excessivamente pequenos, multiplica o número de vezes em que se encontra determinado conceito, isto é, neste caso, as categorias e subcategorias. Os dados que estão no texto, perdem, posteriormente, grande parte da fidelidade das matrizes retiradas.

Com efeito, optou-se por utilizar o **parágrafo de texto** como *unidade de análise* mínima. No entanto, em alguns casos, quando o parágrafo apresentava uma dimensão excessiva, o mesmo foi fragmentado em duas ou mais unidades de texto. Estas unidades foram constituídas por várias linhas de texto, de acordo com a categorização específica que se pretendia fazer, circunscrevendo-se apenas a esse bloco de texto e não a todo o parágrafo. Desta forma, e mais uma vez, consideraram-se, na presente investigação, as *unidades de registo*, assim como as de *contexto*, pois houve uma preocupação constante em analisar o discurso dos sujeitos, atendendo ao enquadramento em que o mesmo foi proferido, tendo-se abdicado de o analisar isoladamente.

A codificação feita, atribuída a porções de texto, era automaticamente armazenada em “recipientes” denominados *nodes* (nós). O conjunto total dos *nodes* de codificação formava a *index tree root* (árvore principal de índices) que apresentava o esquema gráfico representativo de todas as áreas temáticas, e as suas subdivisões em

categorias e subcategorias. A árvore de áreas temáticas e o funcionamento que lhe está implícito – a codificação do texto e o armazenamento destas referências em nós específicos – constituem o princípio básico de acção do *QSR NUD\*IST*.

Após a identificação e categorização das *unidades de texto*, em função das áreas temáticas, procedeu-se à análise, através da qual se procurou distinguir para cada uma das áreas temáticas, as suas categorias e subcategorias. Assim, esta tarefa passou por identificar fragmentos de discurso que, embora tenham sido claramente identificados como pertencendo a uma das áreas temáticas, foram diferenciados, ainda, num nível de análise mais refinado, ou seja, em categorias e subcategorias. Estas categorias e subcategorias surgiram mediante a identificação de blocos de informação específica, e referente à área temática em análise, o que gerou a árvore de análise. Tal como acontece sempre em análises qualitativas, este processo foi-se sucedendo até se encontrar a árvore de categorias e subcategorias, das áreas temáticas em análise, com capacidade explicativa sobre o fenómeno estudado.

Este processo manual de selecção e criação da árvore de análise (área temática – com as suas categorias e subcategorias) é extremamente dinâmico, dado que, em última instância, a decisão de incluir um fragmento de discurso ou uma unidade de texto em determinada área temática, categoria ou subcategoria depende única e exclusivamente do investigador.

O uso concreto do programa informático foi utilizado numa fase posterior a todo este processo de elaboração da árvore de análise, o qual passa a ser apresentado no *item* seguinte.

### 6.2.2 Vertentes de Análise pelo Programa Informático QSR NUD\*IST

A análise dos dados pelo *QSR NUD\*IST* deu-se em duas vertentes: a análise descritiva e comparativa; e, a análise matricial de proporções, isto é, a análise das relações entre as categorias emergentes das áreas temáticas e as tarefas realizadas pelos enfermeiros.

Pela **análise descritiva e comparativa** procurou-se, através de *crosstabs*, identificar os sujeitos que se referiam às subcategorias aquando dos seus discursos, bem como o número de referências/citações no texto que apareciam vinculadas a cada subcategoria. Seguidamente a esta análise, fez-se uma comparação, quanto à frequência de citações, entre as categorias emergidas, em cada uma das áreas temáticas. Numa última fase, fez-se uma análise comparativa a nível interno em cada categoria, ou seja, analisaram-se as subcategorias que mais se evidenciaram, em termos de frequência de citações, dessa mesma categoria. Esta análise é apresentada em tabelas síntese.

Com a **análise matricial de proporções** das categorias emergentes das áreas temáticas, procurou-se conhecer as relações estabelecidas entre as categorias e as tarefas realizadas pelos enfermeiros, quanto ao número de citações no texto. Assim, dado que este trabalho de investigação tem como objectivo identificar as fontes de sofrimento psíquico e de prazer dos enfermeiros, aquando da prestação de cuidados no Centro de Saúde, optou-se por considerar que a técnica de análise matricial de proporções era a mais vantajosa para a exploração dos dados. Este nível de análise teve como base a criação de matrizes de intersecção, através das quais se procurou estabelecer uma **análise de relações**, entre as categorias emergentes das áreas temáticas e as actividades

desenvolvidas. Posto de outra forma, por intermédio das matrizes de intersecção procurou-se compreender a forma como as categorias, das áreas temáticas criadas, se articulavam com a *tarefa primária* dos enfermeiros, o Cuidar, no discurso dos mesmos. Por exemplo, fez-se o cruzamento da frequência de citações das duas categorias (organização do trabalho e pressões psicológicas) da área temática *fontes de pressão*, com a frequência de citações das actividades realizadas pelos enfermeiros (*tarefa primária*). obtendo-se a proporção de citações por *tarefa primária* para cada uma das categorias, da área temática em questão. Neste sentido, considerou-se a *tarefa primária*, as actividades desenvolvidas pelos sujeitos, as quais foram incluídas na áreas descritivas, denominadas de “tarefas actuais e efectivas” dos enfermeiros. Esta técnica da criação de matrizes de intersecção torna-se simples, uma vez que só implica a identificação do número de intersecções, isto é, o número de unidades de texto onde as categorias seleccionadas aparecem interligadas, ou seja, a frequência de citações. Esta técnica é simples e permite compreender a associação que os entrevistados fazem entre as categorias e as tarefas que os mesmos realizam. Esta análise, como já foi explicado, é feita essencialmente através dos *nodes* (nós). Por outras palavras, o programa procura encontrar relações nas unidades de texto – os parágrafos – previamente codificadas.

Naturalmente, embora esta técnica de análise de relações, por intermédio das matrizes de intersecção, permita um bom grau de segurança, ela implica uma atitude de questionamento crítico e de reflexão por parte do investigador. Esta técnica permite conhecer e caracterizar a realidade, oferecendo tabelas síntese que facilitam, aos leitores externos, uma leitura rápida e concisa dos resultados. Para além de tabelas síntese, pode-se ainda obter relatórios (*report's*) com as unidades de texto codificadas ou, ainda, sequências de caracteres como palavras isoladas ou um conjunto agregado de palavras.

É ainda de acrescentar que os tipos de análises: a análise descritiva e comparativa; e, a análise matricial de proporções, foram sujeitas a uma análise interpretativa subsequente, de carácter qualitativo

### **6.3 Análise Qualitativa e Interpretação dos Resultados**

Posto isto, apresentam-se, então, os dados obtidos nas entrevistas, através da análise de conteúdo, realizadas à amostra que integrou esta investigação empírica, recorrendo-se ao apoio do programa informático já apresentado.

Assim, e considerando que a análise dos dados no *QSR NUD\*IST* se deu em duas vertentes (a análise descritiva e comparativa; e a análise matricial de proporções) a sua apresentação é feita em dois momentos. Num primeiro momento, apresenta-se a **análise descritiva e comparativa**, por área temática, onde se expõem as suas categorias e subcategorias daí emergentes. Num segundo momento, e inserido dentro da área temática em análise, apresenta-se a **análise matricial de proporções**.

Para tal e de forma a tornar a leitura mais agradável e atractiva, elaboraram-se tabelas síntese para cada uma das áreas temáticas, nas quais se inseriram as respostas dos sujeitos e a frequência de citações das mesmas, nas suas respectivas categorias e subcategorias, o que permitiu arquitectar a coerência dos discursos e facilitar a interpretação e análise dos mesmos. Com efeito, cada subcategoria é acompanhada de um código, aquele que foi definido e usado no programa *QSR NUD\*IST*. Desta forma,

serão apresentadas, através de tabelas sínteses, que permitem identificar as regularidades ou os índices elevados no discurso dos entrevistados.

A apresentação, descrição e análise dos dados primeiro incide sobre as três áreas descritivas e depois sobre as nove áreas temáticas (*ver item 6.2 deste capítulo*).

### **6.3.1 Análise e Interpretação das Áreas Descritivas**

**As três áreas descritivas são:**

**A.** Escolha do Curso; **B.** Escolha do Local de Trabalho; **C.** Tarefas Actuais e Efectivas.

#### **A. Escolha do Curso**

Pretendeu-se com esta área descritiva conhecer os motivos que levaram os sujeitos a enveredar pelo curso de Enfermagem, com o objectivo de, posteriormente, estes dados contribuírem para uma melhor compreensão da questão do sofrimento e do prazer no trabalho.

A análise de conteúdo mostrou que o discurso dos entrevistados sobre o tema concentrou-se em duas categorias, tal como se pode verificar pela *tabela síntese 1*:

- Motivações de carácter intrínseco;
- Motivações de carácter extrínseco.

Relativamente à primeira categoria – **motivações de carácter intrínseco** – os discursos proferidos centram-se, sobretudo, em questões humanas, registando-se duas subcategorias:

- 1) IAS<sup>6</sup> – Aliviar o sofrimento/ajudar;
- 2) IEX – Experiência pessoal desagradável.

Dos oito entrevistados três referem que foi o querer **aliviar o sofrimento/ajudar** o Outro que os levaram a fazer a opção pelo curso de Enfermagem, com uma frequência de quatro vezes<sup>7</sup>, afirmando o seguinte:

- *“Sempre gostei de ajudar o outro e de todas as profissões, aquela que daria para ajudar mais o outro era, sem dúvida, a Enfermagem” (E1)<sup>8</sup>;*
- *“Inicialmente estava indecisa em seguir matemática ou em seguir Enfermagem. O que me levou a fazer a opção pela Enfermagem foi a doença da minha mãe, que morreu com cancro. (...) e cheguei à conclusão que era Enfermagem que eu queria, para poder ajudar, para poder ajudar no sofrimento das pessoas” (E5);*
- *“Quando comecei o curso eu não tinha bem a ideia do que era a Enfermagem... o que eu mais idealizava era algo tipo mais ajudar os outros (...)” (E7).*

A segunda subcategoria, **experiência pessoal desagradável**, enquanto cliente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), é apontada por um dos entrevistados, com uma frequência de duas citações, conforme se pode observar na seguinte citação:

- *“Eu nunca quis ser enfermeira (...) e eu detestava aquilo que os enfermeiros faziam. Depois entrei para o curso de farmácia, mas não estava a gostar muito (...). No meu*

---

<sup>6</sup> Código da subcategoria utilizado no programa informática *QSR NUD\*IST*

<sup>7</sup> O número apresentado como frequência, diz respeito ao número de citações, de referências que aparecem nas oito entrevistas, relativas à subcategoria em análise.

<sup>8</sup> **E1**: diz respeito ao entrevistado número um. A atribuição dos números aos entrevistados foi feita em função da ordem da realização das entrevistas. Esta classificação facilita a organização e a apresentação dos resultados

*2.º ano de curso tive um acidente, estive internada e não gostei nada do tratamento que me fizeram e então foi aí que mudei para Enfermagem para mudar o que me fizeram” (E2).*

No que concerne à segunda categoria – **motivações de carácter extrínseco** – as subcategorias que emergiram dos discursos dos entrevistados foram três:

- 1) ISP – Saídas profissionais;
- 2) IIF – Influência familiar;
- 3) ICA – Constrangimentos académicos.

O discurso de dois dos entrevistados, com uma frequência de quatro vezes, insere-se na primeira subcategoria, **saídas profissionais**:

- *“(…) eu não tinha um motivo. O meu sonho era matemática desde o ciclo (...). (...) mas cheguei à conclusão que matemática, via ensino, era para o desemprego. (...) pensei “Enfermagem, licenciatura naquele ano, boas saídas profissionais, 100% de emprego, o que é que eu preciso de mais?” (E3);*
- *“(…) foi o facto que Enfermagem era um curso (...) com saída profissional. Mas quando terminei o curso percebi que não era uma profissão fácil, mas gostei porque era interessante ajudar as pessoas”(E6).*

Apenas um dos oito entrevistados se refere à segunda subcategoria, com uma frequência de uma vez, **influência da família**, na escolha do curso de Enfermagem, afirmando que:

- *“(…) a minha mãe também tinha muita afinidade com as pessoas feridas, vinha lá tudo curar-se a nossa casa, era mercúrio para isto, mercúrio para aquilo” (E4).*

Apontada apenas por um dos entrevistados, com uma frequência de uma vez, a terceira subcategoria, **constrangimentos académicos**, diz respeito à escolha do curso

de Enfermagem condicionada pela nota de acesso ao Ensino Superior, na medida em que a mesma era inferior para a entrada no curso que pretendia (farmácia), como se pode confirmar pela seguinte citação:

- “Como tinha a possibilidade de ter emprego numa farmácia queria era tirar o curso de farmácia. (...) mas entrei para Enfermagem que foram as restantes opções (...)” (E8).

Feita a análise descritiva, passa-se a apresentar a *tabela síntese 1* das categorias e subcategorias da área descritiva em análise – *Motivos da Escolha do Curso de Enfermagem*. Esta tabela síntese, por um lado, identifica os entrevistados que se referiram aos conteúdos próprios da uma subcategoria e, por outro, a frequência de citações, referente aos entrevistados dessas mesmas categorias.

**Tabela síntese 1** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área descritiva *Motivos da Escolha do Curso de Enfermagem*

Ent	Motivações Intrínsecas		Motivações Extrínsecas		
	IAS	IEX	ISP	IIF	ICA
E1	1	0	0	0	0
E2	0	1	0	0	0
E3	0	0	2	0	0
E4	0	0	1	1	0
E5	2	1	0	0	0
E6	0	0	1	0	0
E7	1	0	0	0	0
E8	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
$\Sigma$	<b>6</b>		<b>6</b>		

**Legenda:**

IAS – Aliviar sofrimento/ajudar  
IEX – Experiência pessoal desagradável

ISP – Saídas profissionais  
IIF – Influência familiar  
ICA – Constrangimentos académicos

Pela análise da *tabela síntese 1* percebe-se que quatro, dos oito entrevistados, tiveram como primeira opção o curso de Enfermagem, ligada, portanto, às *motivações intrínsecas*, como seja, o querer ajudar o Outro, aliviar o seu sofrimento, bem como a

experiência pessoal desagradável. Os restantes quatro entrevistados justificam a sua opção pelo curso evocando as *motivações extrínsecas*. Destes quatro entrevistados, três apontam razões de *ordem profissional*, centrada na oferta do mercado de trabalho; um refere-se às influências familiares.

Não há, portanto, prevalência de um tipo de motivação quanto à escolha do curso (6 = 6). Além disso, internamente, em cada uma das categorias, *motivações intrínsecas e motivações extrínsecas*, nota-se prevalência de uma das subcategorias. Assim, no caso da categoria *motivações intrínsecas* ressalta-se a subcategoria *aliviar sofrimento* (4×2). No caso da categoria *motivações extrínsecas* evidencia-se a subcategoria *saídas profissionais* (4×1×1). Isto significa que, apesar de não haver prevalência a nível do confronto entre as duas categorias elas equivalem-se. Há realmente prevalência interna em ambas as categorias.

## **B. Escolha do Local de Trabalho**

Também importou perceber quais as razões que levaram os sujeitos a trabalhar num Centro de Saúde (CS), o que, posteriormente, contribuirá para a análise do prazer no trabalho.

Assim, dos discursos proferidos emergiram duas categorias, tal como se pode verificar pela *tabela síntese 2*:

- Vertente opcional;
- Vertente situacional.

Da primeira categoria – **vertente opcional** – surgiram três subcategorias:

- 1) TES – Estágio: experiência gratificante;
- 2) TDI – Tipo de trabalho desenvolvido;
- 3) TRE – Relacionamento com os clientes.

A opinião de um dos entrevistados insere-se nas três subcategorias, da categoria em análise – vertente opcional, conforme se pode observar na seguinte citação:

- *“Adorei a minha experiência do estágio do 4.º ano no CS, com a duração de 3 meses. (...) todos os dias haviam experiências e caras novas (...). Todos os dias a componente relacional era muito abrangente (...). Acho que a minha parte humana se sobrepõe à parte técnica e por isso custava-me imenso estar no hospital e ver pessoas a morrerem à minha frente. Só existia morte, dor, sofrimento, estou a dizer isto e arrepio-me completamente. (...) Percebi então que não fui feita para trabalhar num hospital”* (E3).

Dois dos entrevistados referiram-se às subcategorias “**estágio: experiência gratificante**” e “**tipo de trabalho desenvolvido**” como sendo os motivos centrais da sua opção pelo CS, como local de trabalho:

- *“Eu queria ir mesmo para o hospital para mudar aquilo que eles me tinham feito lá... mas fiz estágio em CS durante o curso e vi o trabalho que realmente se faz e que se pode fazer num. (...) nos Centros de Saúde não há monotonia e no hospital há (...). A minha personalidade não permite monotonias... depois, no CS, eu percebi que podia apostar na prevenção e é aqui que devemos apostar”* (E2).

Relativamente à segunda categoria – **vertente situacional** – emergiram duas subcategorias que se passam a enunciar:

- 1) TOB – Obrigações familiares;
- 2) TOP – Oportunidade de emprego.

Apenas um dos entrevistados menciona a primeira subcategoria, **obrigações familiares**, onde se incluem as restrições de horários por compromissos do foro familiar (por exemplo, filhos), como argumento para fazer a opção pelo CS, como se pode constatar pela citação:

- *“O CS surge por questões de família. Assim, podia ter um horário certo, o que permitiu, na altura, acompanhar os meus filhos, levá-los à escola...”* (E4).

A segunda subcategoria, **oportunidade de emprego**, onde se incluem as situações de casualidade, como por exemplo, ter sido a primeira oferta de emprego, é a razão mais apontada pelos entrevistados por estarem a trabalhar num CS, sendo apontado por cinco, dos oito entrevistados:

- *“(...) no 4.º ano tive a possibilidade de trabalhar neste CS, aproveitei e rendi-me à evidência, apaixonei-me pelo CS”* (E1).
- *“O CS foi o primeiro trabalho que surgiu (...)”* (E7).

Apesar do grande número de entrevistados apontarem a oportunidade de emprego, como sendo a principal razão de trabalharem num CS, é notória nos seus discursos a satisfação que aí encontraram.

Feita a análise descritiva, passa-se a apresentar a tabela síntese das categorias e subcategorias da área descritiva em análise – *Motivos da Escolha do Centro de Saúde*. Esta tabela síntese, por um lado, identifica os entrevistados que se referiram aos conteúdos próprios das subcategoria e, por outro, a frequência de citações referentes aos entrevistados das mesmas categorias.

**Tabela síntese 2** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da análise descritiva dos *Motivos da Escolha do Centro de Saúde*

Ent.	Vertente Opcional			Vertente Situacional	
	TES	TDI	TRE	TOB	TOP
E1	0	0	0	0	1
E2	1	1	0	0	0
E3	1	1	1	0	0
E4	0	0	0	1	0
E5	0	0	0	0	1
E6	0	0	0	0	1
E7	0	0	0	0	1
E8	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
$\Sigma$	<b>5</b>			<b>6</b>	

**Legenda:**

TES – Estágio: experiência gratificante

TDI – Tipo de trabalho desenvolvido

TRE – Relacionamento com os clientes

TOB – Obrigações familiares

TOP – Oportunidade de emprego

Pela análise da *tabela síntese 2* facilmente se percebe que dois dos oito entrevistados, iniciaram a sua actividade profissional num CS pela *vertente opcional*, centrada quer na boa experiência em campo de estágio, quer na componente relacional do trabalho com clientes e respectivas dinâmicas desenvolvidas neste serviço. Já os restantes seis entrevistados justificaram a sua opção pela vertente situacional, centrada nas obrigações familiares e na oportunidade de emprego.

Verifica-se que não existe prevalência significativa de um tipo de categoria (vertente opcional e vertente situacional) quanto à escolha do CS ( $5 \simeq 6$ ). Além disso internamente, na categoria *vertente opcional*, não se nota prevalência de qualquer uma das subcategorias ( $1 \simeq 2$ ). No que concerne à categoria *vertente situacional*, ressalta-se a prevalência da subcategoria *oportunidade de emprego* (TOP) ( $1 \times 5$ ).

Isto significa que apesar de não haver prevalência a nível do confronto entre as categorias (vertente opcional e vertente situacional equivalem-se), há realmente prevalência interna na categoria *vertente situacional*, na subcategoria *oportunidade de emprego* (TOP).

### **C. Tarefas Actuais e Efectivas**

Atendendo a que esta investigação se centra no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que prestam cuidados nos CS, buscou-se identificar as tarefas/actividades que os mesmos desenvolviam nesta organização de trabalho.

Da análise do discurso dos entrevistados emergiram duas categorias relativas às tarefas actuais e efectivas realizadas:

- Serviço interno;
- Serviço externo.

A primeira categoria – **serviço interno** – é composta por cinco subcategorias:

- 1) Consultas de Enfermagem (CE) de Saúde Materna (SM);
- 2) CE de Saúde Infantil (SI) e Juvenil;
- 3) CE de Planeamento Familiar (PF) e de Menopausa;
- 4) CE de Hipertensos e de Diabéticos;
- 5) Tratamentos: nesta subcategoria incluíram-se as técnicas que os entrevistados apontaram, tais como, os pensos, os injectáveis, as vacinas, as algaliações e as entubações nasogástricas.

Assim, da análise do discurso dos entrevistados percebe-se que, no cômputo geral, que todos desenvolvem o seu trabalho dentro do mesmo conteúdo, a não ser no caso das consultas de Enfermagem de PF, de Menopausa e de SM que, em alguns locais, é apenas da responsabilidade da enfermeira especialista em SM e Obstetrícia. Nestas consultas os enfermeiros desenvolvem aquilo que está preconizado no conteúdo funcional do enfermeiro, de acordo com a Carreira de Enfermagem, à qual se fez alusão no capítulo IV.

A segunda categoria – **serviço externo** – é composta por uma subcategoria:

1) **Visitação Domiciliária (VD).**

No que concerne às actividades desenvolvidas directamente na comunidade, os sujeitos realizam visitação domiciliária de dois tipos: as de promoção da saúde e prevenção da doença e as curativas. Este tipo de actividade é essencialmente dirigido para os idosos que apresentem dificuldades na locomoção ou cujo estado de saúde e bem-estar esteja comprometido, bem como para qualquer outra pessoa que apresente alterações no seu estado geral de saúde e que exija cuidados de saúde específicos.

Neste sentido, optou-se por não fazer uma tabela síntese relativa à *tarefa primária* dos entrevistados, pois os entrevistados desenvolvem o mesmo tipo de actividades. Eis alguns exemplos de respostas:

- *“O meu dia normalmente pode-se dividir em duas partes. Uma parte que é o turno da manhã que tem o serviço interno e a parte da tarde destinada ao serviço externo, que é a parte domiciliária”* (E1);
- *“Eu tenho muita autonomia, em termos de actividades de Enfermagem, temos uma agenda onde planeamos tudo. As actividades são os cuidados de pensos, os injectáveis, avaliação do Peso Infantil, algaliações, vacinas e VD. Depois temos*

*uma agenda de valências que são consultas feitas em colaboração (...), são as consultas de SM, de PF, de Saúde Infantil, de Saúde do Adolescente, Hipertensos e Diabéticos (...)*” (E2);

- *“Quando estou no módulo vejo no dia anterior quais as consultas que tenho e tiro as fichas (...). (...) as consultas são PF, SM, SI, Hipertensos e Diabéticos, fazemos rastreios que englobamos no PF, como, por exemplo, a Consulta de Menopausa. Temos também tratamentos, injectáveis, vacinas e as VD”* (E7).

Importa, assim, acrescentar, que no concerne à *tarefa primária* destes enfermeiros, as actividades que desenvolvem são diversificadas e planeadas mensalmente. Este planeamento é feito pelos próprios sujeitos, que elaboram um plano de trabalho (*ver anexo IV*), o qual é sujeito a apreciação pela Enfermeira-Chefe do Centro de Saúde.

Observou-se, ainda, que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros deste Centro de Saúde em estudo, insere-se na perspectiva de **presença contínua**, defendida por Hesbeen (1998), segundo a qual, o enfermeiro vivência fortes momentos de aproximação com o cliente e família, o que lhe permite um maior conhecimento global da situação do cliente. Tal situação é fomentada pelo método de trabalho em uso, isto é, o enfermeiro de família.

Após a apresentação das três primeiras áreas descritivas que integram o preâmbulo, de seguida, passa-se a fazer alusão às nove áreas temáticas.

### 6.3.2 Análise e Interpretação das Áreas Temáticas

**As nove áreas temáticas são:**

**1.** Fontes de Pressão; **2.** Fontes de Desafio; **3.** Fontes de Fracasso; **4.** Fontes de Frustração; **5.** Envolvimento emocional; **6.** Consciencialização e Alienação; **7.** Reações e Manifestações do Sofrimento Psíquico; **8.** Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico; **9.** Fontes de Prazer.

#### **1. Fontes de Pressão**

A análise de conteúdo demonstrou que os discursos dos entrevistados centraram-se em duas categorias (*ver tabela síntese 3*):

- Organização de trabalho;
- Pressões psicológicas.

Assim, relativamente à primeira categoria – **organização de trabalho** – através dos discursos proferidos, registaram-se sete subcategorias (*ver tabela síntese 3*):

- 1) PFT – Falta de tempo;
- 2) PNU – Rácio enfermeiro/cliente elevado;
- 3) PST – Sobrecarga de trabalho;
- 4) PLD – Longas distâncias a percorrer na VD;
- 5) PDB – Excesso de burocracia;
- 6) PRR – Rotina nas tarefas;
- 7) PFI – Pressões físicas.

A **falta de tempo**, a primeira subcategoria, sentida durante a prestação de cuidados, é referida por sete dos entrevistados, com uma frequência de vinte e cinco referências, como se pode constatar pelas citações dos entrevistados que a seguir se apresentam:

- “(...) *em termos de domicílio as coisas, neste momento, estão mais complicadas, sobretudo, as consultas de vigilância, porque não temos tido muito tempo (...)*” (E1);
- “*Chateia-me os domicílios serem à tarde, em tão pouco tempo. O motorista chega-me aqui às 2:30, às vezes às 3:00, 3:30 e fico apenas com uma hora para fazer domicílios, é muito pouco tempo (...).*” “*Gostava de ter mais tempo para fazer cada consulta, então na Saúde Escolar... eu precisava para aí de uma meia hora, acho que é uma idade em que se podia apostar muito e que cá não se fazem*” (E2);
- “(...) *às vezes posso não fazer as coisas como eu gostaria de fazer, por falta de tempo (...)*” (E6).

Também o **rácio enfermeiro/clientes elevado**, segunda subcategoria, é referido como uma *Fonte de Pressão*, ao nível da *Organização de Trabalho*, por sete dos entrevistados e com uma frequência de catorze citações:

- “*É muita gente, poucos enfermeiros, é desgastante. É muita responsabilidade ao mesmo tempo e temos de dar saída a tudo (...)*” (E1);
- “(...) *porque temos muita gente, mesmo*” (E2);
- “*Muitas coisas eu gostaria de fazer melhor, talvez ter o serviço mais organizado, mas há tanta, tanta gente sempre para atender. (...) porque constantemente estamos a ser solicitadas, há muito trabalho, não há mais pessoal, é horrível*” (E4).

Já a **sobrecarga de trabalho**, terceira subcategoria, enquanto *Fonte de Pressão* ao nível da *Organização de Trabalho*, é frisada por todos os entrevistados e com uma frequência de dezassete vezes:

- “É muita coisa, muito trabalho em pouco tempo, e temos que ter tempo para ter as coisas organizadas se não, não dá (...)” (E2);
- “Reconheço que às vezes nem sempre há possibilidade de personalizar os cuidados, há dias que é do tipo ‘a despachar, a despachar’, há dias horríveis, em que o trabalho é tanto que chego a casa sem paciência” (E4);
- “Temos uma grande sobrecarga de trabalho, por exemplo, hoje de manhã tive à volta de doze a treze domicílios. Como é que vou estar com aquele tempo que gostaria de estar para aquele doente e para aquela família? (...) é uma correria e às vezes é difícil gerir tudo isto” (E6).

As **longas distâncias a percorrer na VD**, quarta subcategoria, da categoria *Organização de Trabalho*, é referida apenas por um dos entrevistados, com uma frequência de duas citações:

- “O tempo que dispomos não é muito, iniciamos por volta das 15:00 horas e às 17:00 horas temos que estar na extensão, a distância é muito grande (...)” (E1).

Apenas um dos entrevistados se refere ao **excesso de burocracia**, quinta subcategoria, como *Fonte de Pressão*, ao nível da *Organização de Trabalho* e com a frequência de uma citação:

- “Acho que também trabalhamos muito com folhas, com papéis, acho que há burocracias de mais” (E5).

Dois dos entrevistados referem-se à **rotina nas tarefas**, sexta subcategoria e com uma frequência de cinco citações:

- “Há dias que é tipo mesmo a despachar (...). É trabalhar tipo um ritual, ou seja, torna-se um hábito fazer aquilo. Faz-se sempre as mesmas coisas às mesmas pessoas (...) que aquilo se torna uma rotina (...)” (E7).

A última subcategoria, **pressões físicas**, referente à categoria nível da *Organização de Trabalho*, é exposta por cinco dos oito entrevistados e com uma frequência de sete citações, reforçando-se a existência desta subcategoria com a apresentação de algumas citações dos entrevistados:

- “Segundo a médica de família neste momento o que está a impedir isto é falta de material e a inadequação da estrutura física. Mas as coisas estão a resolver-se” (E1);
- “(...) na casa das pessoas não temos recursos quase nenhuns e nós temos que nos desenrascar. Claro, num hospital há tudo, material muito e diversificado, médicos, psicólogos e no contexto das pessoas às vezes somos um bocado de tudo” (E2);
- “(...) a nível da estrutura física as condições são deploráveis (...)” (E8).

Relativamente à segunda categoria – **pressões psicológicas** – emergiram oito subcategorias (*ver tabela síntese 3*):

- 1) PSH – Tipo de trabalho;
- 2) PDT – Desvalorização do trabalho;
- 3) PTA – Tomada de decisão;
- 4) PSU – Sofrimento dos clientes;
- 5) PFD – Despersonalização dos cuidados prestados;
- 6) PFC – Relações de trabalho;
- 7) PDO – Tipo de doenças;
- 8) PIN – Insegurança a nível dos conhecimentos.

A primeira subcategoria, **tipo de trabalho**, que diz respeito ao trabalho directo com seres humanos, é mencionada, como *Fonte de Pressão Psicológica*, por sete dos oito entrevistados, com uma frequência de trinta e sete citações. Passa-se a apresentar algumas das citações referentes a esta subcategoria em análise:

- *“Tento afastar-me um pouco do sentido do nosso trabalho que é trabalhar com e para os seres humanos o que é desgastante (...)”*(E1);
- *“Às vezes os profissionais de saúde, e reconheço, tratam as pessoas como que elas fossem objectos. Mandam-nas para casa e elas que se tratem, é um pouco assim. Mas nós cá, no Centro de Saúde, é que a acompanhamos em tudo, somos nós que a vemos na sua casa, com a sua família e qual o impacto destas situações para a pessoa e para a família”* (E2);
- *“Como enfermeira de família acompanho as pessoas uma vida inteira (...)”* (E3).

Relativamente à segunda subcategoria, **desvalorização do trabalho** do enfermeiro, que integra a depreciação que os clientes exercem sobre o trabalho do enfermeiro, a mesma é referida, como *Fonte de Pressão*, por seis entrevistados e com uma frequência de nove vezes:

- *“Há alturas em que os utentes também me conseguem tirar do sério. Estão sempre com a pressa, com a pressa, ou porque estou a demorar muito (...)”* (E5);
- *“A nível daquelas pessoas, mais dos idosos que vêm cá e que lhe dizemos que aquele penso que dá para sete dias até parece que lhes dá uma coisa (...)”* (E8).

A **tomada de decisão**, terceira subcategoria, da categoria em análise, *Pressões Psicológicas*, integra os conflitos emanados pelo confronto das decisões pessoais e profissionais, sendo referida por dois dos oito sujeitos entrevistados e com uma frequência de nove vezes:

- *“(...) eu tenho duas vertentes, aquela vertente profissional e tenho aquela vertente psicológica. A profissional diz: ‘tenho que fazer isto, isto e isto’, e às vezes a parte pessoal diz: ‘não, para que vou eu fazer isto?’ (...) já me aconteceu que eu deveria ter feito de uma seguinte forma, mas eu não fiz (...) e só pensava para que é que vou estar a causar tanto sofrimento a esta pessoa em fase terminal, se isto não vai valer de nada? (...) o que eu achei foi que se lhe fizesse o penso só com soro fisiológico, em vez de lhe colocar água oxigenada, eu pouparia muito menos sofrimento à pessoa e o tratamento ia ser sempre na mesma”* (E3).

A quarta subcategoria, **sofrimento dos clientes**, enquanto *Fonte de Pressão Psicológica*, engloba as situações de sofrimento dos clientes, decorrentes quer do seu estado de saúde, quer da prestação de cuidados pelos enfermeiros. Sete dos entrevistados, com uma frequência de vinte e sete citações, referem-se a esta subcategoria e especificam as tarefas que mais lhes custam a realizar, uma vez que as mesmas geram sofrimento nos clientes, tais como a vacinação das crianças; tratamentos e entubações nasogástricas:

- “*O que mais me custa na prestação de cuidados é ver o que as pessoas sofrem. É sempre complicado ver um ser humano sofrer. Quando digo sofrer não é só causa física, mas também psicológica, isso é que custa muito mais (pausa) (...)*” (E1);
- “*(...) não gosto de fazer entubações nasogástricas, porque não consigo encarar as pessoas. Aí custa-me muito psiquicamente. Os olhos da pessoa a olhar para mim destroçam-me. Parece que me suplica para eu não introduzir a sonda e eu fico... (silêncio) (...)*” (E4);
- “*Eu detesto picar crianças, porque elas são uns seres tão pequeninos, tão sensíveis, já sei que vão chorar, que vão sofrer. (...) é complicado se pudesse não fazia (...)*” (E6).

Por sua vez, a quinta subcategoria, **despersonalização dos cuidados prestados**, é mencionada por seis entrevistados e com uma frequência de nove referências. Esta *despersonalização dos cuidados prestados*, e de acordo com os sujeitos, é o resultado da sobrecarga de trabalho, o que gera falta de disponibilidade de tempo para atender a pessoa como um todo, portanto, numa perspectiva holística, gerando a sensação de agir e de Cuidar como *robô* que está programado para executar determinada tarefa:

- “*Completamente, já me senti tipo um robô, hoje foi um dia desses. Não me sinto enfermeira, sinto-me uma mulher a despachar, a fazer os curativos. Lá está é o papel de enfermeira que não é só a técnica, não me sinto a realizar na plenitude a minha profissão. Só a mera execução, a despachar*” (E3);

- *“Reconheço que às vezes nem sempre há possibilidade de personalizar os cuidados, há dias que é do tipo ‘a despachar, a despachar’ (...)”* (E4);
- *“Gostaria de ter mais tempo para estar com as pessoas, o que não acontece, porque temos tantas pessoas para atender que há dias que é tipo mesmo a despachar, eu não lhe chamaria robô, é mais tipo tarefa”* (E7).

As **relações de trabalho**, sexta subcategoria, centram-se numa vertente negativa, ou seja, na inexistência de compreensão pela chefia e pelos colegas de trabalho. Esta subcategoria foi exposta por dois dos entrevistados, com uma frequência de três citações, evidenciada pelos seguintes extractos de entrevista:

- *“(...) quando a gente não é compreendida ainda é pior. Eu não sou compreendida pela chefia, mas nem gostaria de falar disso, já são tantos anos no mesmo que nem vale a pena, prefiro deixar para lá, são coisas antigas”* (E4);
- *“(...) uma pessoa fica um bocado constrangido quando, por exemplo, estamos à espera da colega para nos substituir e vem-se a saber que ela está é no café a conversar. (...) outra situação, eu faço qualquer trabalho, a equipa acolhe bem e a tal colega está sempre a criticar (...)”* (E8).

Sucedese que a sétima subcategoria, **tipo de doenças**, é referida por cinco dos entrevistados como sendo um objecto de *Pressão Psicológica* no trabalho, com uma frequência de dezassete vezes. As doenças a que os entrevistados se referem são as doenças crónicas e incapacitantes, para além de todas as outras que desencadeiem sofrimento na pessoa, como se pode verificar pelas seguintes citações:

- *“Fui fazer um domicílio a uma senhora que está em fase terminal. Fui-lhe lá fazer um tratamento (...). Fiquei emocionada ao vê-la assim debilitada e vi como de repente uma pessoa pode ficar. (...) Também tive um caso de uma senhora que fez uma reacção ao Holaporinol e por isso ela fez uma insuficiência renal crónica. Ela teve que fazer hemodiálise, ela ficou com o corpo como que tivesse tipo queimadura, uma coisa horrível (...)”* (E2);

- “*Posso apresentar-lhe um caso de uma senhora que vinha muitas vezes ao Centro de Saúde, estava sempre bem disposta. Um dia destes fui fazer um domicílio pela primeira vez e quando vi que era ela fiquei... (silêncio). Teve uma hemorragia cerebral e está semi-dependente e eu fiquei chocada*” (E5);
- “*(...)o senhor veio cá para controlar as tensões por indicação do médico do IPO [Instituto Português de Oncologia] onde vai ser operado aos intestinos (...) e carreguei um bocado as suas ansiedades, os seus receios, não só dele, mas também da família, no caso da esposa que o acompanhava(...)*” (E6).

A oitava e última subcategoria, **insegurança a nível dos conhecimentos**, da categoria pressões psicológicas, é exposta por quatro dos oito entrevistados, com uma frequência de oito vezes:

- “*Quando os utentes colocam algumas questões que eu não consiga dar respostas, às vezes tenho que pedir ajuda às colegas (...)*” (E7);
- “*Gostava de fazer sempre melhor e de saber sempre mais (...). Ao nível do tratamento gostava de saber se o tratamento que pus à pessoa é mesmo o mais indicado*” (E8).

### **... Quanto à análise descritiva e comparativa**

Após a análise descritiva e comparativa da área temática em análise *Fontes de Pressão*, passa-se a apresentar a *tabela síntese 3* que fornece duas informações: os entrevistados que se referem aos conteúdos próprios de uma subcategoria; e a frequência de citações dessa mesma subcategoria.

**Tabela síntese 3** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática *Fontes de Pressão*

Ent.	Organização de Trabalho							Pressões Psicológicas							
	PFT	PNU	PST	PLD	PDB	PRR	PFI	PSH	PDT	PTA	PSU	PFD	PFC	PDO	PIN
E1	8	3	4	2	0	0	1	7	0	3	5	2	0	0	0
E2	6	3	2	0	0	2	1	7	2	0	3	3	0	5	0
E3	0	1	3	0	0	0	3	6	0	6	7	1	0	0	0
E4	2	2	2	0	0	0	0	3	1	0	2	1	1	3	0
E5	2	1	2	0	1	0	1	9	3	0	7	1	0	3	2
E6	2	0	1	0	0	0	0	4	1	0	2	0	0	3	1
E7	4	3	2	0	0	3	0	1	1	0	1	1	0	3	3
E8	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>37</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>8</b>
<b>Σ</b>	<b>71</b>							<b>119</b>							

**Legenda:**

PFT – Falta de tempo

PNU – Rácio enfermeiro/clientes elevado

PST – Sobrecarga de trabalho

PLD – Longas distâncias a percorrer na VD

PDB – Excesso de burocracia

PRR – Rotina nas tarefas

PFI – Pressões físicas

PSH – Tipo de trabalho

PDT – Desvalorização do trabalho

PTA – Tomada de decisão

PSU – Sofrimento dos clientes

PFD – Despersonalização dos cuidados prestados

PFC – Relações de trabalho

PDO – Tipo de doenças

PIN – Insegurança a nível dos conhecimentos

Pela análise da *tabela síntese 3* e no que concerne à área temática em análise, *Fontes de Pressão*, constata-se que existe uma diferença moderada, quanto à frequência global de citações, entre as duas categorias existentes (organização de trabalho e pressões psicológicas), a favor da categoria *pressões psicológicas* ( $119 > 71$ ). Tal significa que existem maiores preocupações dos entrevistados quanto às *pressões psicológicas* em detrimento da *organização de trabalho*. Tal facto, vem de encontro à teoria dejouriana, sobretudo no que se refere aos estudos sobre a *tarefa primária* vistos no Capítulo II. Realmente parecem ser as *pressões psicológicas* que estão mais presentes na mente dos trabalhadores-enfermeiros, no seu quotidiano profissional, aquando das actividades ligadas à *tarefa primária*, e não tanto as pressões oriundas da *organização de trabalho*, como *Fonte de Pressão* principal. É possível que a relativa baixa de frequências globais, para a categoria *organização de trabalho*, seja devida à falta de consciência destes trabalhadores quanto à fonte de sofrimento psíquico

vinculada ao número excessivo de clientes que causa uma sobrecarga de trabalho, o que poderá estar associado à má organização de trabalho.

Ao se fazer a análise interna de cada umas das categorias em particular, percebe-se que, em cada uma delas, existe um núcleo central de subcategorias que se evidenciam quanto à frequência de citações.

Com efeito, na categoria mais citada, *pressões psicológicas*, destacaram-se três subcategorias: *tipo de trabalho* (PSH), *sofrimento dos clientes* (PSU) e *tipo de doenças* (PDO), as quais apresentam uma frequência de citações ( $37+27+17= 81$ ) superior ao dobro das restantes cinco subcategorias emergentes (38). Estas três subcategorias que se destacam, na verdade, também se encontram interligadas, pois representam, em última instância, a dificuldade em levar a cabo o próprio trabalho, que é lidar e Cuidar dos clientes em sofrimento físico e psíquico, da forma que gostariam. Neste contexto, Phaneuf (1995) aponta a possibilidade destes profissionais manifestarem esgotamento na capacidade de dar, como consequência do contacto diário com o sofrimento do cliente. Tal facto, leva a crer que estes trabalhadores não estão suficientemente preparados, em termos formativos, para lidar com seres humanos que se encontrem em situações de doença geradoras de sofrimento. Como refere McIntyre (1994) os enfermeiros estão melhor exercitados para lidar com a doença do que com o sofrimento que a mesma gera e pressupõe. Esta mesma constatação foi feita por um grupo de enfermeiros que afirmam “ninguém nos ensina como ultrapassar os sentimentos de frustração, ansiedade, tristeza, impotência, fuga e negação (...)”, reforçando a falta de apoio e assistência face à confrontação com situações dolorosas que surgem do acto de Cuidar (Branco et al., 1994, p. 31). Provavelmente esta situação deve-se à má formação

nas relações psicossociais e humanas. É possível, assim, que esta forte preocupação com o sofrimento dos clientes, enquanto *Fonte de Pressão Psicológica*, se deva à formação precária nas relações humanas, bem como devido ao excesso de trabalho, provocado pelo número excessivo de clientes por enfermeiro, apontado nas *Fontes de Pressão*, na categoria *Organização de Trabalho*.

Da categoria ***organização de trabalho*** ressaltam-se três subcategorias: *falta de tempo* (PFT), *sobrecarga de trabalho* (PST) e *rácio enfermeiro/cliente elevado* (PNU), cuja totalidade de frequência de citações (25+17+14=56) é três vezes superior à totalidade das frequências de citações das restantes subcategorias (15). Tal facto significa que, efectivamente, existem muitos clientes por enfermeiro, o que faz com que o rácio enfermeiro/cliente se torna elevado e, portanto, diminua o tempo para a prestação de cuidados por cliente. Na verdade, estas três subcategorias interligam-se umas com as outras e representam, no fundo, no que concerne à *organização de trabalho*, como *Fonte de Pressão*, uma só subcategoria que se resume ao excesso de clientes por enfermeiro. Esta subcategoria, *sobrecarga de trabalho*, corresponde a um dos signos do sofrimento psíquico definidos por Jayet (1994, citado por Ferreira & Mendes, 2001), uma seguidora da *Psicodinâmica do Trabalho*, signo este que desencadeia a impressão de que os trabalhadores-enfermeiros, não conseguem assumir totalmente as responsabilidades do seu trabalho.

Pelo exposto, é notório o grau de exigência de que está imbuído o trabalho dos enfermeiros, o qual não permite a libertação da energia pulsional, exactamente, porque o exercício do trabalho não está a possibilitar uma afluência adequada de energia psíquica entre o trabalhador e a tarefa que o mesmo está a desempenhar (Dejours,

1994), isto é, não solucionar só tecnicamente o Cuidar, mas também aquilo que envolve o Cuidar, o qual implica trabalhar e relacionar-se directamente com os seres humanos em sofrimento.

Em suma, fica patente, portanto, uma desumanização e uma robotização das actividades vinculadas à *tarefa primária*, que geram excesso de trabalho, tanto devido ao elevado número de clientes por enfermeiro, quanto ao sofrimento dos clientes, assente na má formação dos enfermeiros, a nível de relacionamento interpessoal e comunicacional.

Neste contexto, é evidente a sintonia entre o que foi descrito no enquadramento teórico e as constatações feitas nesta investigação, pois “durante a sua formação, os enfermeiros são educados para curar e reabilitar (...)” (Branco et al., 1994, p. 31). Contudo, esta formação parece estar mais voltada para a vertente técnico-científica, sendo, portanto, mais precária no que toca à vertente das relações interpessoais e comunicacionais aquando da prestação de cuidados – *tarefa primária* – o Cuidar.

### **... Quanto à análise matricial**

Após a análise descritiva e comparativa dos dados e sua respectiva interpretação, numa segunda fase da análise de dados pretendeu-se identificar as actividades que os entrevistados apontam como *Fonte de Pressão*, partindo-se, neste caso, para o segundo nível de análise de dados, ou seja, para a análise matricial de proporções, através da qual se procurou compreender as relações estabelecidas entre as categorias emergentes da área temática em análise e a *tarefa primária* dos enfermeiros, por intermédio das actividades realizadas pelos entrevistados. A *tabela 4*, respeitante à matriz de

intersecção, indica o tipo de teste que foi retirado pelo *QSR NUD\*IST* e as restrições impostas pelo investigador, ou seja, relaciona as actividades com as categorias emergentes da área temática em questão, neste caso, *Fontes de Pressão*.

**Tabela 4** – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática *Fontes de Pressão* e a *tarefa primária* dos enfermeiros

	Domicílios	Planeamento Familiar	Saúde Infantil	Saúde Materna	Hipertensos e Diabéticos	Tratamentos	$\Sigma$
Organização de trabalho	14	7	7	7	9	7	<b>51</b>
Pressões psicológicas	35	7	8	4	13	29	<b>96</b>

A matriz de intersecção expõe o número de vezes que as *Fontes de Pressão* aparecem relacionadas, no discurso dos entrevistados, com as actividades desenvolvidas pelos mesmos, sejam elas de ordem psicológica ou por factores de organização. Assim, da *tabela 4* ressalta-se, a nível global, que a *tarefa primária* constitui preocupação para a maioria dos entrevistados, em especial no que concerne à categoria *pressões psicológicas* (96 citações/119 emergidas da categoria *pressões psicológicas* da análise descritiva) e em menor grau a categoria *organização de trabalho* (51 citações/71 emergidas da categoria *organização de trabalho* da análise descritiva). Tal constatação vem confirmar a análise interpretativa, baseada na análise descritiva e comparativa inicialmente apresentada.

Ressalta-se, também, que nas duas categorias emergentes, é precisamente a actividade *domicílios* que apresenta as citações são mais elevadas, quer na *Fonte de Pressão* relativa à *organização de trabalho* (14 citações/51), quer nas *Fontes de*

*Pressão* relativa às *pressões psicológicas* (35 citações/96 surgidas na categoria *pressões psicológicas* da análise descritiva). Tal facto, possivelmente, deve-se à dificuldade que os enfermeiros têm em prestar cuidados no contexto da pessoa, o que implica lidar com o cliente, mas também com a sua família. O dirigir-se e prestar cuidados directamente na casa do cliente pode ser constrangedor para o enfermeiro, na medida em que tem que lidar, de certo modo, com a intimidade da família, isto é, com todo o ambiente familiar, com as suas condições humana e social. Ora, esta situação exige dois aspectos: diminuição do número de clientes por enfermeiro para atender adequadamente o cliente e a sua família; e, formação a nível das relações interpessoais e comunicacionais. Estes dois aspectos, parecem ser pré-requisitos fundamentais no acto de Cuidar, os quais os enfermeiros não possuem suficientemente, contribuindo para que, efectivamente, os domicílios constituam uma *Fonte de Pressão*, a nível *psicológico*, como também, a nível da *organização de trabalho*.

É de se salientar que quanto à categoria *pressões psicológicas* a actividade *tratamentos* possui um elevado índice de citações (29), revelando e corroborando, provavelmente, uma dificuldade tanto a nível do excesso de clientes por enfermeiro, quanto à má formação no lidar com o sofrimento dos clientes, dado que os tratamentos, tal como foi descrito na área descritiva *tarefas actuais e efectivas*, englobam técnicas e procedimentos geradores de sofrimento, tais como os pensos, as entubações nasogástricas, entre outras.

Assim, esta alta frequência de citações, quer a nível dos domicílios, quer a nível dos tratamentos, denota, pelo menos no que concerne à categoria *pressões psicológicas*, um forte vínculo com a interpretação aquando da análise descritiva e comparativa desta

área temática (*Fontes de Pressão*), a qual versava sobre a deficiente formação na área do relacionamento psicossocial dos enfermeiros, em relação aos clientes, e sobre o excesso de clientes por enfermeiro, que gera sobrecarga de trabalho. Nesta situação, e segundo Dejours (1992), verifica-se que existe um choque entre a história individual, portadora de projectos, esperanças e desejos com a *organização do trabalho* que, normalmente, não é flexível, isto é, os enfermeiros pretendiam ter “mais tempo para prestar”, de forma planeada e adequada, cuidados de Enfermagem aos seus inúmeros clientes e famílias, mas na verdade o que eles têm é um excessivo número de clientes e por conseguinte excesso de trabalho, o qual é acentuado pela falta de preparação a nível das competências nas relações interpessoais e comunicacionais.

Em suma, evidencia-se o excesso de clientes por enfermeiro que acarreta, através do conseqüente excesso de trabalho, uma pressão psicológica desafiadora e possivelmente, geradora de fracasso, pois o trabalhador-enfermeiro não consegue “dar conta do recado” o que é frustrante. Esta situação é agravada pela falta de formação e de treino destes profissionais a nível das relações interpessoais e comunicacionais com os clientes e suas famílias. Esta falta de formação é importante para lidar com as exigências emocionais e psico-sociais dos clientes e famílias, decorrentes de situações exigentes, como seja o contacto com clientes em sofrimento e da exposição prolongada a estas situações. Na verdade, esta exposição prolongada deve-se ao factor de que cada enfermeiro tem um determinado número de clientes atribuídos, o que faz com que lide permanentemente com as mesmas pessoas.

## 2. Fontes de Desafio

Da análise de dados das oito entrevistas emergiram três categorias (*ver tabela síntese 5*):

- Cuidados prestados;
- Formação;
- Organização de trabalho.

Inerentes à primeira categoria – **cuidados prestados** – emergiram seis subcategorias (*ver tabela síntese 5*):

- 1) SNP – Projectos de intervenção com adolescentes;
- 2) SNC – Organização da CE de PF e de SM;
- 3) SPP – Programas de prevenção;
- 4) STA – Atendimento no domicílio;
- 5) SUF – Cliente e família;
- 6) SSU – Satisfação dos clientes.

A primeira subcategoria – **projectos de intervenção com adolescentes** – é referida, como fonte de desafio, por quatro dos entrevistados e com uma frequência de seis vezes, como se verifica pelas seguintes citações:

- “*Como se faz pouca intervenção a nível escolar, já estou a tratar de um projecto, para a educação sexual, para os nossos adolescentes, porque é muito importante (...)*” (E3);
- “*Há tantas coisas que se podiam fazer e que não se faz, como implementar uma consulta para jovens, porque temos aqui uma escola ao lado e os jovens estão sempre com dificuldades, acho que deveríamos ter uma abertura maior a esses jovens*” (E4).

São dois os entrevistados, com uma frequência de duas citações, que encaram a **organização da consulta de PF e de SM**, segunda subcategoria, como uma *Fonte de Desafio*. Eis algumas citações elucidativas:

- “*Gostaria de organizar e estruturar melhor a consulta de planejamento familiar com a médica de família (...)*” (E1);
- “*Cá as consultas de planejamento familiar e de saúde materna são todas feitas pela Enfermeira Especialista em saúde materna e eu gostaria também de as fazer. Era bom a gente tentar fazer todas as actividades às nossas famílias, conheciam-se até melhor os utentes*” (E6).

O querer investir mais em **programas de prevenção**, terceira subcategoria, quer no contexto interno do CS, quer na comunidade, enquanto *Fonte de Pressão*, é demonstrado por cinco dos entrevistados, com uma frequência de oito citações:

- “*Há tanta coisa que gostava de fazer melhor (...) queria que trabalhássemos só na parte preventiva, que não tivéssemos nada que intervir na curativa, porque era sinal que estávamos com o trabalho completamente realizado*” (E5);
- “*(...) a principal vantagem dos cuidados de saúde primários é a prevenção, só que nós aqui, praticamente, prevenção é só nas consultas e a correr*” (E7).

A quarta subcategoria, **atendimento no domicílio**, da categoria *cuidados prestados*, é apontada por quatro dos entrevistados, com uma frequência de doze referências, no sentido de melhorar o atendimento aos clientes em contexto domiciliário, em termos de disponibilidade e realização de actividades promotoras de saúde e de bem-estar geral:

- “*Em termos de apoio domiciliário não temos tanto tempo para dar o apoio que gostaria. Chegamos lá, restringimo-nos a fazer o penso, falar um bocadinho com a pessoa e vir embora (...). Isso gostaria de mudar (...)*” (E1);
- “*Gostava de fazer reabilitação (...) e cinesiterapia nos acamados*” (E2).

Seis dos entrevistados e com uma frequência de nove vezes, referem-se ao **cliente e família**, quinta subcategoria, enquanto *Fonte de Desafio*, preconizando direccionar mais tempo para o atendimento e acompanhamento dos mesmos, de forma a personalizar os cuidados prestados, como se verifica pelas seguintes citações:

- “*Gostaria de fazer tudo melhor, ter mais disponibilidade (...)*” (E5);
- “*(...) gostaria de ter mais tempo disponível para atender o utente*” (E6);
- “*Ter mais tempo para estar com as pessoas (...)*” (E7).

A sexta subcategoria, **satisfação dos clientes**, também constituiu uma fonte de desafio para seis dos entrevistados, sendo mencionada dez vezes:

- “*Gostaria de fazer tudo melhor, ter mais disponibilidade, porque não é só o tratamento em si, mas muitas vezes as pessoas precisam de alguém que as oiça (...). (...) e às vezes falar dos problemas delas, ter, alguém com quem desabafar, acho que já passaram as dores e tudo (...) ainda que seja falar de culinária*” (E2);
- “*(...) e como a Enfermagem requer tanta coisa, eu quero ser cada vez melhor e satisfazer cada vez mais os nossos utentes e para dizer de boca cheia sou enfermeira*” (E3).

Relativamente à segunda categoria – **formação** – salienta-se apenas uma subcategoria (ver *tabela síntese 5*):

1) SNE – Especialização.

O desafio centrado na formação, especificamente na especialização em determinadas áreas, como seja a área da reabilitação, é focada por dois dos entrevistados e com uma frequência de seis vezes:

- “*Gostava de fazer reabilitação (...) e cinesiterapia nos acamados. (...) acho que é espectacular e mais que isso é necessário, (...) quem sabe se em breve não faço uma especialidade nesta área*” (E2).

A terceira e última categoria – **organização de trabalho** – da área temática em análise, *Fontes de Desafio*, originou uma subcategoria (*ver tabela síntese 5*):

1) SMO – gestão de trabalho.

Esta subcategoria, **gestão do trabalho**, constitui uma fonte de desafio para seis dos entrevistados e com uma frequência de sete vezes, em que o investimento a nível da própria organização do trabalho, procura fazer com que os serviços prestados estivessem mais organizados:

- “(...) *se pudéssemos fazer os domicílios de manhã, que é um período maior, seria o ideal, mas pela organização do serviço, tal não é possível. O motorista de manhã vai para uma extensão de saúde maior, onde também tem muitos domicílios*” (E1);
- “*Chateiam-me os domicílios serem à tarde, em tão pouco tempo (...)*” (E2).

### **... Quanto à análise descritiva e comparativa**

Feita a análise descritiva e comparativa, passa-se a apresentar a *tabela síntese 5* das categorias e subcategorias da área temática em análise – *Fontes de Desafio*. Esta tabela síntese fornece duas informações: os entrevistados que se referem aos conteúdos próprios de uma subcategoria; e a frequência de citações, dessa mesma subcategoria.

**Tabela síntese 5** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática *Fontes de Desafio*

Ent.	Cuidados Prestados						Formação	Organização de Trabalho
	SNP	SNC	SPP	STA	SUF	SSU	SNE	SMO
E1	0	1	1	4	0	1	0	1
E2	3	0	0	6	2	4	3	1
E3	1	0	1	1	3	2	0	2
E4	1	0	0	0	1	0	0	1
E5	0	0	3	1	1	1	0	1
E6	0	1	1	0	1	1	0	0
E7	0	0	2	0	1	0	0	0
E8	1	0	0	0	0	1	3	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
$\Sigma$	<b>47</b>						<b>6</b>	<b>7</b>

**Legenda:**

SNP – Projectos de intervenção com adolescentes  
 SNC – Organização da CE de PF e de SM  
 SPP – Programas de prevenção  
 STA – Atendimento no domicílio  
 SUF – Cliente e família  
 SSU – Satisfação dos clientes

SNE – SMO – Gestão de trabalho  
 Especiali  
 zação

Pela análise da *tabela síntese 5* e no que concerne à área temática em análise *Fontes de Desafio*, verifica-se que existe prevalência significativa, quanto à frequência global de citações, da categoria *cuidados prestados* (47), sobre as restantes duas categorias (a formação e a organização de trabalho) (6×7). A prevalência da categoria *cuidados prestados* também poderá estar relacionada com a sobrecarga de trabalho, devido ao excessivo número de clientes por enfermeiro, sobrecarga esta que impede os enfermeiros de prestar cuidados de forma personalizada e com a qualidade que desejariam. Assim sendo, e tendo consciência da sobrecarga de trabalho a que permanentemente estão sujeitos e da importância atribuída aos cuidados de Enfermagem, os enfermeiros centram-se, portanto, nos cuidados prestados, enquanto fonte de desafio.

Internamente, na categoria *cuidados prestados*, destacam-se três subcategorias: *atendimento no domicílio* (STA - 12 citações), *satisfação dos clientes* (SSU - 10

citações) e *cliente e família* (SUF - 9 citações), as quais apresentam uma frequência de citações (12+10+9=31) praticamente igual ao dobro de frequências de citações das restantes três subcategorias (6+2+8=16). Tal facto leva a crer que as *Fontes de Desafio*, centradas nas três subcategorias que mais de evidenciam (STA, SSU e SUF) parecem estar ligadas a dois factores. A subcategoria *atendimento no domicílio* (STA) parece estar ligada ao excessivo número de clientes por enfermeiro e à dificuldade em lidar com o ambiente familiar e com o sofrimento deles. Esta incapacidade/dificuldade parece estar subjacente à falta de formação e de treino destes profissionais ao nível das relações interpessoais e comunicacionais. Já as subcategorias *cliente e família* (SUF) e *satisfação dos clientes* (SSU) parecem estar ligadas ao excesso de trabalho que por sua vez, origina *falta de tempo* para o atendimento do cliente e da família de forma personalizada e adequada, da forma que os entrevistados gostariam. Com a prestação de cuidados personalizados e adequados, os enfermeiros vislumbram aumentar a satisfação dos clientes face aos mesmos.

Em suma, e face ao exposto, percebe-se que a categoria *cuidados prestados* prevalece, quanto à frequência global de citações, em relação às restantes duas categorias, pois o excesso de clientes por enfermeiro e a existência de uma formação precária ao nível das relações interpessoais e comunicacionais, acarreta consequências no que concerne ao aspecto humano e relacional. Face a tal facto, o atendimento aos clientes e famílias fica comprometido e aí sim há um grande desafio a transpor e sentido pelos enfermeiros. Nota-se que o desafio é circunscrito ao aspecto relacional e não tanto ao aspecto técnico-científico a nível dos cuidados vinculado à *tarefa primária*.

### ... Quanto à análise matricial

Feita a análise descritiva e comparativa da área temática *Fontes de Desafio* e sua respectiva interpretação, pretendeu-se, num segundo momento, identificar as actividades que os entrevistados apontaram como *Fonte de Desafio*. Este segundo momento de análise dos dados implicou a análise matricial de proporções das categorias emergentes das áreas temáticas, através da qual se procurou conhecer as relações existentes entre as categorias emergentes desta área temática e as actividades desenvolvidas pelos sujeitos. A *tabela 6* apresenta o número de vezes que as *Fontes de Desafio* aparecem relacionadas no discurso dos sujeitos entrevistados com as actividades desenvolvidas.

**Tabela 6** – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática *Fontes de Desafio* e a *tarefa primária* dos enfermeiros

	Domicílios	Planeamento Familiar	Saúde Infantil	Saúde Materna	Hipertensos e Diabéticos	Tratamentos	$\Sigma$
Cuidados prestados	11	3	1	2	4	6	27
Formação	2	0	0	0	2	1	5
Organização de trabalho	3	1	0	1	0	0	5

Da análise da *tabela 6* ressalta-se, a nível global, que a *tarefa primária* é central para a maioria dos entrevistados, no que concerne às *Fontes de Desafio*, em especial a *formação* (5 citações/6 citações emergidas na categoria *formação* da análise descritiva) e a *organização de trabalho* (5 citações/7 citações emergidas na categoria *organização de trabalho* da análise descritiva) e em menor grau os *cuidados prestados* (27 citações/47 emergidas na categoria *cuidados prestados* da análise descritiva).

Ressalta-se, também, que na categoria *cuidados prestados*, são precisamente as actividades *domicílios* (11 citações/7 surgidas na categoria *cuidados prestados* da análise descritiva), e *tratamentos* (6 citações/47 surgidas na categoria *cuidados prestados* da análise descritiva) que mais se evidenciam. Esta fonte de desafio, a nível dos domicílios, deve-se, provavelmente, a três motivos: ao excessivo número de clientes, o que acarreta uma sobrecarga de trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos no seu quotidiano profissional; à dificuldade que os enfermeiros têm em prestar cuidados no contexto da pessoa, dado que tal implica que o profissional tenha de lidar com a intimidade da família, isto é, com todo o ambiente familiar, com a sua condição humana e social; e à dificuldade em lidar com os clientes em sofrimento, situação típica dos domicílios, devido à deficiente formação no que concerne às relações interpessoais e comunicacionais.

Em suma, os entrevistados ao não se aperceberem da dinâmica de funcionamento da *organização de trabalho*, das suas falhas, e das próprias limitações impostas a si mesmos, enquanto trabalhadores, não os remete a introduzir alterações na organização de trabalho, com vista a diminuir o sofrimento psíquico e gerar prazer no trabalho. Isto atendendo ao princípio de que, segundo Dejours (1994), a existência de um espaço de liberdade que autorize uma modificação na própria organização do trabalho, adaptando-a às necessidades dos trabalhadores e sendo coerente com os seus desejos, desencadeia uma diminuição da energia psíquica, mas isto não parece verificar-se nesta amostra. Deste modo, uma condição que se impõe como necessária para obter *prazer no trabalho*, é que a organização se torne flexível, de forma a permitir ao trabalhador empregar as suas aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas (Dejours, 1994), contudo, quanto aos *desafios* os entrevistados, com raras excepções,

não têm consciência desta necessidade da organização se tornar mais flexível, sobretudo no que concerne à diminuição do rácio por enfermeiro.

O *desafio*, para eles, parece centrar-se muito mais em questões menores vinculadas à tarefa tais como por exemplo, aquelas que estão ligadas aos domicílios e aos tratamentos. Perante tal, os entrevistados não percebem que essas questões têm raízes na própria *organização de trabalho*.

É de acrescentar, por fim, que esta dissertação, a nível dos seus objectivos de investigação e das conseqüentes questões orientadoras da entrevista, centrou-se na exploração da *tarefa primária* dos enfermeiros e não tanto nas questões de organização de trabalho, onde os mesmos laboram. Mesmo assim, o alto desfaseamento entre as citações a favor dos *cuidados prestados*, leva a crer que realmente eles deslocam o desafio para aquilo que não é verdadeiramente vinculado à *Fonte de Pressão* original que é o elevado rácio por enfermeiro.

### **3. Fontes de Fracasso**

A análise de conteúdo mostrou que o discurso dos entrevistados, sobre esta área temática, concentrou-se em três categorias (*ver tabela síntese 7*):

- Cuidados prestados;
- Formação;
- Organização de trabalho.

Relativamente à primeira categoria – **cuidados prestados** – da área temática em análise encontraram-se quatro subcategorias (*ver tabela síntese 7*):

- 1) FFM – Mentalização dos clientes para os cuidados;
- 2) FFA – Falecimentos;
- 3) FFI – Impotência;
- 4) FFU – Falta de reconhecimento por parte dos clientes/familiares.

A primeira subcategoria, **mentalização**, diz respeito ao fracasso que os enfermeiros sentem no processo de sensibilização dos clientes para os cuidados exigidos por uma determinada doença e respectivos cuidados de saúde a adoptar, dado que os clientes não apresentam sinais de aceitação/cumprimento do aconselhamento dos profissionais. Esta subcategoria foi referida por três dos entrevistados, com uma frequência de sete citações, como se pode observar pelas seguintes citações:

- “(...) *por exemplo a nível da consulta de diabéticos, a gente insiste na alimentação, na importância do exercício físico, na importância do auto-controle, nas complicações da diabetes e como não lhes dói nada, a maior parte não quer saber. Hipertensos a mesma coisa, a gente fala, fala, fala e alguns não querem saber*” (E5);
- “*Eu também valorizo muito os ensinamentos que fazemos (...) embora tenha, por vezes, a noção que nem sempre é completamente assimilada, principalmente pelos Hipertensos e Diabéticos. (...). Não vale a pena estar a falar, porque eles não querem saber (risos)*” (E7).

A segunda subcategoria, **falecimentos**, está relacionada com os sentimentos de fracasso gerados pela morte dos clientes e foi apontada, como *Fonte de Fracasso*, por cinco dos entrevistados, com uma frequência de dezoito vezes, como se pode observar pelas seguintes citações:

- “(...) *ele estava bem, aparentemente bem (...). De repente recebi a notícia que ele*

*tinha falecido. Um senhor dos domicílios que eu lá ia há anos, ia lá regularmente derivado a umas úlceras de pressão (...) e saber que o senhor tinha falecido, assim de repente, foi um grande choque” (E1);*

- *“(...) um senhor que andou cá durante anos a fazer um tratamento a uma úlcera venosa (...). Tinha vários problemas de saúde associados e ultimamente andava um pouco mais debilitado (...). Um dia, nunca me esquece que foi a uma quinta-feira, o médico de família (...), enviou-o para o Hospital S. Marcos para ser internado e ele não queria ir e nós a insistir (...). (...) acabou por ir e ficar internado. (...) passados dois dias o senhor faleceu, nem queria acreditar (...)” (E4).*

A terceira subcategoria, **impotência**, da categoria em análise, cuidados prestados, está ligada à sensação que os enfermeiros sentem face à debilidade dos clientes perante as doenças terminais ou sem evolução clínica favorável. Esta subcategoria foi mencionada, como *Fonte de Fracasso*, por sete, dos oito entrevistados, com uma frequência de vinte e sete citações:

- *“(...) às vezes sinto-me desiludida, por causa das situações do dia-a-dia, em que a gente se sente impotente para as puder ultrapassar. Face a uma paragem, a gente na hora não vê que ninguém está a morrer, temos que lutar pela vida. (...) tivemos um moço de dezanove anos que faleceu de um acidente de mota, a gente na hora nem sabe o que faz, nem o que não faz e faz porque faz e o que fez... faz a massagem cardíaca, põe soro, faz aquilo tudo a correr, mas depois vem a outra parte... a parte em que se digere tudo de forma dolorosa” (E5);*
- *“O senhor sentia que dia-a-dia estava a ficar pior e pior e embora eu soubesse qual o desfecho, que não havia muito a fazer, não havia muito por onde ajudar (...)” (E7).*

A quarta subcategoria, **falta de reconhecimento por parte dos clientes/familiares**, que está relacionada com a falta de compreensão e reconhecimento do próprio trabalho do enfermeiro por parte dos familiares dos clientes dependentes, é

referida, como *Fonte de Fracasso*, por quatro dos entrevistados, com uma frequência de cinco referências:

- “*Acho que o nosso trabalho é tão importante e que ninguém dá valor, ou pouca gente dá valor ao nosso trabalho*”(E3);
- “*É claro que nem sempre sai tudo como nós queríamos. No outro dia surgiu uma situação, mas... tenho a minha consciência tranquila. Um utente nosso do domicílio, um utente idoso, que era dependente que fez uma queda e fez uma fractura do fémur, (...) e esteve internado e regressou do hospital com úlceras e depois aquilo complicou, (...), a pontos que se via lá os tendões na perna, depois o senhor até acabou por falecer e a filha depois disse a uma colega (...) que eu deixei andar a situação, que eu que não fiz nada e era uma situação em que nada havia a fazer. (...) a gente dá o nosso melhor e depois dá nisto (...)*” (E6);
- “*(...) uma utente no domicílio, estava num estado deteriorado, com muitas úlceras de pressão (...), tinha um filho que trabalhava numa farmácia e que tinha tudo para não lhes faltar nada (...). (...) mas não (...). Um dia a senhora estava bastante quente e mandei-a para a urgência (...). Realmente ela foi para o SAP [Serviço de Atendimento Permanente], mas já foi tarde de mais, ela acabou por falecer. (...) uma pessoa tanto que remou contra a maré que mesmo assim não valeu de nada. É a incapacidade de podermos reagir, de querermos ajudar e nada se solucionar*” (E8).

Em relação à segunda categoria – **formação** – da área temática em análise (*Fontes de Fracasso*), emergiu uma subcategoria (ver tabela síntese 7):

1) FIC – Insegurança.

A *Fonte de Fracasso* é, efectivamente, a falta de formação, manifestada na **insegurança**, nas dúvidas dos entrevistados a nível dos conhecimentos técnicos e práticos e foi mencionada por cinco entrevistados, com uma frequência de nove vezes.

- “*Claro que a nível de formação as coisas ainda têm muito que melhorar. Não há uma constante actualização, às vezes saem normas de actuação, nós nem temos*

*conhecimentos delas, mas temos que nos orientar e proceder em função delas”* (E3);

- “(...) *embora ao início quando me sentia mais inseguro, acontecia-me mais isso. Porque tinha medo de não estar a dar a informação mais correcta (...)*” (E7).

Inerente à terceira categoria – **organização de trabalho** – emergiram quatro subcategorias (*ver tabela síntese 7*):

- 1) FPT – Trabalho/tempo;
- 2) FEE – Expectativas de recém-formado;
- 3) FMS – Trabalho mal sucedido;
- 4) FIT – Falta de investimento.

A subcategoria **trabalho/tempo**, está relacionada com o excesso de trabalho e, por consequência, com o tempo insuficiente para a realização das tarefas, tendo sido exposta, como *Fonte de Fracasso*, por três dos entrevistados, com uma frequência de oito citações:

- “*Normalmente e dependendo do caso programo estas visitas domiciliárias de vigilância de dois em dois meses e neste momento já ultrapassei este tempo e não estou a conseguir (...). Em termos de apoio domiciliário não temos tanto tempo para dar o apoio que gostaria (...)*” (E1).

As **expectativas de recém-formado**, surgem como segunda subcategoria para definir as expectativas falhadas relativamente ao tipo de trabalho desenvolvido agora como enfermeiro, isto é, o único entrevistado que se refere a esta subcategoria, com uma frequência de uma vez, acreditava, no início da sua carreira profissional, que poderia mudar o estado das coisas, o que não se verificou, constituindo, por tal, uma *Fonte de Fracasso*:

- *“Quando saí do curso achava que poderia mudar tudo, superar e resolver todas as situações, mas as coisas não são bem assim (...)” (E1).*

A terceira subcategoria, **trabalho mal sucedido**, da categoria em análise, *organização de trabalho*, define o investimento total na resolução dos problemas de saúde, no entanto, o fracasso surge devido à não continuidade e/ou resolução por parte de outros profissionais desses mesmos problemas. Apontada por seis dos entrevistados, esta subcategoria apresenta uma frequência de oito vezes:

- *“Neste caso das crianças envolvo-me ao máximo para tentar diminuir e se possível acabar com o caso da negligência (...). Tento fazer, sobretudo, educações para a saúde nesse sentido, fazer encaminhamentos sempre que necessário, nomeadamente para o médico de família, para a assistente social, o encaminhamento que eu acho necessário para a situação, e, sobretudo, alertar os pais (...). Depois de tudo isto feito se as coisas não se resolvem ou se não melhoram sinto-me aquilo que se pode chamar de frustrada (...)” (E1);*
- *“Por exemplo, veio um senhor com uma sutura. Tinha sido submetido a uma cirurgia, não trazia nada escrito, nem quando era para tirar pontos, que tipo de cirurgia foi, a última vez que foi feito o penso uma coisa é o que a pessoa diz, outra é o que está escrito” (E2).*

A última subcategoria, **falta de investimento**, define a falta de estratégia, da *organização de trabalho*, para a vertente preventiva dos cuidados de saúde, a qual assume repercussões no trabalho dos enfermeiros. Foi referida por dois dos entrevistados, duas vezes:

- *“(...) a parte preventiva, esta sim, é a parte em que temos que trabalhar mais, apesar de achar que é a parte que está a ser menos investida” (E5);*
- *“A principal vantagem dos Cuidados de Saúde Primários é a prevenção, só que nós aqui praticamente prevenção fazemos é só nas consultas e a correr. Por falta de tempo, falta de pessoal. A falta de pessoal leva que haja menos tempo e que seja tudo feito a correr” (E7).*

### ... Quanto à análise descritiva e comparativa

Feita a análise descritiva e comparativa, passa-se a apresentar a *tabela síntese 7* das categorias e subcategorias da área temática em análise – *Fontes de Fracasso*. Esta tabela síntese fornece duas informações: os entrevistados que se referem aos conteúdos próprios de uma subcategoria; e a frequência de citações dessa mesma subcategoria.

**Tabela síntese 7** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática *Fontes de Fracasso*

Ent.	Cuidados Prestados				Formação	Organização de Trabalho			
	FFM	FFA	FFI	FFU		FIC	FPT	FEE	FMS
E1	0	9	5	0	0	4	1	2	0
E2	1	0	3	0	1	3	0	2	0
E3	0	0	4	2	1	1	0	0	0
E4	0	4	2	0	0	0	0	1	0
E5	4	2	9	1	2	0	0	0	1
E6	0	2	0	1	0	0	0	1	0
E7	2	1	3	0	4	0	0	1	1
E8	0	0	1	1	1	0	0	1	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
$\Sigma$	<b>57</b>				<b>9</b>	<b>19</b>			

**Legenda:**

FFM – Mentalização dos clientes para os cuidados  
 FFA – Falecimentos  
 FFI – Impotência  
 FFU – Falta de reconhecimento por parte dos clientes/familiares

FIC -  
 Insegurança

FPT – Trabalho / tempo  
 FEE – Expectativas de recém-formado  
 FMS – Trabalho mal sucedido  
 FIT – Falta de investimento

Pela análise da *tabela síntese 7* e no que concerne à área temática em análise, *Fontes de Fracasso*, constata-se que existe uma diferença significativa, quanto à frequência global de citações, entre as três categorias existentes: *cuidados prestados*; *formação* e *organização de trabalho*, a favor da categoria *cuidados prestados* ( $57 \times 9 \times 19$ ). Tal significa que os fracassos mais significativos para os entrevistados são a nível dos cuidados prestados e não tanto a nível da formação e da organização de trabalho. Possivelmente, esta constatação deve-se ao facto de os entrevistados terem consciência da sobrecarga de trabalho a que estão diária e permanentemente sujeitos no

seu cotidiano profissional, provocado pelo excessivo número de clientes, o que dá origem à “*falta de tempo*” para prestar cuidados – *tarefa primária* – de forma personalizada e adequada.

Assim, ao fazer-se a análise interna à categoria que mais se evidencia, *cuidados prestados*, denota-se a existência de um núcleo central de subcategorias que se denotam quanto à frequência global de citações. As subcategorias que se ressaltam são, então, duas: os *falecimentos* (18 citações) e a *impotência* (27 citações). A frequência total de citações destas duas subcategorias (45) é superior ao quádruplo das vezes que foram citadas nas restantes duas subcategorias (12), o que significa que a impotência dos enfermeiros entrevistados, face a situações complexas de saúde, como sejam as doenças terminais, o sofrimento e a morte dos clientes, parece constituir uma *Fonte de Fracasso* importante no trabalho dos enfermeiros.

Em suma, face ao exposto, tudo leva a crer que estes trabalhadores não estão preparados para lidar com seres humanos que se encontrem em situação de doenças terminais/prolongadas, geradoras de sofrimento e de morte iminente. Presumivelmente esta situação deve-se à má formação dos enfermeiros no que concerne à vertente interpessoal e comunicacional, o que vem de encontro ao referido por Branco et al. (1994):

“durante a sua formação, os enfermeiros são educados para curar e reabilitar. A morte é abordada em teoria, o confronto com a mesma, na prática, é muito doloroso (...)” (p. 31).

### ... Quanto à análise matricial

Após a análise descritiva e comparativa da área temática *Fontes de Fracasso* e a sua respectiva interpretação, objectivou-se conhecer as actividades que os entrevistados apontam como *Fontes de Fracasso*, recorrendo, para tal, à análise matricial de proporções através das quais se procurou conhecer as relações estabelecidas entre as categorias e as tarefas realizadas pelos enfermeiros, quanto ao número de citações no texto. A *tabela 8*, respeitante à matriz de intersecção, apresenta o número de vezes que as *Fontes de Fracasso* aparecem relacionadas no discurso dos sujeitos com as actividades desenvolvidas.

**Tabela 8** – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática *Fontes de Fracasso* e a *tarefa primária* dos enfermeiros

	Domicílios	Planeamento Familiar	Saúde Infantil	Saúde Materna	Hipertensos e Diabéticos	Tratamentos	$\Sigma$
Cuidados prestados	19	2	0	1	7	10	<b>39</b>
Formação	1	2	0	1	1	2	<b>7</b>
Organização de trabalho	10	3	0	3	0	2	<b>18</b>

Assim, pela análise da *tabela 8* ressalta-se, a nível global, que a *tarefa primária* constitui uma preocupação para os entrevistados, no que diz respeito às *Fontes de Fracasso*, em especial à categoria *formação* (7 citações/9 emergidas na categoria *formação* na análise descritiva) e a *organização de trabalho* (18 citações/19 emergidas na categoria *organização de trabalho* na análise descritiva) em menor grau os *cuidados prestados* (39 citações/57 emergidas da categoria *cuidados prestados* na análise descritiva). A frequência elevada da categoria *formação*, provavelmente, está

relacionada com a consciência dos enfermeiros no que tange às próprias limitações de conhecimentos técnicos durante o acto de Cuidar, nomeadamente face a situações novas e diferentes e não tanto a nível da formação de base.

Internamente as actividades que mais se evidenciam, quanto à frequência global de citações, são os *domicílios* (19 referências) e os *tratamentos* (10 referências), pertencentes à categoria *cuidados prestados*, enquanto *Fontes de Fracasso*. Tal constatação da evidência dos domicílios e dos tratamentos, pela análise dos dados anteriormente feita, parece estar relacionada com a sensação de incapacidade e de dificuldade destes trabalhadores perante clientes com doenças terminais ou sem evolução clínica favorável, em sofrimento e em iminência de morte, nos casos terminais, situações frequentes nos domicílios. A sensação de incapacidade parece estar vinculada à dificuldade que estes trabalhadores-enfermeiros apresentam em lidar e enfrentar, psicossocialmente falando, as situações de doenças terminais ou sem evolução clínica e geradoras de sofrimento físico e psíquico. Provavelmente, estas situações de doenças terminais estão ligadas a dois aspectos: à má formação e preparação destes profissionais no que concerne às relações interpessoais e comunicacionais; e à dificuldade que os enfermeiros têm em prestar cuidados no contexto da pessoa, dado que tal implica que estes tenham de lidar com todo o ambiente familiar, com as suas condições humana e social. À luz de Dejours (1992), estas actividades, *os domicílios e os tratamentos*, são, então, aquelas que permitem que a energia psíquica se acumule. Neste caso, torna-se uma de fonte de tensão e de desprazer, gerando uma carga psíquica positiva para o aparelho psíquico.

Os domicílios também se evidenciam, quanto à frequência global de citações, na categoria *organização de trabalho* (10 referências), o que, pela análise descritiva e comparativa, leva a crer que tal esteja relacionado com o excessivo número de clientes por enfermeiros, o que não permite ao trabalhador dedicar o tempo necessário a cada cliente, gerando, uma sensação de fracasso. Pode-se, ainda, supor que este aspecto do rácio elevado esteja relacionado com factores externos aos enfermeiros, os quais não conseguem nem perceber nem controlar, por provável forte alienação, que são, na verdade, a falta de recursos humanos, cabendo, à organização de trabalho, a sua real solução e não a eles as suas soluções meramente individuais, que são sempre paliativas, tais como, por exemplo, as tentativas de mudança de horário para fazer domicílios.

#### **4. Fontes de Frustração**

Nesta área temática os discursos proferidos deram origem três subcategorias (*ver tabela síntese 9*):

- Cuidados prestados;
- Organização de trabalho;
- Formação.

Da primeira categoria – **cuidados prestados** – emergiram as seguintes subcategorias (*ver tabela síntese 9*):

- 1) RNE – Agravamento/fase estacionária do estado clínico do cliente;
- 2) RFI – Falecimentos inesperados;
- 3) REF – Fraco envolvimento da família;
- 4) RDD – Despersonalização dos cuidados;
- 5) REP – Fraco envolvimento dos clientes.

A primeira subcategoria, **agravamento/fase estacionária do estado clínico do cliente**, define a sensação de incapacidade e de debilidade dos entrevistados perante as situações de saúde que não evoluem ou que se agravam e perante pessoas dependentes/acamadas em sofrimento físico e/ou psicológico. Considerada como *Fonte de Frustração* por sete dos entrevistados, esta subcategoria foi mencionada vinte e oito vezes:

- “*É assim, nós tanto trabalhamos e as coisas não melhoram, ou então melhoram pouco para o investimento que nós fizemos, porque há casos muito complicados, que demoram meses a cicatrizar e isto é muito exigente*” (E4);
- “*Eu valorizo muito os cuidados domiciliários, porque tenho contacto directo com a comunidade em si, embora depois isso tenha o reverso da medalha, ou seja, não há grande evolução daquilo que fazemos, principalmente nos curativos. São mais cuidados paliativos do que curativos em si (...)*” (E7).

Na segunda subcategoria, **falecimentos inesperados**, englobam-se os sentimentos desencadeados por falecimentos inesperados, onde existia envolvimento com o cliente falecido e com a sua família. Esta *Fonte de Frustração* perante a morte é frisada por sete dos entrevistados, vinte e uma vezes:

- “*(...) ele estava bem, aparentemente bem (...). De repente recebi a notícia que ele tinha falecido. Um senhor dos domicílios que eu lá ia há anos, ia lá regularmente derivado a umas úlceras de pressão (...) e saber que o senhor tinha falecido, assim de repente, foi um grande choque*” (E1);
- “*(...) passados dois dias o senhor faleceu, nem queria acreditar. Claro que enfrentar a família também não foi nada fácil, principalmente o neto, um jovem, que estava muito triste, estava na nossa sala de espera a chorar eu nem sabia o que fazer (...)*” (E4);

- “(...) realmente ela foi para o SAP [Serviço de Atendimento permanente] mas já foi tarde de mais, ela acabou por falecer. (...) claro que fiquei triste com a situação” (E8).

A terceira subcategoria, **fraco envolvimento da família**, da categoria em análise, *Fontes de Frustração*, diz respeito ao débil envolvimento por parte dos familiares no que concerne aos cuidados básicos (higiene, alimentação...) a prestar aos clientes dependentes de terceiros e à situação de doença, casos detectados pelos entrevistados na VD. Este fraco envolvimento familiar, como situação geradora de frustração, foi exposto por quatro dos entrevistados, com uma frequência de dez referências, como se verificar pelos seguintes extractos dos discursos dos entrevistados:

- “(...) ela tinha uma filha que vivia a 10 metros, numa casa com condições e as coisas que mais me revoltava era ver as condições em que a senhora vivia, tendo a filha ao lado.(...) nós falávamos tantas, tantas vezes à filha ‘olhe a sua mãe, faça isto, faça aquilo, tire a sua mãe da cama, se não daqui a pouco ela fica completamente imobilizada, rígida das articulações, (...) dê-lhe uma alimentação mais decente`. (...) aquilo revoltava porque nos avisávamos a filha e nada” (E3);
- “(...) esse casal tinha um filho que trabalhava numa farmácia e que tinha tudo para não lhes faltar nada, a nível de medicação, de cremes. Mas não. Nem uma vaselina, um creme para lhe massajar as proeminências ósseas (...). Tinha todas as facilidades do mundo e que simplesmente ignorava a família (...)” (E8).

A quarta subcategoria, **despersonalização dos cuidados**, agrega os sentimentos de *Frustração* provocados pela sensação de prestação de cuidados pouco personalizados e distanciados do cliente como um todo, visão holística. Esta subcategoria foi referida por sete dos entrevistados, com uma frequência de nove vezes, como se observa pelos seguintes extractos de algumas entrevistas:

- “(...) tento personalizar os cuidados, que é um tema tão falado, mas é real. Reconheço que às vezes nem sempre há possibilidade (...) para tal, porque o trabalho é muito (...)” (E4);
- “Esta semana estou em domicílios, hoje de manhã tive à volta de doze a treze domicílios. Como é que vou estar com aquele tempo que gostaria de estar para aquele doente e para aquela família?” (E6).

A última subcategoria, **fraco envolvimento dos clientes**, da categoria em análise, *Fontes de Frustração*, descreve o débil envolvimento dos clientes na prevenção da saúde e no tratamento da sua própria doença. Fizeram menção a esta subcategoria três dos entrevistados, com uma frequência de cinco citações:

- “Às vezes sinto-me é frustrada porque se investe, investe e investe e as pessoas não querem saber. (...) a nível da consulta de diabéticos, a gente insiste na alimentação, na importância do exercício, na importância do auto-controle, nas complicações da diabetes e como não lhes dói nada, a maior parte não quer saber. Hipertensos a mesma coisa, a gente fala, fala, fala e alguns não querem saber. Outras vezes úlceras em que a gente diz... tem que descansar a perna, tem que usar meias elásticas, ter cuidados com a alimentação, porque também é importante e eles não querem saber e às vezes fico chateada” (E5);
- “Com os hipertensos e os diabéticos as coisas são bem diferentes das mães que ouvem tudo o que dizemos. Está-se a falar para eles parece que se está a falar para ninguém (risos). Não vale a pena estar a falar, porque eles não querem saber. (...) chega-se à próxima consulta e eles fizeram exactamente o que não era pretendido fazer. Sem dúvida que isto me desmotiva” (E7).

A segunda categoria – **organização de trabalho** – da categoria em análise, *Fontes de Frustração*, originou as seguintes subcategorias (ver tabela síntese 9):

- 1) RET – Excesso de trabalho;
- 2) RRO – Rotina nas tarefas.

A primeira subcategoria, **excesso de trabalho**, considera, como o próprio nome indica, o excesso de trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos no seu quotidiano laboral. Fizeram alusão a esta subcategoria sete dos entrevistados, com uma frequência de dezassete, como se pode observar nas seguintes citações:

- “(...) *uma pessoa está tanto nas coisas que a nível psicológico e físico fico afectada, é muito trabalho (...)*” (E3);
- “(...) *realmente a falta de tempo condiciona muito o nosso trabalho*” (E5).

A segunda subcategoria, **rotina nas tarefas**, é focada como *Fonte de Frustração* por dois dos entrevistados, com uma frequência de cinco vezes:

- “(...) *na consulta de saúde escolar temos que fazer tudo tão a correr, porque são tantas, que chego a um ponto que já não sei se disse, se não disse, se ficou por dizer. (...) sinto-me tipo um robô. É estar sempre a dizer a mesma coisa (...). É estar sempre a fazer a mesma coisa*” (E2).

Da terceira e última categoria – **formação** – da área temática em análise, *Fontes de Frustração*, emergiu uma subcategoria (ver tabela síntese 9):

1) RPF – Pouca formação.

Esta subcategoria, **pouca formação**, diz respeito à fraca formação em determinadas áreas de trabalho, que tem implicações ao nível da qualidade do serviço prestado. Constituindo uma *Fonte de Frustração*, a pouca formação, é mencionada por cinco dos entrevistados, seis vezes:

- “*Acho que deveríamos apostar em nós, na nossa formação, mas nem nos dão as horas a que temos direito para ir a formação, quanto mais... o que importa é que a gente trabalhe, como estamos não interessa*” (E2).

### ... Quanto à análise descritiva e comparativa

Feita a análise descritiva e comparativa, passa-se a apresentar a *tabela síntese 9* das categorias e subcategorias da área temática em análise – *Fontes de Frustração*. Esta tabela síntese fornece duas informações: os entrevistados que se referem aos conteúdos próprios de uma subcategoria; e a frequência de citações dessa mesma subcategoria.

**Tabela síntese 9** - Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática *Fontes de Frustração*

Ent.	Cuidados Prestados					Organização de Trabalho		Formação
	RNE	RFI	REF	RDD	REP	RET	RRO	RPF
E1	5	11	3	2	0	5	0	1
E2	5	0	0	2	1	5	2	2
E3	4	1	2	1	0	1	0	0
E4	3	4	0	1	0	1	0	0
E5	6	1	3	1	2	2	0	1
E6	3	2	0	1	0	1	0	1
E7	2	1	0	1	2	2	3	0
E8	0	1	2	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
$\Sigma$	<b>73</b>					<b>22</b>		<b>6</b>

**Legenda:**

RNE – Agravamento/fase estacionária do estado clínico do cliente  
 RFI – Falecimentos inesperados  
 REF – Fraco envolvimento da família  
 RDD – Despersonalização dos cuidados  
 REP – Fraco envolvimento dos clientes

RET – Excesso de trabalho

RRO – Rotina nas tarefas

RPF – Pouca formação

Pela análise da *tabela síntese 9* constata-se que existe prevalência, quanto à frequência global de citações, de uma das categorias, *cuidados prestados* (73 citações) em relação às duas restantes (22×6). Nota-se, ainda, que a diferença entre a categoria que mais se evidencia, *cuidados prestados* (73citações) e a categoria *organização de trabalho* (22 citações) é apenas moderada. Já a diferença entre a categoria de *cuidados prestados* (73 citações) e a categoria *formação* (6 citações) é significativa. Isto significa que os *cuidados prestados* assumem mais importância, no que concerne à existência de

frustração nos entrevistados, do que à *organização de trabalho* e à *formação*. Tal facto, vem de encontro à teoria dejouriana, sobretudo quanto aos estudos sobre a importância atribuída pelo trabalhador à *tarefa primária*, vistos no *Capítulo II. Os cuidados prestados*, enquanto *Fonte de Frustração*, parecem estar relacionados, essencialmente, à dificuldade em lidar com a última fase da condição humana, a morte. Neste contexto, parece evidente que perante o agravamento do estado clínico do cliente, ou perante o seu falecimento inesperados, os enfermeiros ficam com uma sensação de frustração. Inerente a este aspecto parece estar a deficiente formação dos enfermeiros no que concerne às relações interpessoais e comunicacionais.

Internamente, a nível da categoria que mais se evidencia, *cuidados prestados*, nota-se a existência de um núcleo central de duas subcategorias: *agravamento/fase estacionária do estado clínico do cliente* (RNE - 28 citações) e *falecimentos inesperados* (RFI - 21 citações). A frequência total das citações destas duas subcategorias (28+21=49 citações) é superior ao dobro da frequência de citações das restantes subcategorias (10+9+5=24 citações). Tal facto, significa que, efectivamente, a frustração sentida pelos enfermeiros, ligada aos *cuidados prestados*, está vinculada ao agravamento da doença ou à não evolução favorável dos estados clínicos dos clientes, assim como os falecimentos inesperados. Subjacente a esta frustração está, por um lado, o sentimento de incapacidade e de enfraquecimento dos entrevistados perante as situações de saúde que não evoluem ou que se agravam e perante pessoas dependentes/acamadas em sofrimento físico e/ou psicológico. Por outro lado, esta situação também parece dever-se, no caso dos falecimentos inesperados, à existência de envolvimento emocional com o cliente falecido e com a sua família.

No que concerne internamente à categoria *organização de trabalho* salienta-se a subcategoria *excesso de trabalho* (RET - 17 citações). O excessivo número de clientes por enfermeiro, gera uma sobrecarga de trabalho a que estes estão permanentemente sujeitos, gerado pelo, desencadeia, automaticamente, “*falta de tempo*” para realizar o trabalho como gostariam, o qual implica disponibilidade para o atendimento aos clientes, de forma personalizada e adequada. Ao não desenvolverem o trabalho como deveriam e pretendem gera frustração nestes trabalhadores.

### ... Quanto à análise matricial

Após a análise descritiva e comparativa das *Fontes de Frustração* mencionadas pelos entrevistados e sua respectiva interpretação, preconizou-se identificar as actividades que os mesmos apontaram como *Fontes de Frustração*. Desta forma, efectuou-se a análise matricial de proporções das citações, onde buscou perceber as relações existentes entre as *Fontes de Frustração* e a *tarefa primária* dos entrevistados. Desta análise, resultou a *tabela 10*, respeitante à matriz de intersecção, a qual apresenta o número de vezes que as *Fontes de Frustração* aparecem relacionadas no discurso dos sujeitos com as actividades desenvolvidas.

**Tabela 10** – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática *Fontes de Frustração* e a *tarefa primária* dos enfermeiros

	Domicílios	Planeamento Familiar	Saúde Infantil	Saúde Materna	Hipertensos e Diabéticos	Tratamentos	$\Sigma$
Cuidados prestados	19	2	1	2	7	13	<b>44</b>
Formação	1	1	1	1	1	1	<b>6</b>
Organização de trabalho	10	3	0	2	2	3	<b>20</b>

A análise da *tabela 10* evidencia, a nível global, que a *tarefa primária* constitui um indicador importante, no que concerne às *Fontes de Frustração*, em especial a categoria *formação* (6 citações/6 emergidas na categoria *formação* da análise descritiva), a *organização de trabalho* (20 citações/22 emergidas na categoria *organização de trabalho* da análise descritiva) e, em menor grau, os *cuidados prestados* (44 citações/73 emergidas na categoria *cuidados prestados* da análise descritiva).

Destacam-se, na categoria *cuidados prestados*, as actividades com maior número de citações, que são os *domicílios* (19 referências), os *tratamentos* (13 referências) e as CE de “*hipertensos e diabéticos*” (7 citações). Provavelmente, a *Fonte de Frustração* centrada quer nos *domicílios*, quer nos *tratamentos*, deve-se, pela análise descritiva e comparativa, à dificuldade e que os entrevistados demonstram em lidar com clientes em estado crítico, nomeadamente com pessoas dependentes em sofrimento, como também na dificuldade em enfrentar e aceitar as situações de morte dos clientes que conheciam bem, resultado de um acompanhamento prolongado e, talvez, de um envolvimento emocional. Todas as situações descritas são frequentes e típicas dos *domicílios* e, em menor grau, dos *tratamentos*. Esta alta frequência de citações, quer a nível dos *domicílios*, quer a nível dos *tratamentos*, denotam, no que respeita à categoria *cuidados prestados*, um forte vínculo com o interpretado aquando da análise descritiva e comparativa, em que se comentava, essencialmente, a deficiência de formação na área de relacionamento psicossocial dos enfermeiros, em relação aos clientes. A *Fonte de Frustração*, centrada na actividade CE de *hipertensos e diabéticos*, na categoria *cuidados prestados* surge, possivelmente, quando os enfermeiros reconhecem que o seu trabalho não teve qualquer impacto na melhoria e/ou mudança dos estilos de vida dos clientes com estas patologias, hipertensão e diabetes, com vista a melhorar a sua

qualidade de vida e o seu estado de saúde, reduzindo as complicações das doenças. Fazendo a análise à luz de Dejours (1992), desta última constatação, relativamente à CE de *hipertensos e diabéticos*, pressupõe-se que o reconhecimento do trabalho dos trabalhadores-enfermeiros assume um peso importante na questão do sofrimento psíquico, pois este sofrimento pode-se transformar em prazer no trabalho, a partir do reconhecimento e da gratificação. O reconhecimento e valorização do trabalhador passam pelas chefias, pelos pares e pelas pessoas-alvo do seu trabalho. Ora, o que se verifica com este grupo de trabalhadores estudados, os enfermeiros, é exactamente o não reconhecimento e a não valorização do seu trabalho, por parte dos clientes, hipertensos e diabéticos, o que gera sofrimento psíquico.

Uma outra categoria que se distingue é a ***organização de trabalho*** devido, também à actividade nos *domicílios* que apresenta uma frequência de dez citações. Tal, possivelmente, deve-se ao elevado número de clientes em programa de vigilância e curativo no domicílio, desencadeando um excesso de trabalho, o que gera frustração nos entrevistados, devido à incapacidade dos mesmos em planear e realizar a VD conforme o preconizado. Ressalta-se que, mais uma vez, esta constatação é um obstáculo com que diariamente os enfermeiros se deparam e que interfere vincadamente no trabalho dos destes sujeitos.

## 5. Envolvimento Emocional

Procuraram-se conhecer as opiniões e as vivências dos entrevistados quanto à possível existência de *Envolvimento Emocional* com as situações dos clientes, como resultado do acto de Cuidar.

A análise de conteúdo mostrou que o discurso dos entrevistados, sobre esta área temática, concentrou-se em duas categorias (*ver tabela síntese II*):

- Sofrimento;
- Prazer.

A primeira categoria – **sofrimento** – que define *Envolvimento* gerador de sofrimento psíquico, originou seis subcategorias (*ver tabela síntese II*):

- 1) ENC – Progressão da doença;
- 2) END – Morte repentina;
- 3) ENE – Doenças terminais;
- 4) ENF – Falta de condições económicas e sociais;
- 5) ENG – Negligência familiar;
- 6) ENH – Transposição das situações dos clientes para a família.

A primeira subcategoria, **progressão da doença**, foi exposta por três dos entrevistados, com uma frequência de três citações, expondo-se as seguintes citações:

- “(...) a gente vê uma situação e passado uns tempos as coisas são diferentes ou, então, sabe-se que faleceu (...). Fica-se sempre chocada, porque há sempre uma relação muito próxima entre nós e o utente. Como enfermeiras de família nós acompanhamos tudo dessa pessoa, dessa família no seu local de inserção (...)” (E5);

- “(...) lembro-me de um senhor que tinha um carcinoma da laringe, tinha uma traqueostomia. O senhor sentia que dia-a-dia estava a ficar pior e embora eu soubesse qual o desfecho, que não havia muito a fazer, que não havia muito por onde ajudar (...)” (E7).

A **morte repentina** dos clientes, segunda subcategoria, foi citada por dois dos sujeitos, com uma frequência de três referências, evidenciadas nas seguintes citações:

- “(...) ele estava bem, aparentemente bem (...). De repente recebi a notícia que ele tinha falecido. Um senhor dos domicílios que eu lá ia há anos, ia lá regularmente derivado a umas úlceras de pressão que o senhor tinha e saber que o senhor tinha falecido, assim de repente, foi um grande choque” (E1);
- “(...) passados dois dias o senhor faleceu, nem queria acreditar (...)” (E4).

A terceira subcategoria, **doenças terminais**, e o sofrimento que a mesma acarreta e pressupõem, foi mencionada por seis dos oito entrevistados, com uma frequência de seis vezes, como se pode observar pelos extractos de entrevistas apresentadas:

- “Senti-me bastante, bastante envolvida emocionalmente com esta situação, sem dúvida. Custava-me não tanto pela técnica, mas custava-me ver o sofrimento daquela pessoa. Ela faleceu e eu fiquei feliz. Ela própria pedia-nos. Ela passava o tempo a dizer ‘quero morrer, quero morrer, eu não posso estar assim mais tempo’. E isso é que me causava um grande sofrimento (...)” (E1);
- “(...) o caso da senhora em fase terminal foi em Janeiro deste ano e claro que ainda me lembro”. (...) eu envolvia-me de uma tal maneira que eu não conseguia esconder o meu nervosismo” (E3);
- “Tantas vezes, tantas vezes meu Deus que eu me senti envolvida quando há situações mais complicadas. Por exemplo, (...) situações de neoplasias, em que a gente os vê em fase terminal. Sofro com isto. O meu sofrimento, por exemplo em casos de neoplasia, se calhar, é de saber aquilo que a minha mãe passou. Saber qual é o sofrimento delas sem ninguém lhes poder valer, sem ninguém lhes poder fazer nada (lágrimas) sentimo-nos completamente impotentes (...)” (E5);

- “*Envolver-me com as pessoas, com as situações terminais, acontece-me frequentemente. (...) a gente também sofre um bocadinho com os utentes*” (E6).

A quarta subcategoria, **falta de condições económicas e sociais**, foi referida por dois dos entrevistados, com uma frequência de três vezes:

- “*Porque a maioria destas pessoas estão sozinhas e nós vamos lá, estamos com eles, conversamos, então eles fazem tipo uma ‘festa’ quando nós entramos e isso é muito gratificante. Então uma pessoa acaba por se apegar muito aquelas pessoas*” (E3);
- “*Senti-me muitas vezes, muitas vezes envolvido. (...) a nível de domicílios quando há pessoas que não têm as condições mínimas para viverem eu fico... (silêncio)*” (E8).

A quinta subcategoria, **negligência familiar**, foi apontada por três dos entrevistados, com uma frequência de seis vezes, evidenciadas nas seguintes citações:

- “*(...) em casos de famílias carenciadas em que as crianças não têm as regalias que umas outras crianças têm e eu sou muito sensível a isto. Isto dói um bocadinho. Neste caso das crianças envolvo-me ao máximo (...)*” (E1);
- “*(...) ou então uma família que até tem posses mas abandonou o seu idoso e isso custa-me. Dá-me vontade de dizer mil coisas (...)*” (E8).

A sexta e última subcategoria, **transposição das situações dos clientes para a família**, da categoria em análise, sofrimento, foi referida por três dos oito entrevistados com uma frequência de três referências:

- “*Sinto-me especialmente deprimida e envolvida em ver os nossos utentes de domicílios, como é chata essa fase da vida dos idosos, assim dependentes de uma cama, tenho a minha avó que está numa situação semelhante (...). Tenho pena dos restantes idosos e penso que um dia vou ou posso passar por esta situação que é muita complicada*” (E6);

- “(...) às vezes acontece-me de me (...) imaginar ‘se fosse na minha família aquela situação` e assim sofre-se mais. (...) sofri, mais no acompanhamento da situação” (E7).

Da segunda categoria – **Prazer** – que define o *Envolvimento* gerador de prazer, emergiram três subcategorias (*ver tabela síntese 11*):

- 1) ENI – Papel do enfermeiro de família;
- 2) ENJ – Conhecimento/acompanhamento dos clientes e família;
- 3) ENL – Relação próxima com o cliente e família.

O **papel do enfermeiro de família**, primeira subcategoria, é apontado como motivo de *Envolvimento Emocional* com os clientes e família, por cinco dos entrevistados, com uma frequência de sete vezes:

- “É difícil saber o que fazer para a gente não se envolver tanto, é um pouco complicado. Porque nós enfermeiros de família não nos conseguimos afastar assim muito, porque acompanhamos a família toda no seu contexto. (...) não se consegue separar e isso é um pouco complicado para se dar o tal afastamento (...)” (E1);
- “(...) o enfermeiro de família assume um papel fundamental (...). Há sempre uma relação muito próxima entre nós e o utente. Como enfermeiras de família nós acompanhamos tudo dessa pessoa, dessa família no seu local de inserção (...)” (E5).

A segunda subcategoria, **conhecimento/acompanhamento dos clientes e família**, surge como factor desencadeador de *Envolvimento* para cinco dos sujeitos entrevistados, com uma frequência de dez vezes:

- “(...) Por que se hoje não vem aquele caso, mas se vem a sua tia, a avó é inevitável e até se pergunta como é que está a tal pessoa. Esta extensão é pequena com pouca população. Eu já conheço quase toda a gente e o *Envolvimento* ainda consegue ser maior” (E1);

- “(...) acho que agora me chateio mais do que quando comecei a trabalhar e envolvo-me mais, até deveria ser ao contrário. (...) se calhar, porque já estou cá há uns anos e conheço mais e melhor as pessoas, as suas situações e talvez isso leva a que me envolva mais (...)” (E2).

A terceira e última subcategoria, **relação próxima com o cliente e família**, da categoria em análise, prazer, é apontada por três dos entrevistados, como um motivo de *Envolvimento*, com uma frequência de três referências:

- “Senti-me várias vezes envolvida, principalmente nos domicílios. Acho que a gente nos domicílios se envolve imenso. (...) criam-se laços tão grandes (...). Então uma pessoa acaba por se apegar muito àquelas pessoas. Eu converso com essa pessoa, essa pessoa desabafa comigo, ela discute esses problemas comigo e, se calhar, naquele ritmo de conversa, até discuto os meus problemas com ela. E temos ali uma abertura tão grande, criam-se laços não só de amizade, mas de cumplicidade entre o utente e a enfermeira (...)” (E3);
- “(...) claro que há um maior vontade entre enfermeira e utente, há uma maior ligação. Sendo sempre a mesma pessoa há uma maior ligação” (E6).

### ... Quanto à análise descritiva e comparativa

Feita a análise descritiva e comparativa, passa-se a apresentar a *tabela síntese 11* das categorias e subcategorias da área temática em análise – *Envolvimento Emocional*. Esta tabela síntese fornece duas informações: os entrevistados que se referem aos conteúdos próprios de uma subcategoria; e a frequência de citações dessa mesma subcategoria.

**Tabela síntese 11** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática *Envolvimento Emocional*

Ent	Sofrimento						Prazer		
	ENC	END	ENE	ENF	ENG	ENH	ENI	ENJ	ENL
E1	0	2	1	0	2	0	2	2	0
E2	1	0	1	0	0	1	1	2	0
E3	0	0	1	1	2	0	2	3	1
E4	0	1	0	0	0	0	0	2	0
E5	1	0	1	0	0	0	1	0	1
E6	0	0	1	0	0	1	1	1	1
E7	1	0	1	0	0	1	0	0	0
E8	0	0	0	2	2	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>3</b>
$\Sigma$	<b>24</b>						<b>20</b>		

**Legenda:**

ENC – Progressão da doença  
 END – Morte repentina  
 ENE – Doenças terminais  
 ENF – Falta de condições económicas e sociais  
 ENG – Negligência familiar  
 ENH – Transposição das situações dos clientes para a família

ENI – Papel do enfermeiro de família  
 ENJ – Conhecimento/acompanhamento dos clientes e família  
 ENL – Relação próxima com o cliente e família

Sucedem-se que pela análise da *tabela síntese 11*, constata-se que não existe uma prevalência significativa de um tipo de categoria, *sofrimento* e *prazer*, quanto à frequência global de citações ( $24 \approx 20$ ). Este facto significa que a existência de *Envolvimento Emocional* tanto pode ser gerador de sofrimento, como de prazer.

Internamente, na categoria *sofrimento* nota-se a prevalência, quanto à frequência de citações, se bem que baixa, de duas subcategorias: *doenças terminais* (ENE - 6 citações) e *negligência familiar* (ENG - 6 citações) em relação às restantes quatro. As *doenças terminais* (ENE) que são situações típicas dos domicílios, enquanto fonte de *Envolvimento Emocional*, parecem estar ligadas à impotência dos entrevistados em querer evitar a morte dos clientes e em querer aliviar o seu sofrimento. Inerente a esta dificuldade parece estar a relação próxima que existe entre enfermeiro e cliente/família, como resultado das visitas periódicas e regulares à casa dos clientes e o não querer

falhar, enquanto profissional de saúde. Tal leva a crer que estes trabalhadores não estão preparados para lidar com seres humanos que se encontrem em situações de doenças terminais, geradoras de sofrimento. Tanto a dificuldade em aceitar a morte, quanto a existência de *Envolvimento Emocional*, parecem estar vinculadas à falta de formação e de treino destes profissionais ao nível das relações interpessoais e comunicacionais. Já a *negligência familiar* (ENG) move os sentimentos de humanidade dos entrevistados, por um lado e, por outro, também está fortemente ligada ao insucesso do trabalho dos enfermeiros, na medida em que os familiares dos clientes-dependentes não demonstram a assimilação do que lhes foi dito por estes profissionais de saúde, com vista à melhoria da qualidade de vida dos clientes de quem cuidam. Este facto, o da não assimilação da informação, também pode estar ligado ao elevado número de clientes, gerando uma sobrecarga de trabalho, a qual não permite que esta área da Educação para a Saúde seja devidamente aprofundada e adequada às características de cada família. É possível também, por outro lado, que exista uma deficiência na formação dos enfermeiros no que concerne às relações interpessoais e aos aspectos comunicacionais.

No que concerne à categoria *prazer*, ressalta-se a prevalência de frequência de citações, se bem que no total absoluto essa prevalência seja relativamente baixa, da subcategoria *conhecimento/acompanhamento dos clientes e família* (ENJ - 10 citações), em relação às duas restantes (7×3). Este *conhecimento e acompanhamento dos clientes e sua família* são geradores de prazer na medida em que se estabelecem laços de confiança, de proximidade entre os enfermeiros entrevistados e os clientes de quem cuidam, o que contribui para que se estabeleça uma verdadeira relação de ajuda. Contudo, quando passa a existir nesta relação terapêutica o *Envolvimento* emocional dos enfermeiros com as situações dos clientes, percebe-se que tal se deve à precária

formação de base nas áreas da Psicologia da Comunicação e da Psicologia Interpessoal. Se estes profissionais tivessem uma formação mais sólida nestas áreas aquando do curso de Enfermagem, provavelmente não se envolveriam de forma tão profunda, como se constatou, efectivamente, pelos seus discursos.

### ... Quanto à análise matricial

Feita a análise descritiva e comparativa das situações geradores de *Envolvimento*, e a sua respectiva interpretação, de seguida preconizou-se identificar as actividades que os entrevistados apontaram como sendo aquelas que se encontram mais envolvidos. Para tal procedeu-se à análise matricial de proporções de citações, através da qual se procurou identificar as relações estabelecidas entre o *Envolvimento Emocional* e as tarefas realizados pelos enfermeiros. Face a esta análise obteve-se uma matriz de intersecção, traduzida na *tabela 12*, através da qual se identifica o número de vezes que a existência de *Envolvimento Emocional* aparece relacionada no discurso dos entrevistados com as actividades desenvolvidas.

**Tabela 12** – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática *Envolvimento Emocional* e a *tarefa primária* dos enfermeiros

	Domicílios	Planeamento Familiar	Saúde Infantil	Saúde Materna	Hipertensos e Diabéticos	Tratamentos	$\Sigma$
Sofrimento	11	0	1	0	1	9	<b>22</b>
Prazer	8	0	5	1	2	2	<b>18</b>

Pela análise da *tabela 12* verifica-se que a *tarefa primária* é geradora de situações de *Envolvimento Emocional*, desencadeando nos entrevistados quer

*sofrimento* (22 citações/24 emergidas da categoria *sofrimento* da análise descritiva), quer *prazer* (18 citações/20 emergidas da categoria *prazer* da análise descritiva).

Internamente, a nível da categoria *sofrimento* destacam-se duas actividades, os *domicílios* (11 citações) e os *tratamentos* (9 citações). Tal leva a crer que, tanto a nível dos *domicílios*, quanto a nível dos *tratamentos*, o *Envolvimento* surge devido às três subcategorias que se evidenciaram na análise descritiva e comparativa, ou seja, pela existência de doenças terminais que acarretam a sensação de impotência em aliviar o sofrimento e o confronto com a iminência de morte; pela negligência familiar e pela relação de proximidade e intimidade que se estabelece com os clientes e respectivas famílias de quem cuidam prolongadamente, situações típicas dos domicílios. Tal constatação denota deficiência de formação na área de relacionamento psicossocial e de comunicação dos enfermeiros, em relação aos clientes.

Assim, pelo exposto verifica-se que o *Envolvimento Emocional* realmente pode ser gerador de sofrimento psíquico e de prazer no trabalho. É possível que ambas a situações possam advir do prolongamento e regularidade da prestação de cuidados.

## **6. Consciencialização e Alienação**

Dos discursos dos oito entrevistados, emergiram três categorias, nesta área temática (*ver tabela síntese 13*):

- Trabalho do enfermeiro;
- Organização de trabalho;
- Formação.

Da primeira categoria – **trabalho do enfermeiro** – da área temática em análise surgiram sete subcategorias (*ver tabela síntese 13*):

- 1) GVB – Boas Práticas;
- 2) GVE – Exigências;
- 3) GVI – Reconhecimento da importância do trabalho do enfermeiro;
- 4) GRD – Dificuldades;
- 5) GGE – Envolvimento;
- 6) GAT – Alheamento;
- 7) GEX – Expectativas.

A primeira subcategoria, **boas práticas**, diz respeito ao reconhecimento que os próprios entrevistados fazem das boas práticas a realizar no seu contexto de trabalho. Estas boas práticas dizem respeito aos cuidados personalizados, individualizados, à ética profissional, ao respeito pela privacidade, à existência de uma relação de confiança e de empatia entre cliente e enfermeiro, entre outros. Estas boas práticas são reconhecidas pelos oito entrevistados, com uma frequência de quarenta vezes. Eis alguns exemplos de citações:

- “(...) *se vêm, por exemplo, avaliar a tensão arterial eu não faço apenas uma abordagem ao problema da hipertensão, eu tento ir mais além, às suas ansiedades e inquietações. São muitas vezes estes problemas que impedem um valor normal de tensão arterial (...)*” (E1);
- “*Quando presto cuidados acho que tenho todos os cuidados, que não magoe, tento ser o melhor possível, fazer sempre o meu melhor, tentar que as coisas fiquem sempre bem feitas*” (E5);
- “*O que eu mais valorizo no meu trabalho é atender as pessoas com atendimento personalizado, individualizado, respeitando a privacidade (...)*” (E6).

A segunda subcategoria, **exigências**, refere-se ao reconhecimento das exigências do trabalho como enfermeiro no Centro de Saúde e é frisado pelos oito entrevistados, com uma frequência de trinta e sete citações. O reconhecimento destas exigências passa pelo facto de estes profissionais trabalharem directamente com seres humanos e por todas as consequências daí provenientes, tal como o desgaste físico e psíquico:

- *“Para além de enfermeira sou um ser humano, também tenho sentimentos e por si só isso já diz tudo. (...). Tento afastar-me um pouco do sentido do nosso trabalho que é trabalhar com e para os seres humanos o que é desgastante, apesar de adorar! Ainda dizem que a nossa profissão não é de risco. Ela é de altíssimo risco, de facto, só quem passa por elas é que sabe o quanto é complexo”* (E1);
- *“Eu costumo dizer que adoro trabalhar no Centro de Saúde mas quando toca a coisas que implicam sofrimento as coisas já são mais difíceis. Porque no fundo temos a possibilidade de acompanhar as coisas boas de uma pessoa, mas também os seus momentos de mal-estar. É uma profissão muito exigente a nível emocional e também físico (...). Eu tinha de passar por farmácia para ser como sou. Se tivesse seguido logo Enfermagem eu não ia ser boa enfermeira (...)”* (E2);
- *“(...) num hospital eu acompanho a pessoa durante oito dias e no Centro de Saúde não, é uma vida inteira (...). (...) temos que estar bem para Cuidarmos bem, acho que é um tema base, que é um pilar para o nosso trabalho (...)”* (E3).

A terceira subcategoria, **reconhecimento da importância do trabalho do enfermeiro**, é apontada por sete dos oito entrevistados com uma frequência de vinte e uma vezes. Este reconhecimento passa, no fundo, pela identificação do conteúdo funcional do enfermeiro, afunilado para situações específicas, centradas, essencialmente, na promoção da saúde, através da adopção de estilos de vida saudáveis e na prevenção da doença:

- *“(...) a nível curativo, isto nos domicílios, alivia-se a pessoa, cuida-se dela. A nível preventivo vai-se prevenir uma série de complicações, e a nível psicológico vai-se ajudando muito a pessoa. Por de trás de muita doença existem muitas histórias, muitos problemas (...)”* (E1);

- *“Acho que é importante ajudar as pessoas a prevenir a doença, acho que é esse o ponto principal. Acho que a prevenção, a educação para a saúde, é o mais importante, embora quando a situação de doença aparece também é importante resolvê-la”* (E6).

A quarta subcategoria, **dificuldades**, da categoria em análise, trabalho do enfermeiro, diz respeito à consciência que os entrevistados demonstram e reconhecem nas dificuldades ocorridas durante a prestação de cuidados e foi exposta por todos os entrevistados, com uma frequência de trinta e oito citações. Estas dificuldades centram-se, essencialmente, no excesso de clientes para Cuidar; disponibilidade para o Cuidar; excesso de burocracias; falta de condições técnicas no domicílio e no CS, a nível dos materiais e das infra-estruturas; e a falta de indicações técnicas e informações sobre cuidados já prestados no acompanhamento ao cliente em outros serviços de saúde:

- *“Por vezes não consigo tirar esse tempo para mim diariamente, fazer a pausa (...). Às vezes tenho muita gente e custa-me saber que tem ali muita gente à espera. Mas quando tenho oportunidade faço. (...)”* (E1);
- *“(...) na casa das pessoas não temos recursos quase nenhuns e nós temos que nos desenrascar. Claro, num hospital há tudo, material muito e diversificado, médicos, psicólogos e no contexto das pessoas, às vezes, somos um bocado de tudo. (...) mas a minha grande dificuldade é quando realmente os utentes vêm do hospital e não me trazem nenhuma indicação que tipo de cuidados necessitam, especificar mais, por exemplo como fazer aqui os respectivos tratamentos, quer dizer nós é que temos que adivinhar o que foi feito lá no hospital, acho que há falta de registo e de articulação entre o hospital e o Centro de Saúde”* (E2);
- *“As dificuldades são mais a nível da estrutura física as condições são deploráveis... É mais a nível das condições físicas, no tipo de material, ou melhor na falta de material (...)”* (E8).

A quinta subcategoria, **envolvimento**, define o reconhecimento de envolvimento com o cliente durante a *prestação de cuidados* de Enfermagem e a necessidade e

importância de o gerir, nomeadamente em determinadas situações, especialmente quando as mesmas não estão a ser benéficas para os enfermeiros. Esta subcategoria foi referida pelos oito entrevistados, com uma frequência de quarenta e quatro referências, como se pode observar pelas seguintes citações:

- *“Apesar da aproximação com os casos de negligência, o que eu tento é fazer as minhas funções, os encaminhamentos, tudo aquilo que eu posso dar. Tudo o que posso fazer, eu faço, sem dúvida. Agora envolver-me demais em termos psicológicos não vai resolver em nada o caso, vai-me prejudicar é a mim”. (...) tento-me afastar. Falar é muito fácil! Na prática eu não consigo dividir assim as coisas, acho que ninguém consegue. Mas eu gostaria, mas não consigo fazê-lo a cem por cento”* (E1);
- *“(…) e isso afecta-me e não deveria ser assim. (...) ainda tenho de arranjar estratégias para combater isso. Acabo por afectar o meu nível familiar. Porque eu chego a casa e se calhar não estou tão bem disposta como deveria estar para a minha mãe, para o meu pai, para o meu namorado (...). (...) eu não tenho sugestões para lidar com estas coisas do envolvimento com os utentes, porque eu própria ainda não as descobri, porque se as tivesse descoberto acho que já me tinha aliviado”* (E3);
- *“É evidente que embora essas pessoas, os utentes, não pertençam à minha família elas pertencem ao meu mundo de trabalho, todos os utentes são parte integrantes dele e assim sendo, como posso ficar indiferente? É claro que não. (...) acho que agora até tenho maior envolvimento. (...) é importante a gente se mostrar disponível. Mas claro que depois tem que se saber fazer isso, porque muitas vezes os utentes abusam. (...), tudo quer o seu equilíbrio”* (E6);
- *“A empatia é importante, mas saber estabelecer limites até onde pudemos ir, não nos deixarmos envolver de mais, também (...)”* (E7).

A sexta subcategoria, **alheamento**, engloba o reconhecimento da capacidade de alienação dos entrevistados perante o trabalho, especificamente aquando da prestação de cuidados e foi focada pelos oito entrevistados, com uma frequência de treze vezes:

- *“Por diversas vezes já senti que poderia ter feito melhor e fico chateada comigo mesma. E penso que deveria ter feito melhor, mas não fiz ou porque estava cansada ou porque não tive tempo, ou porque não me apeteceu (...). (...) na consulta de saúde escolar temos que fazer tudo tão a correr, porque são tantas, que chego a um ponto que já não sei se disse, se não disse, se ficou por dizer. (...) sinto-me tipo um robô. É estar sempre a dizer a mesma coisa (...). É estar sempre a fazer a mesma coisa” (E2);*
- *“(...) não me sinto enfermeira, sinto-me uma mulher a despachar a fazer os curativos (...) nestes dias não me sinto a realizar na plenitude a minha profissão (...)” (E3);*
- *“Eu nunca meti atestado, até era capaz de fazer bem. Mas só se estiver fisicamente incapacitada de vir trabalhar, porque psicologicamente a gente vai-se aguentando. (...) com a ajuda desta gente toda do serviço, ou melhor das colegas, da família, se não, nem se aguentava” (E4);*
- *“(...) todos os dias não consigo fazer a pausa, pelo mesmo motivo, pela falta de tempo, mas ela é importante, mesmo para partilhar com os colegas, para parar, para o nosso bem-estar, (...) porque está-se sempre a fazer o mesmo, sempre a fazer o mesmo toda a manhã, ou consultas, ou sala de tratamentos, que é mesmo preciso parar (...)” (E7).*

A última subcategoria, **expectativas**, da categoria em análise, *trabalho do enfermeiro*, diz respeito ao reconhecimento dos enfermeiros, das suas expectativas de recém-formado, agora desajustadas à realidade profissional desenvolvida. Esta subcategoria descrita por um dos entrevistados, com uma frequência de uma citação:

- *“Quando saí do curso achava que poderia mudar tudo, superar e resolver todas as situações, mas as coisas não são bem assim (...)” (E1).*

A segunda categoria – **organização de trabalho** – deu origem a uma subcategoria (*ver tabela síntese 13*):

- 1) GSM – Gestão do trabalho.

Esta subcategoria, referida por todos os entrevistados, com uma frequência de quinze vezes, define os problemas próprios da organização de trabalho, como seja a falta de organização do serviço em geral, bem como as sugestões de melhorias apresentadas pelos sujeitos. Eis alguns exemplos de citações:

- “(...) no início da minha experiência não organizava tão bem o trabalho, porque desconhecia a dinâmica de trabalho. Mas depois disso, fiz muitas alterações a este serviço. (...), foi muita implementação e por acaso a enfermeira que cá estava e está aceita tudo, tive sorte (...)” (E2);
- “A estrutura física do Centro de Saúde deixa muito a desejar. Para prestarmos melhores cuidados tinham que ser feitas várias alterações. (...) muitas coisas gostaria de fazer melhor, talvez ter o serviço mais organizado, (...) pensa-se sete maneiras para se organizar e não se consegue” (E4);
- “(...) gostaria que mudassem o horário dos domicílios, porque são muitos domicílios para uma só manhã (...)” (E8);

Da terceira e última categoria – **formação** – da presente área temática, *Consciencialização e Alienação*, emergiram duas subcategorias (ver tabela síntese 13):

- 1) GNP – Projectos;
- 2) GVF – Preparação/informação.

A primeira subcategoria, **projectos**, envolve o reconhecimento de necessidade e interesse em investir em novos projectos, especificamente na vertente preventiva, e adquirir formação e conhecimentos técnicos relativamente a determinadas áreas, como sejam as novas tecnologias, os materiais e as formas de tratamento das lesões. Esta subcategoria foi referida por quatro dos entrevistados, com uma frequência de oito citações:

- *“Há tantas coisas que se podiam fazer e que não se faz, como implementar uma consulta para jovens, porque temos aqui uma escola ao lado e os jovens estão sempre com dificuldades (...)” (E4);*
- *“(...) há sempre dificuldades que surgem. Não tanto pela técnica mas pelos conhecimentos. Em questões de novas tecnologias, nós estamos um bocadinho para trás, porque não temos formação sobre isso. Por exemplo, apareceram-nos aí tipos de suturas que a gente nunca tinha visto na vida. (...) mas também nunca ninguém nos deu formação em como actuar, em como mexer (...)” (E5);*
- *“(...) há imensos temas que deveriam ser abordados na população, (...) e que não temos hipótese de realizar (...)” (E7).*

A segunda e última subcategoria, **preparação/informação**, referida por todos os entrevistados, com uma frequência de vinte e três vezes, compreende o reconhecimento e a valorização da necessidade de uma melhor formação a nível de determinadas áreas de *prestação de cuidados de Enfermagem*, como se observa pelas seguintes citações:

- *“Para tentar evitar o sofrimento acho que primeiro deveríamos estar mais informados. Por exemplo, eu fui a casa da tal senhora em fase terminal e nem sequer sabia nada acerca do caso da senhora (...). Deveriam apostar mais em nós, na nossa formação, mas (...) nem nos dão as horas a que temos direito para a formação (...) o que importa é que a gente trabalhe, como estamos não interessa (...). (...) acho que há falta de registo e de articulação entre o Hospital e o Centro de Saúde. (...) a responsabilidade dos meus actos sou eu que as assumo e tenho que saber o que vou ao certo fazer” (E2);*
- *“Não gosto de fazer BCG, porque não me sinto completamente seguro naquilo que estou a fazer (...)” (E7).*

### **... Quanto à análise descritiva e comparativa**

Feita a análise descritiva e comparativa, passa-se a apresentar a *tabela síntese 13* das categorias e subcategorias da área temática em análise – *Consciencialização e Alienação*. Esta tabela síntese fornece duas informações: os entrevistados que se

referem aos conteúdos próprios de uma subcategoria; e a frequência de citações dessa mesma subcategoria.

**Tabela síntese 13** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática *Consciencialização e Alienação*

Ent	Trabalho do Enfermeiro							Organização de Trabalho	Formação	
	GVB	GVE	GVI	GRD	GGE	GAT	GEX		GSM	GNP
E1	9	6	3	6	9	1	1	2	0	5
E2	10	11	6	8	6	3	0	2	0	3
E3	5	7	4	4	10	2	0	1	2	1
E4	1	1	0	3	3	2	0	1	3	3
E5	7	4	5	5	4	1	0	2	2	5
E6	1	3	1	2	5	1	0	2	0	2
E7	4	4	1	6	3	2	0	2	1	3
E8	3	1	1	4	4	1	0	3	0	1
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>23</b>
$\Sigma$	<b>194</b>							<b>15</b>	<b>31</b>	

**Legenda:**

GVB – Boas Práticas

GVE – Exigências

GVI – Reconhecimento da importância do seu trabalho como enfermeiro

GRD – Dificuldades

GGE – Envolvimento

GAT – Alheamento

GEX – Expectativas

GSM – Gestão do Trabalho

GNP – Projectos

GVF – Preparação/informação

Pela análise da *tabela síntese 13* e no que concerne à área temática em análise, *Consciencialização e Alienação*, constata-se que existe uma diferença bastante acentuada entre as três categorias, quanto à frequência global de citações: *trabalho do enfermeiro* (194), *organização de trabalho* (15) e *formação* (31), havendo, portanto, uma alta prevalência de citações da categoria *trabalho do enfermeiro* (194). A prevalência na categoria *trabalho do enfermeiro* pode estar relacionada com a consciência que os entrevistados têm das vicissitudes que envolvem este mesmo trabalho, especificamente aquando da execução da *tarefa primária* como seja o excessivo número de clientes por enfermeiros, o que gera sobrecarga de trabalho. Assim sendo, e tendo estes profissionais consciência da sobrecarga de trabalho, das

dificuldades a que permanentemente estão sujeitos e da importância que atribuem aos cuidados de Enfermagem, os enfermeiros centram o seu discurso na categoria *trabalho do enfermeiro*.

Internamente, a nível da categoria que mais se evidencia, *trabalho do enfermeiro*, destacam-se quatro subcategorias: *envolvimento* (GGE - 44 citações), *boas práticas* (GVB - 40 citações), *dificuldades* (GRD - 38 citações) e *exigências* (GVE - 37 citações), cujo somatório de frequências de citações destas quatro subcategorias (44+40+38+37=159 citações) é superior ao somatório de citações das restantes três categorias (21+13+1=35 citações). Verifica-se, assim, a nível da subcategoria *envolvimento* (GGE), que existe uma clara consciência da existência de envolvimento entre os entrevistados e os clientes e/ou família, o qual é apontado pelos oito entrevistados. Parece, então, que não só se envolvem com a *tarefa primária*, o Cuidar (o que lhes dá prazer – ver área temática *Envolvimento Emocional*), como também com as situações dos clientes. No entanto, não existe a consciência de que o envolvimento emocional com os clientes possa ser adverso e deva ser evitável e que, para que tal se verifique, é necessário a formação ao nível das relações interpessoais e comunicacionais, o que estes trabalhadores não demonstraram possuir. Esta demonstração, da falta de consciência da importância de evitar o envolvimento com os clientes, pode estar relacionada com a falta de conhecimentos ou ainda com o facto de os enfermeiros se alienarem no seu dia-a-dia laboral. Quanto à subcategoria *boas práticas* (GVB) é evidente a preocupação que os entrevistados revelam em personalizar os cuidados, isto é, em dialogar com os clientes, entre outras boas práticas profissionais, no entanto, o excesso de clientes por enfermeiro, causa uma sobrecarga de trabalho não permitindo deste modo que estas boas práticas estejam sempre presentes no acto de

Cuidar, tal como os enfermeiros desejariam, o que poderá motivar a existência de *frustração* no trabalho. As subcategorias *dificuldades* (GRD) e *exigências* (GVE), da categoria *trabalho do enfermeiro*, evidenciam que efectivamente os entrevistados reconhecem as dificuldades e as exigências de ser enfermeiro, tais como o desgaste físico e psíquico, embora, depois, a maioria dos sujeitos não perceba que essas mesmas dificuldades são oriundas, possivelmente, quer da falta de formação ao nível das relações interpessoais e comunicacionais, quer devido ao excesso de utentes, que gera sobrecarga de trabalho, que por sua vez, origina a tão mencionada “falta de tempo” para Cuidar. Assim sendo, desencadeiam-se os sentimentos de *fracasso* e de *frustração*.

A nível da categoria *formação* (31 citações) evidencia-se a subcategoria *preparação/informação* (GVF - 23 citações), segundo a qual os entrevistados reconhecem a necessidade de maior formação. No entanto, a formação a que se referem os enfermeiros, apenas diz respeito a determinadas áreas técnico-científicas relacionadas com a *prestação de cuidados* de Enfermagem. Mais uma vez este aspecto vem reforçar a ideia da falta de consciencialização dos enfermeiros entrevistados, quanto à precária formação que os mesmos possuem a nível das relações interpessoais e comunicacionais.

### **... Quanto à análise matricial**

Após a análise descritiva e comparativa da área temática *Consciencialização e Alienação*, e sua respectiva interpretação, pretendeu-se identificar as actividades que se encontram vinculadas à questão da *Consciencialização e Alienação*, passando-se ao segundo nível de análise desta investigação empírica, a análise de relações. Assim sendo, a *tabela 14*, apresenta o número de vezes que a *Consciencialização e Alienação*

aparecem relacionadas no discurso dos sujeitos com as actividades desenvolvidas vinculadas à *tarefa primária*.

**Tabela 14** – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática *Consciencialização e Alienação* e a *tarefa primária* dos enfermeiros

	Domicílios	Planeamento Familiar	Saúde Infantil	Saúde Materna	Hipertensos e Diabéticos	Tratamentos	$\Sigma$
Trabalho do enfermeiro	37	10	3	12	38	25	<b>125</b>
Organização de trabalho	3	2	0	0	1	2	<b>8</b>
Formação	2	2	0	1	6	2	<b>13</b>

Pela análise da *tabela 14* destaca-se que a *tarefa primária* constitui uma preocupação para os entrevistados, em especial para a categoria *organização de trabalho* (8 citações/15 emergidas na categoria *organização de trabalho* na análise descritiva) e para a categoria *formação* (13 citações/31 emergidas da categoria *formação* na análise descritiva) e em menor grau para a categoria *trabalho do enfermeiro* (125 citações/194 emergidas da categoria *trabalho do enfermeiro* na análise descritiva).

Pela análise da tabela, salientam-se também na categoria *trabalho do enfermeiro* três tarefas: a CE de *diabéticos hipertensos* (38 citações), os *domicílios* (37 citações), e os *tratamentos* (25 citações). A CE de *diabéticos e hipertensos*, pela análise até ao momento feita, parece estar ligada à própria consciência que os entrevistados têm das dificuldades e do próprio insucesso do seu trabalho, especificamente, na não assimilação das educações para a saúde e conseqüente mudança de estilo de vida deste

grupo peculiar de clientes. Já os *domicílios* e os *tratamentos* parecem estar vinculados à não *consciencialização* do *envolvimento emocional* que existe nos domicílios, com os clientes e com a família deles, assim como na dificuldade em gerir este mesmo envolvimento. Tal evidência, mais uma vez, reporta-se à falta de formação nas relações interpessoais, sobre a forma de gerir esse envolvimento com os clientes. Por outro lado, também é nos *domicílios* que existe a dificuldade no alívio do sofrimento dos clientes acamados e em fase terminal. Apesar deste reconhecimento, os entrevistados não têm consciência da sua própria dificuldade em lidar e Cuidar deste tipo de pessoas, nem da falta de formação ao nível do relacionamento interpessoal e comunicacional.

## **7. Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico**

Da análise dos dados das entrevistas emergiram duas categorias (*ver tabela síntese 15*):

- Emocionais/Psicológicas;
- Físicas.

Assim, inerente à primeira categoria – **emocionais/psicológicas** – da área temática em análise, *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*, as opiniões distribuem-se por seis subcategorias (*ver tabela síntese 15*):

- 1) APR – Pensamento recorrente;
- 2) ANG – Negação;
- 3) ATR – Tristeza/melancolia/depressão;
- 4) AIR – Irritação/intolerância/agressividade e raiva/impaciência/revolta;
- 5) ARE – Hostilidade e problemas de relacionamento;

## 6) ACH – Choque.

A primeira subcategoria, **pensamento recorrente**, é referida por quatro dos entrevistados, com uma frequência de sete, como se observa pelas seguintes citações:

- “(...) custou-me bastante. Perante a notícia da morte, fisicamente não senti nada de especial, senti-me foi emocionada psicologicamente. Inclusive saí daqui [do local de trabalho] e à noite lembrava-me frequentemente do senhor (...)” (E1);
- “Perante a pessoa tento reconfortar, conversar, ajudar superar. O nosso sofrimento é depois, mais tarde, mastigo, mastigo, mastigo, mastigo e aquilo não me sai da cabeça e aquele sofrimento. Sinto um aperto no coração tão grande (...) Sofro com tudo isto. O meu sofrimento (...) é muito superior, em casos de neoplasia, se calhar é de saber aquilo que a minha mãe passou (...). (...) a sorte é que muitas vezes vem uma alegria que nos faz esquecer o que está para trás, vêm outros para a gente se preocupar e isto é um ciclo, mas lembro-me vivamente das situações, isso sim e não me esqueço (...)” (E5).

A segunda subcategoria, **negação**, é apontada por dois dos entrevistados, com uma frequência de três citações:

- “A morte desse senhor custou-me bastante. Acho que ainda hoje (...) estou naquela parte em que não quero acreditar que isso aconteceu. Isto foi recente, mais ou menos há 3, 4 semanas e ainda me lembro bastante. Acho que ainda vive na minha memória. Felizmente ainda não tive nenhum domicílio perto da casa desse senhor, mas tento evitar ao máximo. Vai-me custar bastante no dia em que tiver que passar por lá. Quando soube da morte deste senhor não queria acreditar, achava que estavam a brincar comigo, porque quando me deram a notícia, até foi um vizinho dele. Eu achei que o vizinho podia estar confuso, que estava a falar de outra pessoa (riso) e sempre na esperança que no dia seguinte me iam dizer que não era verdade (...). Tento não falar muito do caso. (...). Eu não quis saber pormenores, o porquê, o que é que levou à morte. (...) assim penso que pode até estar internado, até não precisa de nós. Utilizo assim umas estratégias” (E1).

Sentimentos como **tristeza, melancolia e depressão**, definem a terceira subcategoria, que foi frisada por seis dos entrevistados, com uma frequência de quinze vezes:

- *“Custou-me bastante. Perante a notícia da morte (...) ocorreu-me um sentimento de tristeza, de dor, não dor física, mas de dor psicológica”* (E1);
- *“Quando recebi a notícia da morte, simplesmente não queria acreditar, fiquei em estado de choque. Naquele dia parece que andava fora de mim, com uma tristeza, com uma melancolia que nem sei explicar. Realmente foram muitas horas, muitos meses, anos, a Cuidar deste senhor (...). Senti primeiro uma enorme tristeza, revolta, impotência por eu não poder fazer nada, por não me poder despedir. Bem eu a falar disto até fico com um nó na garganta”* (E4);
- *“(...) foi um dos casos em que fiquei triste, fiquei triste de o ver assim”* (E5);
- *“(...) sinto-me especialmente deprimida”* (E6).

A quarta subcategoria, **irritação, intolerância, agressividade, raiva, impaciência e revolta** foi descrita por todos os entrevistados, com uma frequência de vinte e cinco vezes. Eis alguns exemplos de citações:

- *“Fico cá com uns nervos e com uma revolta (...) fico revoltada (...) fico triste”* (E2);
- *“Causou-me muito impacto (...). Houve uma altura que saí de lá completamente revoltada. Eu saí da casa e barafustei, tentei falar com a filha não a encontrei, e eu cheguei ao Centro de Saúde e barafustei, eu cheguei a casa e barafustei (...)! Sofri muito com isso! (...) a sério, é muito revoltante”* (E3);
- *“Inconsistentemente é-se mais agressiva, nessas alturas passo a vida a berrar com o meu marido, porque não me ajuda. Não tenho tempo nem paciência para a minha filha”* (E5);
- *“(...) é natural que tenha acontecido ter sido mais impróprio, mais agressivo. Mas às vezes chega-se chateado do trabalho e nem se sabe porquê”* (E8).

A quinta subcategoria, **hostilidade e problemas de relacionamento**, da área temática em análise, reacções manifestações do sofrimento psíquico, foi mencionada por quatro dos entrevistados, com uma frequência de seis referências:

- “(...) e isso afecta-me e não deveria ser assim (...). Acabo por afectar o meu nível familiar. Porque eu chego a casa e se calhar não estou tão bem disposta, como deveria estar, para a minha mãe, para o meu pai, para o meu namorado, eu chego lá irritada” (E3);
- “Há dias que me correm melhor, mas há dias que se fica mais chateada, (...) vou para casa e (...) reajo de forma pior do que aquela que seria desejada. (...) fico um pouco mais agressivo”(E7).

A sexta e última subcategoria, **choque**, define a sensação de abalo interno face à morte de um cliente e foi descrita por quatro dos entrevistados, com uma frequência de oito citações:

- “(...) um senhor dos domicílios que eu lá ia há anos, ia lá regularmente derivado a umas úlceras de pressão que o senhor tinha e saber que o senhor tinha falecido assim de repente foi um grande choque (...)” (E1);
- “(...) ela disse-me que o Senhor, na sexta à noite, lhe falou em mim, até me arrepio, a dizer que amanhã, que era sábado, ou no domingo, eu ia lá visitá-lo. Eu fiquei para morrer, fiquei muito, muito emocionada. Aquilo mexeu tanto comigo que eu digo-lhe senti as coisas como que se ele fosse meu familiar. Realmente, a morte chocou-me, mas o facto de ele ter falado em mim nas últimas horas de vida é qualquer coisa de significativa. (...) o que ainda me está cá a remoer na alma, é que quando estávamos a tentar convencê-lo a ir para o hospital, o senhor pediu para eu o ir visitar (...). O que é certo é que o Senhor nem chegou a passar lá o fim-de-semana todo, (...) faleceu (silêncio)” (E4).

A segunda categoria – **físicas** – da análise da área temática *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico* engloba quatro subcategorias (ver tabela síntese 15):

- 1) BBF – Baixa forma física;
- 2) BTQ – Taquicardia/perda de apetite/insónias;
- 3) BAG – Agonia;
- 4) BTR – Tremor/choro.

A primeira subcategoria, **baixa forma física**, foi referida por um dos entrevistados, com uma frequência de uma citação:

- “(...) e nesse dia sinto-me mais em baixo de forma, com o corpo debilitado (...)” (E2).

A segunda subcategoria, **taquicardia/perda apetite/insónias** foi relatada por dois dos entrevistados, com uma frequência de duas referências. Fez-se a opção por incluir nesta subcategoria três manifestações, dado que foram descritas pelo mesmo entrevistado:

- “Uma taquicardia já senti. Noto que quando ando mais irritada perco o apetite (...). Nessas alturas eu não estou bem em nenhum lado. Sabe aquela coisa ‘não estou bem em lado nenhum e só estou bem onde não estou?’ É assim que me sinto. (...) havia noites que não dormia eu sofro de insónias ligeiras e então, quando havia alguma coisa que me afectasse mais, isso notava-se (silêncio) (...)” (E3).

A terceira subcategoria, **agonia**, da categoria em análise foi mencionada por um dos entrevistados, com uma frequência de uma vez:

- “Por diversas vezes (...) já me senti cansada psicologicamente e também fisicamente. Sentia-me revoltada, agoniada, e quando a gente não é compreendida ainda pior” (E4).

A quarta e última subcategoria, **tremor/choro**, foi referida por um dos entrevistados, com uma frequência de três citações, evidenciada pela seguinte citação:

- “Há uns anos lembro-me de uma situação de uma miúda de quinze meses que entrou toda queimada (...), ela hoje está completamente deformada. Quando entrou no SAP eu estava lá e na hora a gente faz, atende, mas acaba a situação e a gente senta-se e treme toda, e chora, sente suores frios (...). (...) a mãe começava a chorar, eu começava a chorar também (...)” (E5).

### ... Quanto à análise descritiva e comparativa

Feita a análise descritiva e comparativa da área temática em análise, *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*, passa-se a apresentar a *tabela síntese 15* que contém as categorias e subcategorias que emergiram da mesma. Esta tabela síntese fornece duas informações: os entrevistados que se referem aos conteúdos próprios de uma subcategoria; e a frequência de citações referentes a esta mesma subcategoria.

**Tabela síntese 15** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*

Ent.	Emocionais / Psicológicas						Físicas			
	APR	ANG	ATR	AIR	ARE	ACH	BBF	BTQ	BAG	BTR
E1	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0
E2	2	0	3	6	1	0	1	0	0	0
E3	0	0	0	3	2	1	0	1	0	0
E4	0	1	2	3	0	3	0	0	1	0
E5	2	0	4	2	2	2	0	1	0	3
E6	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
E7	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0
E8	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
$\Sigma$	<b>64</b>						<b>7</b>			

**Legenda:**

APR – Pensamento recorrente

ANG – Negação

ATR – Tristeza/melancolia/depressão

AIR – Irritação/intolerância/agressividade e raiva impaciência/revolta

ARE – Hostilidade e problemas de relacionamento

ACH – Choque

BBF – Baixa forma física

BTQ – Taquicardia/perda de apetite/insónias

BAG – Agonia

BTR – Tremor/choro

Da análise da *tabela 15*, salienta-se que existe uma prevalência significativa de um tipo de categoria (*emocionais/psicológicas e físicas*), quanto à área temática *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*, a favor da categoria *emocionais/psicológicas* (64 > 7). Assim sendo, denota-se a relevância das *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*, a nível *emocional e psicológico*, face a situações dolorosas vivenciadas pelos entrevistados, durante a *prestação de cuidados de Enfermagem*. À luz de Dejours (1994), o trabalhador face a situações complexas e exigentes, gera a vivência de uma tensão psíquica. Perante tal, e de forma a não colocar em questão o funcionamento do aparelho psíquico, estes profissionais devem arranjar formas de libertar a energia pulsional, caso contrário coloca-se em risco o sistema interno. Nota-se, então, que os entrevistados recorrem às três vias de descarga possível dessas tensões: a via psíquica, a via motora e a via visceral.

Além disso internamente, na categoria *emocionais/psicológicas*, nota-se prevalência de duas subcategorias: a *irritação/intolerância/agressividade/raiva/impaciência revolta* (AIR - 25 citações) e a *tristeza/melancolia/depressão* (ATR - 15 citações). Tal demonstra, segundo Merlo (1999), a inexistência de conformidade entre a situação de trabalho e o estado interno do trabalhador, gerado pela execução da *tarefa primária*, nestes entrevistados ao lidar permanente e prolongadamente com seres humanos. Pelo exposto, estes trabalhadores demonstram não saber lidar com as situações dolorosas e mais complexas que envolvem o acto de Cuidar, as quais são susceptíveis de gerar sofrimento psíquico. Tal leva a crer que estes trabalhadores não estão devidamente preparados para lidar com este tipo de situações, provavelmente devido à má formação no campo das relações interpessoais, como aliás já se constatou anteriormente noutras situações.

### ... Quanto à análise matricial

Após a análise descritiva e comparativa da área temática em análise, *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*, e sua respectiva interpretação, pretendeu-se identificar as actividades que geram, nos entrevistados, as *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*, implicando uma análise matricial de proporções das citações. A *tabela 16*, respeitante à matriz de intersecção, apresenta o número de vezes que as *reacções e as manifestações do sofrimento psíquico* aparecem relacionadas no discurso dos sujeitos entrevistados com as actividades desenvolvidas.

**Tabela 16** – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico* e a *tarefa primária* dos enfermeiros

	Domicílios	Planeamento Familiar	Saúde Infantil	Saúde Materna	Hipertensos e Diabéticos	Tratamentos	$\Sigma$
Emocionais/ Psicológicas	41	1	2	0	1	15	<b>60</b>
Físicas	5	0	0	0	0	1	<b>6</b>

Pela análise da *tabela 16*, percebe-se que existe relação entre as actividades desenvolvidas pelos enfermeiros e as *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*, sejam elas *emocionais/ psicológicas* (60 citações/64 emergidas na categoria *emocionais/psicológicas* na análise descritiva), ou *físicas* (6 citações/7 emergidas na categoria *físicas* na análise descritiva).

Das *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*, e a nível da categoria *emocionais/psicológicas*, destacam-se duas actividades: os *domicílios* (41 citações) e os *tratamentos* (15 citações), como sendo aquelas que desencadeiam mais *Reacções e Manifestações do Sofrimento Psíquico*. Parece ser o confronto com as doenças

terminais, geradoras de sofrimento psíquico, nomeadamente com as situações de morte repentina e com as situações de negligência familiar, típicas dos domicílios e, em menor grau, a nível dos tratamentos, que contribuem para a explicação desta prevalência destas duas subcategorias (domicílios e tratamentos). Subjacente a esta evidência parece estar a deficiente formação dos entrevistados ao nível das relações interpessoais e também comunicacionais.

## 8. Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico

O discurso dos entrevistados, relativamente a esta área temática, concentra-se em duas categorias (*ver tabela síntese 17*):

- Vertente pessoal e social;
- Vertente profissional.

A primeira categoria – **vertente pessoal e social** – da análise descritiva das *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico*, originou cinco subcategorias (*ver tabela síntese 17*):

- 1) JTL – Tempos livres;
- 2) JRS – Rede social de apoio;
- 3) JFE – Férias;
- 4) JAT – Atitude optimista;
- 5) JCH – Exteriorização de sentimentos.

Na primeira subcategoria, **tempos livres**, incluiu-se o investimento em actividades de tempo livre e lazer, tais como o desporto, a dedicação à família e aos

amigos, passear, ir ao cinema, ver televisão e, por fim, o contacto com a natureza. Esta subcategoria foi mencionada por sete dos entrevistados, com uma frequência de nove vezes, como se pode verificar pelas seguintes citações:

- *“(...) tento-me envolver muito com a minha família, passar e planear uns tempos livres diferentes, falar com eles de outras coisas sem ser a saúde (...), pratico natação, apesar de não ser periodicamente como gostaria (risos.) Acho que a ocupação dos tempos livres é importante. Quando pratico natação fico completamente relaxada, esqueço-me de tudo, as actividades de lazer, passear, ir ao cinema, ver televisão, estar com as pessoas que mais gostamos (...)” (E1);*
- *“(...) ao fim destes anos todos percebi que a vida é assim mesmo e que temos que dar a volta e tentar-mos amarrar a outras coisas, como aos animais que tenho lá em casa, dar uma volta ao quintal, ir às flores, ver se cresceram, se estão bonitas, se demoram muito tempo a abrir, falar com elas (...)” (E4);*
- *“Envolver-me muito no meu trabalho doméstico, tento estar sempre ocupada, a fazer isto ou aquilo. Também não tenho empregada em casa e, às vezes, acabo por não reflectir muito nas coisas” (E6).*

A segunda subcategoria, **rede social de apoio**, refere-se à procura de apoio para partilhar e desabafar as situações de trabalho, especificamente os casos em que os enfermeiros se sentem mais envolvidos e preocupados. Esta partilha é feita pelos enfermeiros com várias pessoas, desde a família, ao namorado, ao marido, aos amigos e, por último com os colegas de trabalho. Esta rede social de apoio é usada por todos os entrevistados, como forma de aliviar todas as pressões advindas do trabalho e foi referida pelos mesmos, na sua totalidade, com uma frequência de dezassete vezes. Eis alguns exemplos de citações:

- *“Geralmente e até de forma quase inconsciente dou comigo a partilhar estes assuntos com o meu namorado, (...) tem muita paciência, ouve-me, compreende-me e conforta-me. Também recorro muito à minha mãe (...). Os casos que me tocam*

*muito mais, às vezes, não consigo separar muito bem as coisas e isso reflecte-se”* (E1);

- *“Mas quando a coisa é insuportável, falo com a minha mãe, ela acompanha, ela é mais que minha mãe, ela é minha amiga. Se eu não a tivesse ia ser mais complicado. Ela é o meu pilar (...)”* (E2);
- *“Partilho com o meu marido e claro que me alivia um bocado. E acontece-me com frequência precisar de partilhar estes casos dolorosos com o meu marido. (...) e claro que sentimos necessidade de partilha”* (E6);
- *“Aquilo que é do serviço tento deixar no serviço e a maior parte das coisas partilho com a equipa de trabalho, com os colegas de trabalho, com o médico de família. Mas realmente há coisas que não consigo evitar e sim, levo para casa alguns desses problemas. E até desabafo com as pessoas que me são mais próximas, que geralmente é a minha namorada (...)”* (E8).

A terceira subcategoria, **férias**, é apontada por um dos entrevistados, com uma frequência de uma vez, como estratégia defensiva face às situações do trabalho:

- *“Um fim-de-semana no Gerês, para fugir do contexto e não só do contexto laboral, mas também do contexto onde eu vivo, das pessoas, dos carros, das casas. É por isso que eu adoro o Gerês, porque eu lá só vejo árvores, natureza, animais, não vejo mais nada. Agora vou de férias e até poderia ir para um outro sítio, mas não, eu quero ir para um lugar sossegado, eu quero fugir da agitação do dia-a-dia, eu vou para Vila Nova de Mil Fontes, quer dizer que é uma vila pequena, porque eu quero sossego para tentar contrabalançar esse tipo de situações que se vive diariamente”* (E3).

A quarta subcategoria, **atitude optimista**, é apontada por dois dos entrevistados, com uma frequência de duas referências, como se pode observar nas seguintes citações:

- *“Ao sentir-me assim, mais em baixo de forma, penso ‘não, não pode ser’. Eu acho que ganho um escudo protector. Tento pensar noutras coisas positivas. Eu acho que me alheio. Eu própria parece que dou comigo a pensar noutras coisas. E eu acho que com esta máscara eu consigo (...)”* (E4);

- “*Eu supero porque sou uma pessoa um bocado otimista e brincalhona e se calhar, por ser assim brincalhona, extrovertida, ajuda-me um bocado*” (E5).

A última subcategoria, **exteriorização de sentimentos**, da categoria em análise, *vertente pessoal e social*, engloba a *exteriorização de sentimentos*, através de comportamentos como, por exemplo, choro ou monólogo. Como estratégia defensiva face ao sofrimento psíquico, esta categoria foi mencionada por duas pessoas, com uma frequência de duas citações:

- “*Quando são situações que posso desabafar com o meu marido desabafo, agora há situações que não posso, que são confidenciais. Às vezes até falo sozinha e alivia um bocado. Acho que também uma maneira de aliviar um bocado a agente é chorar (silêncio) (...)*” (E5).

A partir da segunda categoria – **vertente profissional** – da análise descritiva da área temática, *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico*, emergiram cinco subcategorias (*ver tabela síntese 17*):

- 1) JAC – Afastamento corporal;
- 2) JDP – Distanciamento emocional;
- 3) JDA – Deslocação da atenção;
- 4) JPS – Proactividade;
- 5) JPT – Pausa momentânea no trabalho.

Com efeito, o **afastamento corporal**, primeira subcategoria, é uma das estratégias defensivas utilizadas por um dos entrevistados, com uma frequência de citação de quatro vezes. Este afastamento corporal parece ser encarado pelo entrevistado como um alheamento da situação que lhe está a provocar mal-estar. Este

comportamento é utilizado, essencialmente, perante situações, cujo desenvolvimento ou melhoras parecem, à partida, não existir, ou então, são muito remotas:

- *“Felizmente ainda não tive nenhum domicílio perto da casa desse senhor, mas tento evitar ao máximo, porque assim recordo. Assim penso que pode até estar internado, e que não precisa de nós (...)”* (E1).

Já a segunda subcategoria, **distanciamento emocional**, é apontada por seis dos entrevistados, com uma frequência de nove citações:

- *“Tento recorrer sempre ou ao afastamento ou ao esquecimento! Tento me esquecer, não falar do assunto. Tento sair daqui do trabalho e esquecer tudo o que deixei aqui, de não me lembrar destes casos, o que não é fácil (...). Tento-me afastar, falar é muito fácil!!! Na prática eu não consigo dividir assim as coisas, acho que ninguém consegue. Mas eu gostaria, mas não consigo fazê-lo a 100%”* (E1);
- *“Geralmente quando tenho um caso que tenha mexido mais comigo eu corto, tento esquecer (...)”* (E2).

A terceira subcategoria, **deslocação da atenção**, da categoria *vertente profissional*, foi focada por cinco dos entrevistados, com uma frequência de onze citações, considerou-se o deslocamento da atenção voluntária ou alheamento e distanciamento dos sujeitos, isto é, o não quererem saber pormenores sobre a situação que lhes provoca mal-estar:

- *“(...) não quis saber pormenores, o porquê, o que é que levou à morte do senhor eu não quis saber esses pormenores, evito falar da situação (...)”* (E1).

A quarta subcategoria, **proactividade**, define-se como uma atitude da procura de uma solução, de obter informação, de procurar ajudar, sendo apontada por seis dos oito entrevistados, com uma frequência de seis citações:

- “Para tentar evitar o sofrimento acho que primeiro deveríamos estar mais informados (...)” (E2);
- “Acho que uma das formas para tentar sair desta situação é tentar ajudar a pessoa (...)” (E3).

A última subcategoria, **pausa momentânea no trabalho**, da categoria *vertente profissional*, foi apontada por quatro dos entrevistados, com uma frequência de cinco vezes, como uma *estratégia defensiva face ao sofrimento psíquico*:

- “(...) há tardes que realmente são mais calmas e consegue-se fazer a pausa. Normalmente aproveito para tomar um chá” (E2);
- “(...), uma pessoa está tanto nas coisas que, a nível psicológico e físico, fico afectada, é muito trabalho. Até tenho necessidade de sair deste contexto e então vou lá fora tomar um cafezinho, para aliviar” (E3);
- “Às vezes consigo fazer uma pausa, e, geralmente, vou almoçar. Nessa altura sinto uma descompressão, fico com a cabeça que parece que está oca (...)” (E5).

### ... Quanto à análise descritiva e comparativa

Feita a análise descritiva e comparativa da área temática *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico*, passa-se a apresentar a *tabela síntese 17* das categorias e subcategorias da referida área temática em análise. Esta tabela síntese fornece duas informações: os entrevistados que se referem aos conteúdos próprios de uma subcategoria; e, a frequência de citações referente a esta mesma subcategoria.

**Tabela síntese 17** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico*

Ent.	Vertente Pessoal / Social					Vertente Profissional				
	JTL	JRS	JFE	JAT	JCH	JAC	JDP	JDA	JPS	JPT
E1	2	4	0	0	0	4	2	6	1	2
E2	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1
E3	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1
E4	1	2	0	1	0	0	0	2	0	0
E5	2	4	0	1	1	0	1	0	1	1
E6	1	2	0	0	0	0	1	1	1	0
E7	1	2	0	0	0	0	1	1	1	0
E8	1	1	0	0	1	0	2	1	0	0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
$\Sigma$	<b>31</b>					<b>35</b>				

**Legenda:**  
 JTL – Tempos livres  
 JRS – Rede social de apoio  
 JFE – Férias  
 JAT – Atitude optimista  
 JCH – Exteriorização de sentimentos  
 JAC – Afastamento corporal  
 JDP – Distanciamento emocional  
 JDA – Deslocação da atenção  
 JPS – Proactividade  
 JPT – Pausa momentânea no trabalho

Pela análise da *tabela 17* verifica-se que não existe prevalência significativa entre os tipos de categorias (vertente pessoal/pessoal e vertente profissional) quanto às *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico* ( $31 \approx 35$ ). Verifica-se, assim, que o número de citações, em ambas as categorias, é relativamente baixo, o que, provavelmente, se deve ao facto de os entrevistados não saberem defender-se. Tal situação parece estar relacionada a alienação deste enfermeiros

Internamente, na categoria vertente *pessoal/profissional*, nota-se a prevalência, quanto à frequência de citações, de uma das subcategorias: *rede social de apoio* (JRS - 17 citações), em relação às restantes quatro ( $9+1+2+2=14$ ). No que concerne à categoria *vertente profissional*, ressalta-se a prevalência de duas subcategorias: *deslocação da atenção* (JDA - 11 citações) e *distanciamento emocional* (JDP - 9 citações).

### ... Quanto à análise matricial

Feita a análise descritiva e comparativa da área temática *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico*, e sua respectiva interpretação, pretendeu-se identificar as actividades que geram, nos entrevistados, *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico*, implicando tal, a análise de relações. A tabela apresentada, *tabela 18*, respeitante à matriz de intersecção, apresenta o número de vezes que as *estratégias defensivas face ao sofrimento psíquico* aparecem relacionadas no discurso dos sujeitos com as actividades desenvolvidas.

**Tabela 18** – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico* e a *tarefa primária* dos enfermeiros

	Domicílios	Planeamento Familiar	Saúde Infantil	Saúde Materna	Hipertensos e Diabéticos	Tratamentos	$\Sigma$
Vertente pessoal e social	21	2	1	0	0	0	24
Vertente profissional	25	0	2	0	0	6	33

Pela análise da *tabela 18*, percebe-se que existe relação entre as actividades desenvolvidas pelos enfermeiros (*tarefa primária*) e as *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico*, sejam elas nas *vertentes pessoal e social* (24 citações/31 emergidas na categoria *vertente pessoal e social* da análise descritiva) ou na *vertente profissional* (33 citações/35 emergidas na categoria *vertente profissional* da análise descritiva).

Das *Estratégias Defensivas face ao Sofrimento Psíquico*, a nível das duas categorias (*vertente pessoal/social* e *vertente profissional*), destaca-se a actividade

*domicílios* (21 citações na vertente pessoal/social e 25 citações na vertente profissional), como sendo aquela que origina a maior necessidade de desenvolver estratégias defensivas, para o combate ao sofrimento psíquico gerado aquando da execução da *tarefa primária*. Parece ser o confronto com as doenças terminais, geradoras de sofrimento, com as situações de morte repentina e com as situações de negligência familiar, situações típicas dos domicílios, que contribuem para a explicação desta prevalência. É notório que o trabalho constitui-se como um meio de descarga de energias psíquicas, o que ajuda a estabelecer o equilíbrio do aparelho psíquico. Subjacente a esta evidência parece estar a deficiente formação dos entrevistados ao nível das relações interpessoais e comunicacionais no que concerne aos clientes.

Quer pela análise da *tabela 18*, quer pela análise dos discursos dos entrevistados, verifica-se que os trabalhadores entrevistados tentam resistir ao sofrimento psíquico, através da criação de *estratégias defensivas individuais*, enquanto recurso próprio e não na organização de trabalho, que visam combater os perigos que o trabalho oferece à estabilidade mental. Estas *estratégias defensivas* são fundamentais para continuar o desenvolvimento do seu trabalho, assim como para uma coesa adaptação às diferentes situações emergentes do Cuidar, podendo, inclusive, evitar a loucura e promover a existência de um certo grau de harmonia entre a relação subjectiva do indivíduo e a organização de trabalho (Dejours, 1992).

**Em suma**, feita, por um lado, a análise descritiva e comparativa, e, por outro lado, a análise matricial de relações das oito áreas temáticas (fontes de pressão; fontes de desafio; fontes de fracasso; fontes de frustração; envolvimento emocional; consciencialização e alienação; reacções e manifestações do sofrimento psíquico e de

estratégias defensivas face ao Sofrimento Psíquico) que concorrem para a compreensão do sofrimento psíquico (de acordo com o primeiro objectivo geral de investigação e primeiro e segundo objectivos específicos), há que se considerar que estas oito áreas temáticas encontram-se interligadas e sucedem-se umas às outras, obedecendo a um encadeamento e processo sequencial de “etapas”.

Assim, a nível das **fontes de pressão** destacam-se, por um lado, a sobrecarga de trabalho a que os enfermeiros diariamente estão sujeitos, como resultado do excessivo número de clientes por enfermeiros e, por outro, a dificuldade em lidar e Cuidar dos clientes em sofrimento, em fase terminal de vida, nomeadamente nos domicílios, e nos tratamentos, devido à precária, ou mesmo à falta de formação de base dos enfermeiros, a nível das relações interpessoais e comunicacionais, situação que é agravada, pelo facto, destes profissionais terem, como uma das vertentes do seu trabalho, de prestar cuidados no contexto psicossocial da pessoa e da sua família. Estes cuidados prestados no domicílio, e prestados de forma regular, geram **envolvimento emocional** por parte dos enfermeiros com as situações dos clientes.

Com efeito, os enfermeiros desejariam – enquanto **fontes de desafio** – conseguir ter mais “disponibilidade de tempo”, isto é, menos clientes (verifica-se que não existe a consciência, de que na realidade, a forte fonte de pressão é o elevado rácio por enfermeiros), de forma a poderem realizar todas as actividades que lhes são atribuídas e da forma que gostariam, como seja, desenvolver a vertente preventiva e prestar cuidados de forma personalizada e adequada e com segurança na eficácia nos cuidados prestados. Os entrevistados apontam, ainda como fonte de desafio, realizarem mais cursos de pós-graduação e formação intra e extra-serviço, como se isto fosse solucionar

os seus problemas da falta de formação de base, nas áreas das relações interpessoais e comunicacionais. Eles não têm consciência, de que, na realidade, é a falta de formação de base em Psicologia da Comunicação e das Relações Interpessoais que está na origem do elevado grau de envolvimento que se torna, assim, num elevado desafio, ou seja, num desafio Hercúleo.

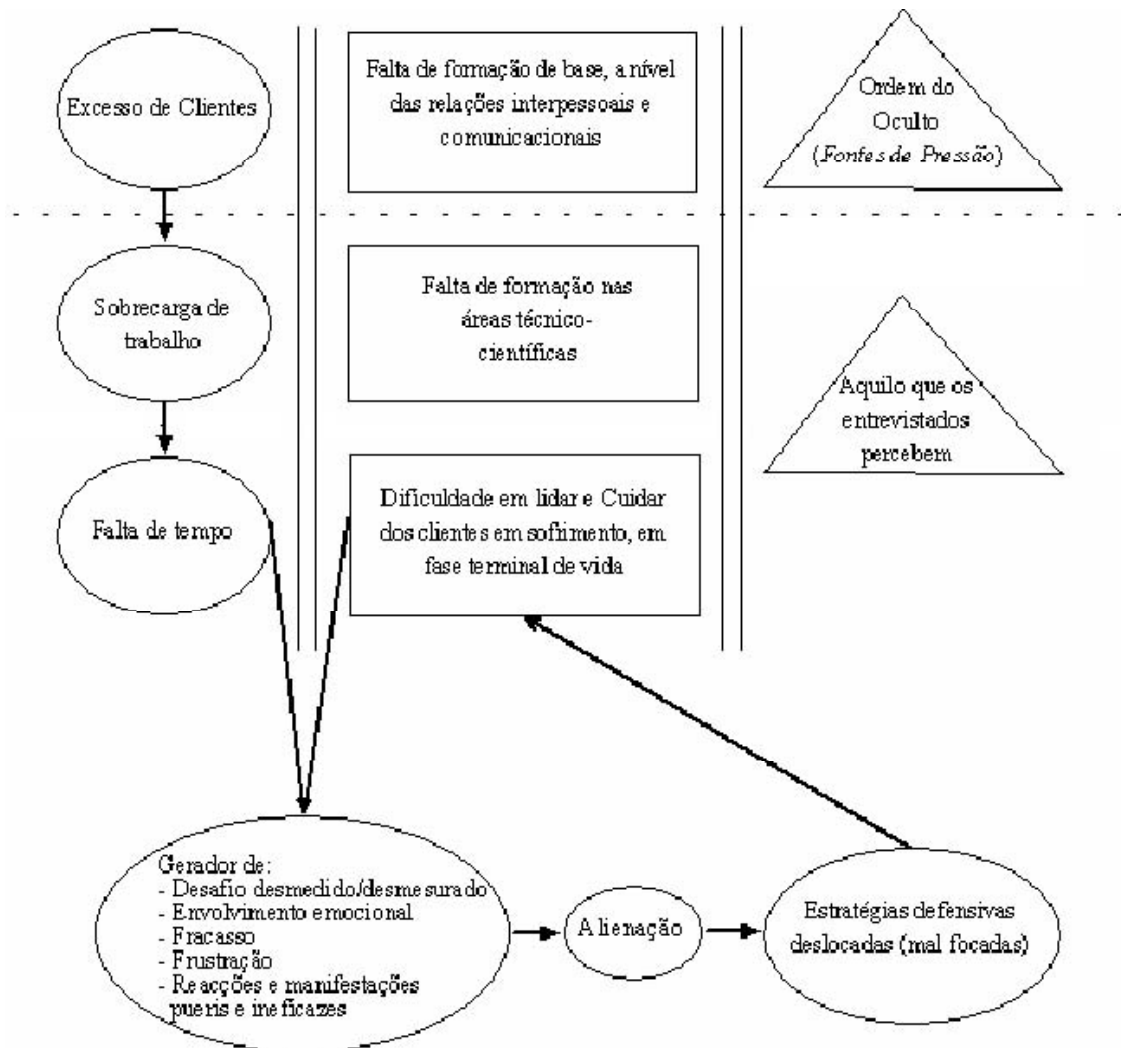
Sucedese, que os enfermeiros percebem apenas que é a “falta de tempo” e a falta de formação nas áreas técnico-científicas (cursos de pós-graduação e formação intra e extra-serviço) que constituem as fontes de pressão no seu trabalho, portanto, vinculadas à *tarefa primária*. Na verdade, os enfermeiros não têm consciência de que a sobrecarga de trabalho é, efectivamente, devida ao excesso de clientes por enfermeiro e não à “falta de tempo”; e à dificuldade em lidar e cuidar de clientes em sofrimento e iminência de morte devida à falta de formação de base, a nível das relações interpessoais e comunicacionais e não à falta de conhecimentos técnicos avançados. Pode-se, assim, considerar que estas reais fontes de pressão e de desafio são da ordem do oculto, para os enfermeiros entrevistados.

Como os enfermeiros não conseguem ter “disponibilidade de tempo”, nem capacidade para evitar o sofrimento e a morte do cliente, assim como não conseguem evitar o seu próprio envolvimento emocional com as situações dos clientes e com as suas famílias, tanto por ter clientes em demasia, como por falta ou precária formação de base, nas áreas já referidas (interpessoais e comunicacionais), os enfermeiros sentem-se **fracassados e frustrados** na sua condição de profissionais de saúde que zelam pela vida, pelo bem-estar e pela recuperação dos clientes e suas famílias. E daí, portanto, ainda mais sofrimento psíquico nestes enfermeiros.

Perante, as referidas fontes de pressão não conscientes, e perante a existência de envolvimento emocional que levam aos fracassos e às frustrações, a que não conseguem resistir, os enfermeiros ficam **alienados**. Ao ficarem alienados, os enfermeiros não empreendem lutas e reivindicações, restringindo-se a reagir e a manifestar-se de forma individualizada, sendo pueris e ineficazes. Como não conseguem perceber e identificar as verdadeiras fontes de pressão (as da ordem do oculto), e face às mesmas, os enfermeiros não sabem como resistir, daí que as estratégias defensivas, por um lado, são pouco coesas, e por outro lado, estão voltadas para o contexto pessoal. Assim, os entrevistados recorrem no máximo à rede social de apoio e, ao nível profissional que estão vinculadas tão somente à *tarefa primária*. Portanto, é daí que emergem todos os fracassos e frustrações, pois, os desafios que enfrentam não são os verdadeiros.

Como consequência daquilo que foi exposto, elaborou-se um esquema geral interpretativo do sofrimento psíquico destes enfermeiros (*ver Figura 7*).

**Figura 7** – Esquema geral interpretativo do sofrimento psíquico dos enfermeiros aquando da *tarefa primária*, o Cuidar, nos Centros de Saúde



## 9. Fontes de Prazer

Relativamente a esta área temática, encontraram-se três categorias (*ver tabela síntese 19*):

- Tipo de tarefas;
- Resultados esperados/obtidos;

- Realização profissional.

Relativamente à primeira categoria – **tipo de tarefas** – foram encontradas cinco subcategorias (*ver tabela síntese 19*):

- 1) HCP – Cuidar;
- 2) HGF – Gostar da actividade;
- 3) HRI – Envolvimento;
- 4) HAP – Acompanhamento prolongado;
- 5) HED – Experiência diversificada.

Assim, na primeira subcategoria, **Cuidar**, inclui-se o *prazer* o qual residiu nos enfermeiros pelo facto de lidarem com pessoas na sua actividade, vinculada à sua *tarefa primária*. Referida por seis dos entrevistados, esta *fonte de prazer*, tem uma frequência de dez vezes. Eis alguns exemplos de citações:

- “*O que mais valorizo acho que é a relação com a pessoa. (...) tento-me pôr sempre no lugar do outro (...), então, tento actuar nesse sentido para aliviar essa pessoa como se fosse eu que estivesse no lugar dessa pessoa, como é que eu gostaria de ser aliviada e tratada*” (E1);
- “*(...) considero o meu trabalho muito importante (...)*” (E2);
- “*Acho que o meu trabalho, como enfermeira de família é muito importante. Não só na parte curativa, mas mais na parte preventiva, esta sim é a parte em que temos que trabalhar mais (...)*” (E5).

A segunda categoria, **gostar da actividade**, compreende como *fonte de prazer*, o facto dos entrevistados gostarem da actividade que realizam no dia-a-dia como enfermeiros e é mencionada pelos oito entrevistados, com uma frequência de catorze referências:

- “Gosto muito do que faço (...)” (E1);
- “Adoro o que faço (...)” (E2);
- “Gosto muito do que faço (...)” (E5).

O **envolvimento**, que constitui a terceira subcategoria, da categoria *tipo de tarefas*, define as relações estabelecidas com os clientes como *fonte de prazer*, sendo descrito pelos oito entrevistados, com uma frequência de vinte vezes:

- “O nosso trabalho tem tanta componente, tanta abrangência, não é só a parte técnica, tem a parte humana, tem a parte social, tem a parte relacional, tem tanta coisa... que uma pessoa quando vem cá, eu não lhe faço, por exemplo, só um penso (...). Eu converso com essa pessoa, essa pessoa desabafa comigo, ela discute esses problemas comigo e, se calhar, naquele ritmo de conversa até discuto os meus problemas com ela. E temos ali uma abertura tão grande, criam-se laços não só de amizade, mas de cumplicidade entre o utente e a enfermeira (...). Acho que é uma profissão a sério, como poucas, aliás” (E3);
- “(...) claro que há um maior à vontade entre enfermeira e utente, há uma maior ligação. Sendo sempre a mesma pessoa há uma maior ligação” (E6).

A quarta subcategoria, **acompanhamento prolongado**, enquanto *fonte de prazer*, descreve o tipo de acompanhamento realizado no CS, o qual é caracterizado por ser prolongado no tempo, sendo focada por quatro dos entrevistados, com uma frequência de quatro citações:

- “(...) uma pessoa acompanha, eu vejo uma criança acabada de nascer, faço-lhe o diagnóstico precoce, todas as semanas peso-a, faço-lhe a consulta dos 2 meses, dos 4, dos 6, dos 9, 12... aos 5 anos vem tomar as vacinas, aos 11 vem tomar as vacinas, aos 18 vem fazer a consulta de PF, aos 25 traz-me aqui um filho... nós no Centro de Saúde, como enfermeiros de família, acompanhamos uma vida inteira (...). Num hospital eu acompanho a pessoa durante oito dias e no Centro de Saúde não” (E3).

A última subcategoria, **experiência diversificada**, da categoria em análise, *tipo de tarefa*, refere-se ao envolvimento dos enfermeiros em diferentes tipos de actividade, dinamismo e novas experiências e foi exposta por cinco dos entrevistados, como *fonte de prazer*, com uma frequência de sete citações:

- “*Gosto muito do trabalho de CS porque é um trabalho muito mais gratificante em que a gente não faz só pensos, não dá só injectáveis, temos a outra parte da humanidade, da ajuda, muito mais convivência e experiência do que no Hospital. Porque acho que no Hospital é um trabalho muito mais prático, acho que a nossa actividade é muito mais diversificada e temos muitas mais áreas onde desenvolver um bom trabalho*” (E5).

A segunda categoria em análise – **resultados obtidos/esperados** – originou seis subcategorias (*ver tabela síntese 19*):

- 1) HAS – Ajuda;
- 2) HPR – Prevenção;
- 3) HSU – Qualidade do serviço;
- 4) HZE – Zelo no trabalho;
- 5) HBR – Resultados alcançados;
- 6) HMU – Motivação dos clientes.

A primeira subcategoria, **ajuda**, define o prazer dos enfermeiros quando estes conseguem aliviar o sofrimento e ajudar os clientes a superar as dificuldades, em termos de ganhos de saúde, sendo mencionada por cinco dos entrevistados, com uma frequência de catorze vezes. Eis alguns exemplos de citações:

- “*(...) mas também quando a gente os vê mal e quando os vemos todos arrebitados também é uma alegria*” (E5);

- *“é espectacular quando percebo que consegui ajudar aquela pessoa, seja simplesmente ouvi-la, ou então, quando lhe faço ensinios e vejo que a pessoa cumpre (...)” (E7).*

Quanto à **prevenção**, segunda subcategoria, a mesma inclui o prazer devido à promoção da saúde e a prevenção da doença, não centrando, os entrevistados, a sua acção exclusivamente na vertente curativa, voltada, portanto, para os cuidados secundários e terciários. A *prevenção* foi referida por sete dos entrevistados, com uma frequência de onze vezes:

- *“É claro que esta parte da prevenção é fundamental, porque se a gente conseguir mudar estilos de vidas, mudar mentalidades, conseguimos prevenir doenças a longo prazo, a não terem a necessidade de tanto tempo de hospitalização, o risco de infecção é menor e por tudo isto, aumenta-se a qualidade de vida. A Educação para a Saúde é muito importante. O enfermeiro de família assume um papel fundamental. Se os tempos evoluem, a mentalidade das pessoas também têm que evoluir. E a gente ao fazer os ensinios adequados, estamos a incentivar, estamos a promover o bem-estar da pessoa, no momento, a médio e a longo prazo” (E5);*
- *“Acho que é importante ajudar as pessoas a prevenir a doença, acho que é esse ponto principal. Acho que a prevenção, a educação para a saúde, é o mais importante (...)” (E6).*

Com efeito, a terceira subcategoria, **qualidade do serviço**, engloba o prazer devido à qualidade do serviço prestado pelos enfermeiros, a qual transparece na satisfação dos clientes face aos mesmos. Como *fonte de prazer*, esta subcategoria é descrita por seis dos entrevistados, com uma frequência de treze citações:

- *“O que eu mais valorizo no meu trabalho é atender as pessoas com qualidade, com atendimento personalizado, individualizado, respeitando a privacidade do doente. Eu quando estou a atender uma pessoa, tento-me por sempre no lugar do outro, pensando que se eu estivesse naquela situação, ou se fosse um familiar naquela situação, como gostava de ser atendida (...)” (E6);*

- *“O senhor sentia que dia-a-dia estava a ficar pior e pior e embora eu soubesse qual o desfecho, que não havia muito a fazer, que não havia muito por onde ajudar, eu tinha atenção prestar sempre os melhores cuidados e o melhor conforto possível”* (E7).

O **zelo no trabalho**, quarta subcategoria, da categoria *resultados obtidos/esperados*, define as boas práticas preconizadas durante a actividade profissional dos entrevistados, tais como os cuidados personalizados e individualizados, o respeito pela privacidade, entre outros, tendo sido salientado por sete dos entrevistados, com uma frequência de dez vezes, como se pode observar pelas seguintes citações:

- *“Acho que deve haver sempre uma atitude de escuta por parte do enfermeiro, pôr o utente mais à vontade para haver uma maior ligação entre ambos, para não haver barreiras, mostra-se disponível (...)”* (E6);
- *“Uma das coisas que eu acho importante é chamar a pessoa pelo nome (...) tentar (...) que a pessoa se sinta à vontade, fechar sempre a porta (...).Eu agora estou a ir mais para os tratamentos e as pessoas querem que aquilo vá muito rápido e então tento-lhes explicar mais ou menos a evolução que aquilo irá ter. Tento explicar sempre os procedimentos que estou a fazer”* (E7);
- *“(...) eu nunca mantenho uma distância muito grande entre mim e o utente. Primeiro, tento chegar ao utente da maneira que eu acho mais adequada e de acordo com as características do utente, (...)”* (E8).

Quanto à quinta subcategoria, **resultados alcançados**, a mesma diz respeito aos bons resultados obtidos pelos enfermeiros na intervenção que realizaram junto dos clientes, tais como a prevenção de complicações de uma patologia, a resolução de uma situação de doença, a promoção da saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis, entre outros. Esta subcategoria foi ressaltada por cinco dos oito entrevistados, com uma frequência de onze citações:

- “O que me dá mais prazer é saber que as pessoas de algum modo reconhecem o nosso esforço por nós lhes tentarmos fazer o melhor que pudemos e quando eu consigo ajudar essa pessoa, para mim é o melhor que pode existir (...)” (E3);
- “É ver a satisfação das pessoas com aquilo que eu faço. Por outro lado é sentir que o que tinha programado para hoje que fiz (...)” (E7);
- “Eu gosto muito de lidar com as crianças. Quando me deparo com uma mãe que tem dúvidas sobre as cólicas (...), é espectacular poder ensinar à mãe como fazer para aliviar (...) e dá gozo ver o resultado da nossa acção” (E8).

A sexta e última subcategoria, **motivação dos clientes**, da categoria *resultados obtidos/esperados*, enquanto *fonte de prazer* para os enfermeiros, define a motivação dos clientes perante a prestação de cuidados, a qual é mencionada por quatro dos entrevistados, com uma frequência de sete vezes:

- “Claro que me sinto muito melhor quando vejo que as pessoas estão motivadas para aquilo que eu lhes estou a dizer e isto nota-se bem, principalmente nas educações para a saúde, na consultas de diabéticos ou hipertensos (...)” (E3);
- “Gosto do que faço. Por exemplo, gosto muito das consultas de SI (...). Acho que as mães estão mais motivadas e receptivas” (E7).

Da terceira e última categoria – **realização profissional** – da área temática, *Fontes de Prazer*, emergiram duas subcategorias (ver tabela síntese 19):

- 1) HRE – Plenamente realizado;
- 2) HNR – Realização mitigada.

A primeira subcategoria, **plenamente realizado**, define a realização profissional plena do enfermeiro e foi referida por seis, dos oito entrevistados, com uma frequência de catorze vezes:

- “*Estou mesmo realizada (...). Havia pessoas que me diziam ‘vais-te arrepender, em farmácia ganhas mais’. Mas a verdade é que se estivesse em farmácia estava, de certeza, desesperada e agora estou mesmo naquilo que gosto*” (E2);
- “*Não me custa acordar de manhã e saber que vou trabalhar, aquela coisa de dizer ‘oh não, mais um dia de trabalho (...)*’, isso não me acontece. *Sinto-me completamente realizada*” (E3);
- “*Adoro o que faço. Eu se estou mais de dois ou três dias sem vir ao serviço já me sinto mal, gosto a sério. A minha família culpa-me muito que eu ganhei tanta amizade a isto (risos). Eu gosto de tudo (...)*” (E4);
- “*Gosto muito do trabalho de Centro de Saúde. Gosto muito do que faço (...). Sinto-me realizada (...)*” (E5);

A segunda e última subcategoria, **realização mitigada**, define que o enfermeiro apesar de gostar da sua actividade, não se sente plenamente realizado profissionalmente e foi apontado por dois dos entrevistados, com uma frequência de três vezes:

- “*Gosto do que faço, embora de certo modo depois torna-se rotina. Se calhar acontece em todos os serviços, mas de certo modo estou cheio de estar aqui...se calhar queria experimentar coisas novas. (...), há dias em que uma pessoa sente que está mais realizado que outros (...)*” (E7);
- “*Gosto, mas seria mentiroso se lhe dissesse que nunca na vida me senti assim um bocado arrependido pela escolha da Enfermagem. Sinceramente a nível da parte remuneratória acho que isto é uma exploração e falta de estabilidade contratual. À parte disto tudo, gosto do que faço*” (E8).

### ... Quanto à análise descritiva e comparativa

Feita a análise descritiva e comparativa da área temática *Fontes de Prazer*, passa-se a apresentar a *tabela síntese 19* que fornece duas informações: os entrevistados que se referem aos conteúdos próprios de uma subcategoria; e, a frequência de citações dessa mesma subcategoria.

**Tabela síntese 19** – Frequência de citações dos sujeitos por categoria e subcategoria da área temática *Fontes de Prazer*

Ent.	Tipo de Tarefa					Resultados Esperados/Obtidos						Realização Profissional	
	HCP	HGF	HRI	HAP	HED	HAS	HPR	HSU	HZE	HBR	HMU	HRE	HNR
E1	2	3	5	0	0	3	1	0	1	0	0	1	0
E2	4	4	2	1	1	0	3	4	2	1	2	6	0
E3	0	2	4	1	1	2	1	2	1	1	1	1	0
E4	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
E5	1	1	3	1	2	4	3	3	1	6	2	4	0
E6	1	1	2	0	1	2	1	1	1	0	0	1	0
E7	1	1	1	1	2	3	1	1	2	1	2	0	2
E8	1	1	2	0	0	0	0	2	2	2	0	0	1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>3</b>
$\Sigma$	<b>55</b>					<b>66</b>						<b>17</b>	

**Legenda:**  
HCP – Cuidar  
HGF – Gostar da actividade  
HRI – Envolvimento  
HAP – Acompanhamento prolongado  
HED – Experiência diversificada  
HAS – Ajuda  
HPR – Prevenção  
HSU – Qualidade do serviço  
HZE – Zelo no trabalho  
HBR – Resultados alcançados  
HMU – Motivação dos clientes  
HRE – Plenamente realizado  
HNR – Realização mitigada

Pela análise da *tabela síntese 19* destaca-se, desde logo, que a frequência de citações quanto às *Fontes de Prazer* é baixa.

Pela análise da *tabela síntese 19* constata-se que não existe uma diferença significativa, quanto à frequência de citações, entre duas das três categorias: *tipo de tarefas* (55) e *resultados esperados/obtidos* (66). No entanto, verifica-se uma diferença acentuada de frequência de citações, entre estas duas categorias e a terceira categoria *realização profissional* (17 citações) [(55×66)×17].

A nível interno, na categoria *resultados esperados/obtidos*, nota-se que não existe uma prevalência de subcategorias, sendo que a frequência de citações é baixa, pois deve ser por os enfermeiros não conseguirem bons resultados, pois os mesmos são ineficazes.

Internamente na categoria *tipo de tarefa* há uma prevalência de três subcategorias: *envolvimento* (HRI - 20 citações), *gostar da actividade* (HGF - 14 citações) e *Cuidar* (HCP - 10 citações). É interessante analisar que quer o *envolvimento* (HRI) existente entre cliente e enfermeiro, baseado numa relação de confiança, quer o *Cuidar* (HCP), assente no princípio de se lidar com seres humanos, foram apontados, também como *fonte de sofrimento psíquico*. Provavelmente se os trabalhadores possuísem uma formação coesa a nível das relações interpessoais e comunicacionais, as frequências de citações referentes ao *prazer no trabalho* seriam mais elevadas, pois, entre outras coisas, possivelmente envolver-se-iam mais com a *tarefa primária*. Ao envolverem-se mais com a *tarefa primária* e como a tarefa é fonte de prazer, então, haveria mais prazer.

Na terceira categoria ***realização profissional***, a nível interno, há prevalência, quanto à frequência de citações, da subcategoria *plenamente realizada* (HRE - 14) em relação à subcategoria *realização mitigada* (HNR - 3). É interessante notar que apesar de todos os entrevistados afirmarem gostar do tipo de actividade que desenvolvem no CS, e com a qual se sentem realizados profissionalmente e apesar da baixa frequência de citações, dois deles referem que não se sentem realizados na sua plenitude, considerando que gostariam de experimentar coisas novas, outro tipo de serviços de saúde. Curiosamente estes dois entrevistados são os dois e únicos sujeitos do sexo masculino, pois tal deve ser consequência da execução de tarefas rotineiras.

A questão do prazer no trabalho dos entrevistados resulta, portanto, da descarga de energia psíquica que a *tarefa primária* permite, o que origina uma diminuição da

carga psíquica laboral (Dejours, 1992), contudo, isto praticamente não ocorre nos entrevistados.

### ... Quanto à análise matricial

Feita a análise descritiva e comparativa da área temática *Fontes de Prazer*, e sua respectiva interpretação, objectivou-se identificar as tarefas que são geradoras de prazer, implicando, para tal, a análise matricial de proporções. A *tabela 20* apresenta o número de vezes que as *Fontes de Prazer* aparecem relacionadas no discurso dos entrevistados com as actividades desenvolvidas.

**Tabela 20** – Frequência de citações dos sujeitos quanto à relação existente entre as categorias emergentes da área temática *Fontes de Prazer* e a *tarefa primária* dos enfermeiros

	Domicílios	Planeamento Familiar	Saúde Infantil	Saúde Materna	Hipertensos e Diabéticos	Tratamentos	Σ
Tipo de tarefa	21	1	6	3	3	15	<b>49</b>
Resultados esperados / obtidos	12	1	3	1	5	5	<b>27</b>
Realização profissional	5	1	3	1	2	4	<b>16</b>

Pela análise da *tabela 20*, é possível verificar que existe prazer em várias actividades realizadas pelos enfermeiros entrevistados, em especial quanto às categorias *tipo de tarefa* (49 citações/55 emergentes da categoria *tipo de tarefa* da análise descritiva) e *realização profissional* (16 citações/17 emergentes da categoria da análise descritiva) e, em menor grau, os *resultados obtidos/esperados* (27 citações/66 emergentes da categoria da análise descritiva), de qualquer modo a frequência global é baixa.

Destaca-se o *prazer*, a nível do tipo de tarefa, vinculado a duas actividades, os *domicílios* e os *tratamentos*. Curiosamente estas tarefas também foram apontadas como *fontes de sofrimento psíquico*, provavelmente devido ao tipo de envolvimento que existe entre enfermeiro e cliente. Tal leva a crer que quando existem bons resultados, ao nível do Cuidar, como seja conseguir sucessos pelos actos de Enfermagem, existe prazer; quando, pelo contrário, os resultados do acto de Cuidar não são os melhores, como seja a existência de sofrimento e a morte dos clientes, então, há a vivência de sofrimento psíquico para estes profissionais. Isto vem de encontro ao que foi referido sobre a teoria de Dejours (1992), segundo o qual na realidade concreta e na experiência individual de trabalho, não se preconiza apenas o sofrimento psíquico, mutilação e morte (Merlo, 1999), mas também faz alusão e se considera a existência de prazer no trabalho. A este propósito, Codo et al. (1995) afirma que é necessário reconhecer que qualquer actividade pode entrar no circuito orgástico do prazer, ou entrar no circuito da dor e do sofrimento psíquico. Assim, o prazer e sofrimento psíquico não estão vinculados directamente ao tipo de actividade. Por outro lado, o trabalho também se constitui num espaço favorável para jogar e re-jogar contra o sofrimento psíquico na expectativa de que esse desempenho termine em descobertas e em criações socialmente úteis. Com efeito, a luta que o trabalhador trava, na resistência, contra o sofrimento psíquico, enquadra-se num panorama de normalidade e preconiza o ajuste das necessidades do trabalhador às exigências impostas pelo trabalho, numa tentativa de fazer vigorar o prazer no trabalho.

## **CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO**

### **7.1 Discussão dos Resultados**

Face ao exposto sobre a análise e a interpretação dos resultados obtidos com a presente investigação empírica, é notória a necessidade que os enfermeiros têm em desenvolver a vertente da formação ligada às relações interpessoais e comunicacionais, para aprenderem a fortalecer as suas estratégias defensivas face às situações do Cuidar que geram sofrimento psíquico e por consequência a terem menos sofrimento psíquico e, talvez até, a intensificarem o prazer no seu trabalho.

#### **... Quanto à formação dos enfermeiros**

Julga-se que esta formação, ligada às relações interpessoais e comunicacionais, deve dizer respeito aos seguintes contextos: em primeiro lugar, aos estabelecimentos de ensino que têm a responsabilidade de formar e capacitar os alunos para o mundo do trabalho; e, em segundo lugar, ao Ministério da Educação que assume a responsabilidade de promover políticas de ensino. Por tal, e considerando que a formação compreende três vertentes, a técnica, a científica e a relacional, julga-se que esta última, a qual se debruça sobre o estudo das relações humanas e interpessoais, deve ser merecedora de uma atenção especial, especificamente no que concerne ao treino de competências de índole relacional e humana. Os alunos que concluem o curso de licenciatura em Enfermagem devem estar dotados de competências relacionais mínimas que lhes permitam saber lidar com a morte, com o sofrimento humano, enfim, com todas as situações de vulnerabilidade humana, sabendo, portanto, lidar com as relações interpessoais decorrentes do processo de Cuidar. Para além da aquisição de

competências relacionais, os alunos devem ser sensibilizados e treinados para esta realidade psicossocial, vinculada tão fortemente à tarefa primária, com que diariamente vão lidar. Neste sentido, sugere-se a criação de espaços de abertura, reflexão e partilha sobre a temática do sofrimento psíquico e das estratégias defensivas para evitá-lo, em contexto de sala de aula, mas também e principalmente, em contexto de ensino clínico-prático, isto é, de estágio.

### **... Quanto ao acompanhamento dos profissionais de Enfermagem**

Após a saída do curso de Enfermagem, para o mundo do trabalho, tal como sugere Mestrinho (1999), é importante apoiar e acompanhar os enfermeiros recém-formados, com vista a lhes garantir o apoio e a assistência necessários para fazerem face às dificuldades e às contrariedades decorrentes do exercício profissional. Sugere-se que esta seja uma prática corrente de todos os estabelecimentos de ensino que ministram o curso. Ainda no âmbito da formação, sugere-se uma aposta clara na formação contínua, especificamente na formação em serviço, onde possam ser criados espaços de partilha e de reflexão sobre a temática do sofrimento psíquico, centrada na própria vivência dos profissionais.

### **... Quanto à assistência psicológica aos enfermeiros**

Paralelamente à necessidade de formação, incute-se a necessidade de veicular, nos serviços de saúde, profissionais, especificamente psicólogos, para o acompanhamento dos enfermeiros que lidam directa, diária e permanentemente com clientes em estado de vulnerabilidade. Tudo isto para que, efectivamente, se impeça o agravamento do estado mental dos enfermeiros e até se possa promover a sua saúde mental, pois “quem cuida também sofre” (McIntyre, 1994); incentivando, assim, uma

melhor qualidade de vida no trabalho e, deste modo, melhores cuidados de Enfermagem.

### **... Quanto à abordagem teórica**

A fundamentação teórica primordial, porém não exclusiva, relativa à questão do sofrimento psíquico e do prazer no trabalho, centrou-se na *Psicodinâmica do Trabalho*, tendo por base os estudos desenvolvidos por Christophe Dejours (1992; 1994). Os restantes autores em que se baseou esta dissertação, são pesquisadores desta área do sofrimento psíquico e do prazer, seguidores da *Psicodinâmica do Trabalho*.

### **... Quanto à questão do envolvimento emocional**

Existem determinadas abordagens teóricas sobre o processo de Cuidar em Enfermagem, nomeadamente a perspectiva de Watson (1999), que defende o Cuidar como um ideal ou imperativo moral, que remetem o enfermeiro para um envolvimento permanente a vários níveis: pessoal, social, moral e espiritual. No entanto, o que se constatou nesta pesquisa é que este envolvimento, nomeadamente o emocional, é gerador de sofrimento psíquico. Apesar da autora remeter para a necessidade do profissional de Enfermagem se envolver, pelo menos parcialmente com os seus clientes para um possível Cuidar mais eficaz, isto seria refutável, até porque toda a literatura especializada na área da *Psicanálise* (na qual a *Psicodinâmica do Trabalho* é subsidiária) aponta para a necessidade do profissional não se envolver, isto é, ser isento, e portanto, neutro, nas suas relações profissionais. A *Psicanálise* e a própria *Psicodinâmica do Trabalho* têm como um dos marcos teóricos fundamentais, precisamente que as relações profissionais, sejam elas de que ordem for, sejam pautadas

pela isenção como condução *sinequa non* do sucesso e da eficácia destas relações profissionais.

O envolvimento a que a *Psicodinâmica do Trabalho* se refere é, então, com a *tarefa primária*, com o Cuidar, e não com o cliente propriamente dito. Sendo assim, é possível que alguns dos teóricos em Enfermagem de formação técnica e humana, mas não tanto voltados para as áreas das relações interpessoais em Psicologia e Comunicação Humana, sejam eles levados a uma falsa teorização quanto ao papel do envolvimento na eficácia do Cuidar. Assim, é importante que exista envolvimento dos enfermeiros com a tarefa, isto é, durante o Cuidar e não com o cliente em si, enquanto pessoa, pois o envolvimento a este nível é gerador de sofrimento psíquico.

#### **...Quanto às questões metodológicas**

Aponta-se o facto das questões de investigação estarem vinculadas aos objectivos da investigação, que por sua vez, se encontram vinculados à teoria adoptada nesta dissertação. Também o guião da entrevista (*ver apêndice IV*) e as respectivas questões orientadoras encontram-se instituídas tanto indirectamente aos objectivos de investigação (*ver item 5.2 do Capítulo V*), quanto aos objectivos operacionais da entrevista e, enfim, às questões de investigação (*ver item 5.3 do Capítulo V*). Este facto enriquece este estudo, na medida em que o torna mais coeso, denotando-se, portanto, uma harmonia interna na pesquisa. Isto fica denotado pelo facto do guião da entrevista não ter sofrido qualquer alteração no pré-teste, apesar dos sujeitos que integraram o pré-teste serem enfermeiros da mesma área de acção, ou seja, enfermeiros de nível I (enfermeiros ou enfermeiros graduados e a prestar cuidados de Enfermagem num Centro de saúde).

### **... Quanto ao peso relativo do estudo do prazer**

Salvaguarda-se, no entanto, o facto do instrumento de recolha de dados estar mais direccionado para o estudo do sofrimento psíquico e não tanto para a questão do prazer no trabalho dos enfermeiros. Esta questão deve-se, contudo, à própria teoria dejouriana a qual versa essencialmente sobre a questão do sofrimento psíquico do trabalhador e não tanto sobre o prazer deste.

### **... Quanto à questão da recolha de dados**

Assim sendo, o facto do instrumento de recolha de dados estar mais direccionado para o estudo do sofrimento psíquico e não tanto para a questão do prazer no trabalho, levou a pesquisadora a conduzir a entrevista também nesta óptica, o que pode ter constituído um viés neste estudo.

### **... Quanto à construção da grelha de análise mista**

A grelha de análise mista, composta por áreas descritivas e temáticas, foi construída em duas direcções, ou seja, da teoria para a prática e da prática para a teoria, numa interacção simbiótica, na produção de um instrumento misto que não é, assim, nem somente teórico, nem somente advindo do empirismo.

### **... Quanto às limitações da pesquisadora**

Relativamente ao enquadramento teórico feito, é de ressaltar que o Capítulo II, referente ao *Trabalho e Saúde Mental: Sofrimento Psíquico e Prazer do Trabalhador*, apresenta uma síntese da evolução pessoal da pesquisadora, numa área que a mesma desconhecia, a qual teve que passar por um longo e árduo processo de pesquisa bibliográfica, de estudo, de análise e de reflexão. A opção pelo estudo do sofrimento

psíquico e do prazer no trabalho implicou uma mudança de área (*stress*) e, por consequência, uma transformação profunda de novos rumos intelectuais.

## **7.2 Limitações do Estudo**

Várias são as considerações que se pretendem tecer quanto às próprias limitações que este estudo, de natureza qualitativa, apresenta. Estas limitações são de ordens variadas, como seja a ordem teórica, metodológica, amostral, temporal e conhecimentos na versatilidade do programa informático *QSR NUD\*IST*, utilizado como apoio na técnica de análise de conteúdo, passando, de seguida, a fazer alusão a cada uma delas.

No que se refere à limitação teórica, há que acrescentar que atendendo aos conhecimentos produzidos por Dejours, nos anos 80 e 90, e ao longo do desenvolvimento da presente pesquisa, facilmente se apercebeu que esta teoria se encontra muito voltada para o estudo do sofrimento psíquico, apesar de dar certa ênfase às questões do prazer no trabalho, sem, no entanto, as desenvolver. Assim sendo, e reportando este aspecto para a presente dissertação, é de referir que a questão do prazer não está ainda tão desenvolvida como a questão do sofrimento psíquico, efectivamente por contingências teóricas.

Por outro lado, nota-se que os estudos desenvolvidos por Dejours (1992; 1994), na área do sofrimento psíquico, tiveram quase sempre como população de estudo os operários. Assim sendo, a interpretação dos resultados obtidos pela presente pesquisa,

foi feita em função, obviamente, da sua teoria, sem, porém, existir a possibilidade de comparar estes resultados, a outros resultados obtidos em estudos desenvolvidos com profissionais de saúde. O operário não está tão vinculado à tarefa quanto um profissional especializado, como é o caso dos enfermeiros. Estes ao serem profissionais, e ainda de uma área técnica e humana, estão vinculados à tarefa primária, o Cuidar, de modo estreito, quase incorporando o trabalho à personalidade deles.

Uma outra limitação apontada é a metodológica. A teoria dejouriana defende uma metodologia própria, a qual tem vários contornos que, na presente investigação, pelos motivos já apontados, foram parcialmente contornados, nomeadamente o ter que reunir colectivamente os trabalhadores-enfermeiros. A estratégia de recolha de dados utilizada foi a entrevista individual semi-estruturada. Dejours (1992) propõe a realização de entrevistas colectivas, e a realização de uma média de 4 a 6 reuniões para discussão do material por parte dos participantes no estudo. Contudo, atendendo ao factor tempo esta técnica não foi seguida. Tal substituição limita as abrangências da proposta de Dejours (1992), pois a integração grupal permite reconstituir a lógica das pressões do trabalho e das estratégias defensivas, principalmente as colectivas, contra os efeitos psicológicos dessas mesmas pressões. Todavia, nas entrevistas individuais, como argumenta Dejours (1994) “nada incita o analista de buscar o que no conflito não fica redutível a um conflito psico-afectivo opondo dois sujeitos (...)” (p. 124). E é nisto que a autora do presente estudo se baseou, a fim, de poder usar a técnica da entrevista individual. Ora, o facto de se ter optado pela entrevista individual fez com as estratégias defensivas colectivas não fossem exploradas, as quais se concentraram na vertente individual. No entanto, e como refere Dejours (1994) as estratégias defensivas colectivas são típicas dos trabalhadores que desempenham a sua actividade laboral

numa organização de trabalho que impõe ritmos e sequências de tarefas, como seja o trabalho padronizado, não sendo este o caso do trabalho dos enfermeiros.

No que concerne à limitação da amostra, há que referir que apenas os enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga, integraram a população do estudo. Seria de todo o interesse fazer um estudo desta natureza a nível nacional e que o estudo pudesse, ainda, versar sobre os enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem a nível hospitalar.

O desenvolvimento de programas informáticos, especificamente concebidos para auxiliar na técnica de análise de conteúdo, constitui uma importante inovação nos últimos dez anos. No entanto, o parcial desconhecimento da pesquisadora neste tipo de programas fez com que tivesse de passar por um processo de aprendizagem e acompanhamento de pessoas experientes nesta área, onde, uma vez mais, o factor tempo teve o seu peso. Apesar de todos os constrangimentos, foram momentos de franca aprendizagem e desenvolvimento pessoal.

Apesar de ser uma área relativamente recente e ainda pouco conhecida, o âmago teórico adoptado nesta dissertação foi a teoria dejouriana. O percurso feito pela autora da presente investigação, até conhecer e dominar a teoria na sua plenitude, pode-se considerar árduo, exigente e exaustivo. Tal facto deve-se, essencialmente, a dois aspectos: o primeiro prendeu-se com o desconhecimento desta área, o segundo teve que ver com a parca referência bibliográfica em Portugal. A mistura destes dois aspectos fez com que fosse direccionado muito tempo para a pesquisa bibliográfica e posteriormente para a leitura e compreensão da mesma. Este aspecto exigiu por parte do orientador uma

explicação geral das teorias psicanalítica e marxista, subjacentes à teoria dejouriana, de forma a serem compreendidos determinados conceitos fundamentais desta última teoria. Refere-se, ainda, que, por um lado, a formação de base, da pesquisadora, é “só” em Enfermagem e não em Psicologia e/ou Psicanálise, o que dificultou a vertente da interpretação do oculto e que a *Psicologia do Trabalho* exige. Por outro, o trabalho diário desta investigadora é também no Centro de Saúde. Ora, isto, por vezes, dificulta a isenção nas interpretações, dado que é sujeita interessada na questão, pois reúne os critérios de selecção da população, o que implicou um esforço para que tal não se verificasse.

### **7.3 Contributos e Sugestões para Futuros Estudos**

Antes de mais, este estudo apresenta uma modesta contribuição para o *corpus* teórico sobre as vivências do sofrimento psíquico e do prazer dos enfermeiros aquando da tarefa primária, o Cuidar, nos Centros de Saúde. Por outro lado, ao compreender-se melhor as *fontes de pressão* que acarretam sofrimento psíquico dos enfermeiros, haverá mais facilidade em melhorar a prestação dos serviços destes profissionais, ou seja, obter benefício para os próprios clientes, alvo dos seus cuidados, ao aprenderem a desenvolver estratégias defensivas eficazes. Esta compreensão do sofrimento psíquico permite, pois, propôr medidas preventivas quanto aos agentes geradores deste sofrimento, como forma de melhorar, em última análise, a qualidade de vida destes trabalhadores-enfermeiros.

Na história da evolução do Homem, cada vez mais o trabalho tem vindo a ser questionado e avaliado em busca das questões relacionadas com o sofrimento físico e psíquico, para as quais se têm buscado respostas. A questão que envolve o sofrimento psíquico, relacionada com a saúde/doença ocupacional, deve ser estudado com maior particularidade e especificidade. São questões delicadas e que envolvem a susceptibilidade de factores afectivos e de relacionamento, factores estes que são difíceis de serem avaliados e definidos, atendendo à sua forte carga de subjectividade e inter-subjectividade.

Assim, ao longo do desenvolvimento desta pesquisa várias foram as hipóteses que ocorreram como potenciais possibilidades de desenvolvimento de futuros estudos nesta área do sofrimento psíquico e do prazer no trabalho. Assim, sugere-se estudar o sofrimento psíquico e o prazer no trabalho, através de um estudo comparativo, entre os enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários, típicos dos Centros de Saúde e os enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Diferenciados, típicos dos Hospitais. Esta sugestão assenta no princípio de que os tipos de realidades de contextos de trabalho são distintos. Enquanto que nos Hospitais se preconiza o tratamento da doença, o acompanhamento de clientes em fase aguda da doença, os Centros de Saúde desenvolvem a sua actividade junto da comunidade, procurando a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Propõe-se, ainda, a realização de um estudo, também ele comparativo, entre um grupo de enfermeiros de uma determinada unidade de saúde, e que seja alvo de uma intervenção psicológica nos seus locais de trabalho, e um grupo de enfermeiros que não seja alvo de nenhuma intervenção psicológica, com o objectivo de verificar os efeitos da

intervenção psicológica sobre a forma dos enfermeiros vivenciarem as vicissitudes da *tarefa primária*, o Cuidar.

Uma outra sugestão prende-se com o estudo do sofrimento psíquico e do prazer em diferentes serviços, como por exemplo, no Serviço de Urgência, no Instituto Português de Oncologia, nas Unidades de Cuidados Intensivos, nas Unidades de Pediatria e Neonatologia, Psiquiatria, entre outros. Este estudo poderia ser feito, numa primeira fase, na mesma instituição de saúde e posteriormente noutras instituições, de forma a estabelecer comparações entre as próprias instituições de saúde, enquanto organizações de trabalho. Esta sugestão advém do facto de cada um destes serviços comportar especificidades próprias, únicas e típicas.

Por fim, propõem-se a realização de outras investigações, voltadas para sofrimento psíquico e prazer no trabalho que preconizem o conhecimento do seu impacto, tanto no ambiente interno, como no externo às organizações de trabalho, em outros profissionais da área da saúde.

## CONCLUSÕES

As perspectivas teóricas apresentadas na parte I desta dissertação, conduzem à reflexão de que o processo de Cuidar em Enfermagem é exigente e delicado, gerando ora sofrimento psíquico, ora prazer.

O contacto com o terreno de pesquisa e posteriormente com os entrevistados permitiu perceber a importância atribuída ao papel do enfermeiro de família e, portanto, à continuidade dos cuidados prestados. A informação sobre este dado foi importante para este estudo, na medida em que o contacto, o conhecimento e a solicitação permanente e regular que existe do enfermeiro de família, por parte do cliente e família, fomenta, ao nível das relações interpessoais, uma aproximação entre ambos, a qual se torna importante e fulcral para a análise quer da vivência do sofrimento psíquico, quer do prazer no trabalho.

Este estudo de natureza qualitativa permitiu responder às questões de investigação inicialmente formuladas: a) Quais as situações específicas susceptíveis de gerar sofrimento psíquico, mas também de gerar prazer neste trabalhador no seu contexto de trabalho, aquando da execução da tarefa primária? b) Quais são as reacções e as manifestações do trabalhador-enfermeiro face a situações que geram sofrimento psíquico, aquando da execução da tarefa primária? c) Quais são as estratégias defensivas que o trabalhador-enfermeiro apresenta face a situações geradoras de sofrimento psíquico, como resultado da execução da tarefa primária?

As respostas a estas questões obtiveram-se pelos resultados deste estudo, os quais conduzem a determinadas conclusões que evidenciam as especificidades e vicissitudes do trabalho dos enfermeiros que laboram nos Centros de Saúde, centrado na *tarefa primária*, o Cuidar.

Com efeito, e em conformidade com o que vem a ser dito, a vivência do sofrimento psíquico e do prazer no trabalho está repleta de subjectividade, dado que resulta das inter-relações entre subjectivo-objectivo, visível-invisível e psíquico-social. Assim, esta vivência do sofrimento psíquico e do prazer é construída com base nos conflitos, nas contradições, nas respectivas interações entre o desejo e a necessidade do trabalhador, nas condições da organização e nas relações sociais próprias de um determinado contexto organizacional (Mendes, 2004).

Foi com base neste princípio, de que o prazer e sofrimento psíquico se originam de uma dinâmica interna das situações e da organização de trabalho, que emergiram as principais conclusões deste estudo, as quais se passam a apresentar, pela seguinte sequência: fonte de sofrimento psíquico; reacções e manifestações do sofrimento psíquico; estratégias defensivas face ao sofrimento psíquico e, por último, as fontes de prazer no trabalho.

- **Fontes de sofrimento psíquico**

Os entrevistados reconhecem a existência de sofrimento psíquico, especificando as actividades que são geradoras de tal. A ênfase da fonte deste sofrimento é colocada concretamente em três tipos de actividades realizadas pelos enfermeiros: os domicílios,

os tratamentos e nas CE de diabéticos e hipertensos. Em torno destas actividades está a sensação de impotência, de fracasso, de frustração, de pressão e o envolvimento emocional com o cliente e com a família. Tais sentimentos são oriundos de um conjunto de situações ligado ao cliente e/ou família, como sejam: as doenças terminais e prolongadas; o sofrimento humano desencadeado por este tipo de doenças; a dificuldade que os enfermeiros têm em prestar cuidados no contexto da pessoa, o que implica lidar com o cliente, mas também com a sua família; as mortes repentinas; a negligência familiar e o fraco envolvimento dos clientes na prevenção da doença e na promoção da saúde. Aliado a todos estes aspectos, está o excesso de trabalho a que os enfermeiros estão diária e permanentemente sujeitos, o que não lhes possibilita dedicar mais tempo ao cliente e família, com vista a personalizar os cuidados prestados, conforme os mesmos desejariam.

Assim, este estudo evidencia o excesso de clientes por enfermeiros e a falta de formação e de treino destes profissionais ao nível das relações interpessoais e comunicacionais, para lidar com exigências emocionais e psico-sociais dos clientes e famílias, decorrentes de situações exigentes, como seja o contacto com clientes em sofrimento e a exposição prolongada a estas situações, uma vez que estes profissionais lidam permanentemente com as mesmas pessoas, como resultado do papel de enfermeiros de família que assumem.

- **Reacções e manifestações do sofrimento psíquico**

Verificou-se, ainda, nesta investigação que o sofrimento psíquico não tem uma manifestação única para todos os indivíduos entrevistados. Como refere Campiglia

(1998), tendo por base a teoria descrita por Dejours (1992), apesar do enfermeiro tender a manifestar a descarga das excitações endógenas e exógenas, a via da descarga escolhida é específica para cada profissional. A escolha da via de descarga está ligada à sua história pessoal e à formação da estrutura da sua personalidade. No conjunto dos enfermeiros entrevistados, percebeu-se a existência de reacções e manifestações quer emocionais/psicológicas, quer físicas. As reacções e manifestações emocionais/psicológicas mais frequentemente descritas pelos oito entrevistados são: a irritação, a intolerância, a agressividade, a raiva e a impaciência, seguidas da tristeza, melancolia e depressão. É ainda importante acrescentar que este tipo de reacções e manifestações, portanto, as emocionais/psicológicas, têm repercussões na vida pessoal e familiar dos enfermeiros, não havendo nenhuma referência contrária, de qualquer entrevistado. De facto, como afirma Campiglia (1998), o enfermeiro não aparece no seu devido local de trabalho como uma “máquina nova”, isto é, leva para o seu local de trabalho a sua história pessoal, também ela contendo motivações e desejos pessoais, o que lhe confere a característica de ser único. Como ser humano que é, não lhe é possível negar as suas necessidades psicológicas que também caracterizam este trabalhador.

Apesar da prevalência de reacções e manifestações emocionais e psicológicas, também foram mencionadas as psicossomáticas, sendo a mais frequente o choro. Tal facto vem de encontro ao preconizado pela teoria dejouriana, segundo a qual a violência gerada pela organização de trabalho também pode criar manifestações somáticas. Assim, esta constatação vem reforçar o princípio de que o aparelho mental não é apenas um “compartimento” do organismo, simplesmente justaposto à musculatura, aos órgãos sensoriais e às vísceras, mas, a vida psíquica é, também, um patamar de interacção dos diferentes órgãos (Dejours, 1992).

- **Estratégias defensivas face ao sofrimento psíquico**

As estratégias defensivas individuais, como forma dos trabalhadores resistirem ao sofrimento psíquico e que se destacaram neste estudo foram, **a nível pessoal**, centradas na necessidade de recorrer à rede social de apoio e, **a nível profissional**, centradas no distanciamento emocional e na deslocação da atenção. Destas estratégias defensivas denota-se, efectivamente, por parte dos enfermeiros entrevistados, um maior recurso às estratégias pessoais. No que concerne às estratégias defensivas desenvolvidas a nível profissional, importa acrescentar que os enfermeiros que integraram este estudo ainda não desenvolveram um conjunto de estratégias, aquando do Cuidar, capazes de os proteger contra o sofrimento psíquico advindo da *tarefa primária*. Ora se o sofrimento psíquico é gerado pela execução da *tarefa primária*, seria de todo importante que os entrevistados desenvolvessem estratégias defensivas voltadas para o seu contexto de trabalho, no qual ocorrem as agressões à vida mental dos enfermeiros.

Neste sentido, os enfermeiros, na organização de trabalho, ao vivenciarem uma situação que lhes causa sofrimento psíquico, gerado pela *tarefa primária*, automaticamente afastam-se dessa mesma situação, isto é, do cliente e da família de quem cuidam. Esta estratégia defensiva é demonstrativa de um bloqueio de afectos, por parte dos enfermeiros em relação aos clientes, o que poderá pôr em questão o próprio processo do Cuidar. Neste sentido, percebe-se e conclui-se que os enfermeiros têm dificuldade em saber lidar, da melhor forma, com as situações geradoras de sofrimento psíquico, provocadas pelo Cuidar.

Esta constatação, da existência de estratégias defensivas, vem de encontro ao defendido por Pitta (1989), segundo a qual, dada a natureza da *tarefa primária* dos trabalhadores de Enfermagem, os mesmos, face à organização de trabalho, precisam de desenvolver mecanismos de defesa estruturados socialmente e no contexto de trabalho.

Apesar de importantes, e tal como já foi referido, as estratégias defensivas possuem um “efeito perverso”, no sentido de que ao tornarem-se excessivamente tolerantes ao sofrimento psíquico podem, de certa maneira, conduzir à alienação. Na presente investigação este aspecto encontra-se vinculado, como já foi exposto, ao excesso de trabalho e à exploração a que sistematicamente estão sujeitos os enfermeiros, devido ao excessivo número de clientes, sem que, face a tal e perante as instituições de saúde, tomem qualquer posição, reivindicação, no sentido de inverter esta situação. Neste caso, o trabalhador acaba por conturbar os seus desejos com a organização de trabalho. Então, o trabalhador, faz uso de todos os seus esforços para tolerar este enxerto, que é contra a sua própria natureza, em vez de tentar fazer prevalecer a sua própria vontade.

**Em suma no que concerne ao sofrimento psíquico:** as *Fontes de Pressão* que se destacaram neste estudo foram a sobrecarga de trabalho a que os enfermeiros diariamente estão sujeitos, e a precária, ou mesmo à falta de formação de base dos enfermeiros, a nível das relações interpessoais e comunicacionais. Esta falta de formação desencadeia *Envolvimento Emocional* por parte dos enfermeiros com as situações dos clientes. Com efeito, e atendendo ao seu nível de entendimento, ou seja à falta de *Consciencialização* das verdadeiras fontes de pressão, os enfermeiros desejam, enquanto *Fontes de Desafio*, ter mais “disponibilidade de tempo” (o que na realidade

corresponde à diminuição do número de utentes por enfermeiro), e, portanto, não centram estes desafios na sua formação, a nível das relações interpessoais e comunicacionais. Desta forma, verifica-se que os entrevistados não têm consciência dos verdadeiros problemas que os afectam, ou se têm, ela é parcial.

Face à impossibilidade de terem “disponibilidade de tempo”, de evitar o sofrimento e a morte do cliente, assim como não conseguem evitar o seu próprio envolvimento emocional com as situações dos clientes, surge o *Fracasso e Frustração*, o que contribui, efectivamente para o sofrimento psíquico. Por tudo isto, e face desconhecimento das verdadeiras fontes de pressão, as quais fazem parte da esfera do oculto, os enfermeiros não conseguem resistir e ficam *alienados*, o que os impede de reivindicações, restringindo-se a reagir, a *manifestar-se e a defender-se* de forma individualizada e pouco coesa (*ver Figura 7*). Pelo exposto efectivamente, denota-se que o sofrimento psíquico a que os enfermeiros estão sujeitos está fortemente ligado à *tarefa primária*, ou seja, ao acto de Cuidar.

- **Fontes de prazer no trabalho**

Apesar dos discursos dos entrevistados versarem sobre as vivências subjectivas ligadas ao sofrimento psíquico em contexto de trabalho, também foi feita um abordagem à questão do prazer no trabalho.

Quanto à realização profissional, é interessante notar que apesar dos oito entrevistados afirmarem que gostam e valorizam o tipo de actividade que desenvolvem no seu contexto de trabalho, que é o Centro de Saúde, dois destes entrevistados, ambos

e únicos do sexo masculino, referem que não se sentem realizados na sua plenitude. Na base desta realização mitigada está o querer passar por novas experiências em outras unidades de saúde, como sejam as Unidades Hospitalares.

Os oito entrevistados reconhecem, no geral, a importância e a valor do seu trabalho, na vertente curativa e essencialmente na vertente preventiva. Para além desta importância, referem gostar da actividade que exercem, essencialmente devido ao facto de trabalharem com seres humanos, em que existe um acompanhamento prolongado e permanente, do que resulta um envolvimento gerador de uma relação de confiança e de amizade. A ênfase da fonte de prazer é colocada concretamente em três tipos de actividades realizadas: os domicílios, os tratamentos e nas CE de diabéticos e hipertensos. Ao referirem-se a este último aspecto, os enfermeiros, que integraram a amostra deste estudo, focaram-se nos bons resultados obtidos no seu trabalho e no reconhecimento e valorização que obtêm do mesmo. Tais constatações permitem reconhecer que a *tarefa primária* possibilita, nesta situação, a descarga da energia psíquica, levando a uma diminuição da carga psíquica no trabalho.

Atendendo a que os três tipos de actividades realizadas geram sofrimento psíquico e prazer, tal leva a crer que quando existem bons resultados, ao nível do Cuidar, como seja conseguir sucessos pelos actos de Enfermagem, existe prazer e o contrário, ou seja, quando os resultados do acto de cuidar não são os melhores, como seja a existência de sofrimento e a morte, então, há a vivência de sofrimento psíquico para estes profissionais. Sucede-se que esta constatação vem de encontro ao que foi referido sobre a teoria de Dejours (1992), segundo a qual na realidade concreta e na experiência individual do trabalho, não se preconiza apenas sofrimento psíquico,

mutilação e morte (Merlo, 1999), mas também se faz alusão e se considera a existência de prazer no trabalho. A este propósito Codo et al. (1995) afirma que é necessário reconhecer que qualquer actividade pode entrar no circuito orgástico do prazer, ou entrar no circuito da dor e do sofrimento psíquico no trabalho. Por outro lado, o trabalho também se constituiu como um espaço favorável para jogar e re-jogar com o sofrimento na expectativa de que esse desempenho termine em descobertas e em criações socialmente úteis. Assim, a luta que o trabalhador trava contra o sofrimento psíquico no trabalho, enquadra-se num quadro de “normalidade” e preconiza o ajuste das necessidades do trabalhador às exigências impostas pelo trabalho, numa tentativa de fazer vigorar o prazer no trabalho.

Em suma, pode-se considerar que os objectivos de investigação propostos para esta investigação formam alcançados. Assim, percebe-se que há sofrimento psíquico no trabalho dos enfermeiros, gerado pela *tarefa primária* e, em menor escala, prazer. Provavelmente a existência de sofrimento psíquico, especificamente gerado pelo excessivo número de clientes, que gera sobrecarga de trabalho, traz duas consequências: reduz o tempo para cuidar dos clientes e famílias da forma que desejariam; e não permite aos enfermeiros usufruírem do prazer que a *tarefa primária* naturalmente lhes proporciona o que talvez explique o baixo número de citações referentes à existência de prazer no trabalho. Face à existência de sofrimento psíquico, os enfermeiros reagem e desenvolvem estratégias defensivas, as quais não parecem ser as mais adequadas.

Neste sentido, face aos principais resultados obtidos nesta pesquisa, e atendendo à possibilidade dos enfermeiros manifestarem esgotamento na capacidade de Cuidar, como consequência do contacto diário com o sofrimento do cliente (Phaneuf, 1995) é

importante que as organizações de saúde e as instituições de formação com responsabilidades na formação dos enfermeiros, estejam, por um lado, alertados para a questão do sofrimento psíquico no trabalho e, por outro, possam definir e desenvolver um conjunto de actividades que visem preparar e treinar estes profissionais para lidarem, da melhor forma, com o sofrimento psíquico, aquando da prestação de cuidados e, assim, se potenciarem o prazer no trabalho. Neste sentido, está-se a revitalizar, não só a saúde mental dos enfermeiros, como também o Cuidar, o qual pode estar comprometido, pelo facto de os enfermeiros não saberem lidar com a existência de sofrimento psíquico no trabalho, gerado, efectivamente, pelo processo de Cuidar. Pois, como afirma Dejours (1994) “(...) será necessário proceder a verdadeiras pesquisas (...) sobre o trabalho dos profissionais de saúde” (p. 168).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (1999). Da influência económica e tecnicista do desenvolvimento pessoal, social e da cidadania: um olhar sobre a política de formação de enfermeiros. In II Congresso Internacional da APELF/AFIRSE, *Actas, Educação e política*. Lisboa: Albano Estrela & Júlia Ferreira.

Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Althausen, R. & Kalleberg, A. (1981). Firms, occupations and the structure of labor markets: a conceptual analysis. In I. Berg, *Sociological perspectives on labor market*. New York: Academic Press.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Beaud, J. (2003). A amostragem. In B. Gauthier, *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (3.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (ed. comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.

Bogan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Botelho, M. (1998). Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 12, 262-266.

Branco, M., Moura, M., Conduto, M., & Bento, I. (1994). Desgaste dos enfermeiros que prestam cuidados à criança com doença oncológica. *Nursing*, 83, 30-32.

Cabral, D. (1999). A enfermeira: pessoa que cuida de si? *Informar*, 18, 4-10.

Cabral, D. (1999). A enfermeira: pessoa que cuida de si? *Informar*, 16, 4-13.

Caetano, P. (2003). Formar...qualificar...os enfermeiros e as organizações. *Servir*, 51, 5-12.

Campiglia (1998). *A ambiguidade de uma profissão: o sofrimento psíquico na enfermagem*. Dissertação de mestrado, apresentado à Universidade Federal de São Paulo, mimeografado.

Canário, R. (1994). Centros de Formação das Associações de Escolas: que futuro?. In A. Amiguiño & R. Canário (org.), *Escolas e Mudança: o papel dos centros de formação*. Lisboa: Educa.

Carvalho, M. (1996). *A enfermagem e o humanismo*. Loures: Lusociência.

Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: un perspective holistique/humaniste*. Montréal: Gaetan Morin (Editeur).

Chaplin, J. (1981). Dicionário de Psicologia. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Codo, W., Hitomi, A., Sampaio, J., & Ruiz, E. (1995). Paranoia e trabalho: Os trabalhadores em um centro de processamento de dados. In W. Codo, & J. Sampaio, *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (trabalho original em francês publicado em 1982).

Correia, A. (1996). Formar para Cuidar: a Formação inicial. *Informar*, 4, 5-10 (Texto adaptado da conferência realizada na E:S:E. da Imaculada Conceição, em Fevereiro de 1995).

Coulon, O., & Pedro, C. (1995). A Revolução Industrial e o capitalismo. [em linha] Acessível em <http://www.hystoria.hpg.ig.com.br/rindus01.html>, consultado a 29 de Setembro de 2004.

Cunha, M. (2002). Reflectir Enfermagem: “Um flash pessoal”. *Pensar enfermagem*, 6, 33-36.

Dejours (1992). *A loucura do trabalho: Estudos de psicopatologia do trabalho* (5.<sup>a</sup> ed.). Cortez Editora. (Trabalho publicado em França no ano de 1980).

Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet, *Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento no trabalho*. São Paulo: Atlas.

Dejours, C. (1994). A carga psíquica do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet, *Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento no trabalho*. São Paulo: Atlas.

Dejours, C. (1994). Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. Psicodinâmica do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet, *Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento no trabalho*. São Paulo: Atlas.

Dejours, C. (1999). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Dejours, C., & Jayet, C. (1994). Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo de processo: Metodologia aplicada a um caso. In C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet, *Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento no trabalho*. São Paulo: Atlas.

Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento no trabalho*. São Paulo: Atlas.

Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril.

Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro.

Decreto-Lei 480/88, de 23 de Dezembro.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro.

Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro.

Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro.

Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril.

Departamento dos Recursos Humanos da Saúde – linhas gerais dos planos de estudos do Curso Superior de Enfermagem. Aprovados por despacho de 14/09/89, de Sua Excelência o Secretária Adjunto da Ministra da Saúde. Ofício-Circular n.º 91.254 – Planos de Estudo do Curso Superior de Enfermagem – Lisboa.

Dicionário Universal da Língua Portuguesa (2000). Lisboa: Texto Editora. 6.ª Edição.

Direcção-Geral de Saúde (2002). Centros de Saúde de terceira geração: manual para a mudança. [em linha] Acessível em [http://: www.dgs.pt](http://www.dgs.pt), consultado a 21 Março de 2004.

Directiva 89/595/CEE.

Doron, R. & Parot F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi.

Dorsch, F., Häcker, H. & Starpf, K. (2001). *Dicionário de Psicologia Dorsch*. Petrópolis: Editora Vozes.

Enciclopédia Verbo da Sociedade e do Estado (1997). *Antropologia Cultural, Direito, Economia*. Ciência Política (2.<sup>a</sup> ed.). Verbo.

Ferreira, M. & Mendes, M. (2001). Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: actividade de atendimento ao público e prazer – sofrimento no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 6, 93 – 104.

Festas, C. (1999). Cuidar no 3.º milénio. *Servir*, 47, 60-66.

Fialho, M., Pagliuca, F., & Soares, E (2002). Adequação da teoria do deficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10, 5 – 27.

Fonseca, C. (2001). *O adoecer psíquico no trabalho do Professor de ensino fundamental e médio da rede pública no estado de Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalho não publicado.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.

Freire, J. (1993). *Sociologia do Trabalho: uma introdução*. Edições Afrontamento.

Freire, J. (1997). *Variações sobre o tema trabalho*. Edições Afrontamento.

Galvêas, A. (s/ data). A Revolução Industrial e suas consequências. [em linha] Acessível em [http://maxpages.com/elias/A\\_Revolucao\\_Industrial](http://maxpages.com/elias/A_Revolucao_Industrial), consultado a 29 de Setembro de 2004.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (2001). *O inquérito: teoria e prática* (4.<sup>a</sup> ed.). Oeiras: Celta.

Gomes, I. (1999). Os enfermeiros e a formação em serviço. *Servir*, 47, 178 – 181.

Graça, L., & Henriques, I. (2000). Evolução da prática e do ensino da enfermagem em Portugal. [em linha] Acessível em <http://www.terravista.pt>, consultado a 09 de Março de 2003.

Heloani, J., & Capitão, C. (2003). Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em perspectiva*, 17, 102 – 108.

Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (1998). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Jacques, G. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15, 97-116.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, J., Duquette, F., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.

Landry, R. (2003). A análise de conteúdo. In B. Gauthier, *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (3.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda, abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

Lei do Serviço Nacional de Saúde Português (Lei n.º 56/76).

Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

Lei n.º 115/97 de 19 de Setembro.

Lei n.º 48/90, Bases da Saúde.

Lima, E. A. (1998). A psicopatologia do trabalho. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 18, 10-15.

Marx, K. (1971). *Os Manuscritos Economico-Filosóficos*. Porto: Brasília Editora.

Marx, K. (1978). *Economia do homem alienado à sociedade comunista: A luta de Classes*. Lisboa: Editorial Notícias.

McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise psicológica*, 12, 193-200.

McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3, 513-527.

McKenna, G. (1994). Cuidar é a essência da prática da enfermagem. *Nursing*, 7, 33-36.

McLellan, D. (1974). *O pensamento de Karl Marx: uma introdução*. Coimbra Editora, Lda.

Mendes, A. (2004). Abordagem psicodinâmica em pesquisas sobre saúde no trabalho: algumas contribuições para prática do Psicólogo Organizacional. [em linha] Acessível em <http://www.pol.org.br/colunistas/magnolia/artigo09.cfm>, consultado a 19 de Março de 2004.

Mendes, A. (2004). Satisfação e prazer no trabalho: a perspectiva da psicodinâmica. [em linha] Acessível em <http://www.pol.org.br/colunistas/magnolia/artigo09.cfm>, consultado a 21 de Março de 2004.

Mendes, J. (1996). Ser enfermeira: Contributos para o estudo de uma representação social. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 2, 5-101.

Merlo, C. (1999). *A informática no Brasil: Prazer e sofrimento no trabalho*. Porto Alegre: Editora da Universidade (Universidade Federal do Rio Grande Sul).

Merlo, C. (2002). Reestruturação produtiva no sector bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso. *Psicologia & Sociedade*, 14, 130-142.

Merlo, C. (2003). Psicodinâmica do Trabalho. In G, Jacques, & W. Codo, *Saúde Mental & Trabalho, leituras*. Petrópolis: W. Editora Vozes.

Mestrinho, G. M. (1999). O poder das instituições de saúde: a burocracia dominantes. In Congresso Internacional da AIP ELF/AFIRSE: *actas, educação e política*. Lisboa.

Meyer, D. (1995). A formação de enfermagem na perspectiva do género: uma abordagem sócio-histórica. In D. Meyer, R. Waldow, & M. Lopes, *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ministério da Saúde (2002). Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários. [em linha] Acessível em <http://www.saúdeemmovimento.com>, consultado a 12 de Janeiro de 2003.

Nunes, M. C. (2000). Formação e práticas dos enfermeiros: a formação em serviço no contexto do hospital geral. *Informar*, 20, 11-16.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Revista da Ordem dos enfermeiros*, 10, 49-56.

Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda, elemento de competência da enfermagem*. Coimbra: Lusodidacta.

Pires, A. M. (1999). A estrutura da experiência do cuidar dos enfermeiros da área de prestação de cuidados: uma análise fenomenológica. *Enfermagem*, 16, 30 – 34.

Pitta, F. M. (1989). *Trabalho hospitalar e sofrimento psíquico*. Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mimeografado.

Portaria N° 268/2002, de 13 de Março.

Portaria N° 799-D/99, de 18 de Setembro.

Portaria n.º 799-E/99 de 18 de Setembro.

Rebelo, G. (1999). *A (In)Adaptação no trabalho: uma perspectiva sociorganizacional e jurídica*. Oeiras: Celta.

Rebelo, J. (2002). Enfermagem: desenvolvimento profissional e formação: Perspectiva histórica. *Enfermagem em foco*, 48, 5-30.

Rodrigues, M. J. (1996). *O sistema de emprego em Portugal: crises e mutações* (3.<sup>a</sup> ed). Lisboa: Publicações D. Quixote

Rondinesco, E. & Plon, M. (1997). *Dicionário de Psicanálise*. Editorial Inquérito.

Savoie-Zajc, L. (2003). A entrevista semi-estruturada. In B. Gauthier, *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (3.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.

Seligmann-Silva, E. (1994). Da patologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet, *Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento no trabalho*. São Paulo: Atlas.

Seligmann-Silva, E. (1994). *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Ed. Cortez.

Soares, V. & Figueiredo, M. (1999). Stress em profissionais de saúde – Um programa de intervenção. *Psiquiatria Clínica*, 20, 51 – 56.

Sousa, M. A. (1995). A enfermagem nos últimos 20 anos: *Enfermagem em Foco*. SEP – Ano V-DEZ; 7-9. Texto de Conferência apresentado no I Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, subordinada ao tema “ A enfermagem e o doente em estado crítico”.

Waldow, R. (1998). Examinando o Conhecimento na enfermagem. In D. Meyer, R. Waldow, & M. Lopes, *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes médicas.

Watson, J. (1999). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Wolff, J. (2002). *Porquê ler Marx hoje?* Cotovia.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

**Exmo Senhor Coordenador  
Sub-Região de Saúde de Braga  
Largo Paulo Osório**

Assunto: **PEDIDO DE LISTAGEM DE ENFERMEIROS**

Chamo-me Manuela Silva e sou discente do Mestrado em Psicologia, leccionado pela Universidade Fernando Pessoa (Porto), encontrando-me a realizar uma dissertação, sob a orientação do professor Doutor Milton Madeira, cujo tema está relacionado com o “Sofrimento psíquico e prazer no trabalho dos enfermeiros que trabalham nos Centros de Saúde”.

Neste sentido, e considerando que necessito de ter um conhecimento cabal do número de profissionais (enfermeiros) que laboram na Sub-Região de Saúde de Braga venho, por este meio, solicitar a V. Exa que me faculte uma listagem que contenha: o número de enfermeiros e o nome do Centro de Saúde, existentes nesta área administrativa.

Antecipadamente grata pela atenção dispensada, ao assunto em epígrafe, apresento,

Vila Verde, 17 de Abril de 2003.

Os melhores cumprimentos.

---

- Manuela Silva -

## **APÊNDICE II**

## Questionário

A realização deste questionário tem como objectivo último fazer a caracterização da amostra de profissionais de Enfermagem que participa neste estudo do sofrimento psíquico e do prazer dos enfermeiros aquando da prestação de cuidados. Desta forma, o seu contributo é precioso para esta pesquisa, por favor responda a todas as questões.

Acrescenta-se que todos os sujeitos intervenientes neste estudo têm salvaguardado o seu anonimato e os dados recolhidos asseguram integralmente o sigilo e a confidencialidade. Acrescenta-se que a utilização dos dados colhidos destina-se, exclusivamente, para os fins de investigação, no âmbito da realização do Mestrado em Psicologia da Saúde.

Desde já agradecemos a sua contribuição.

### 1- Sexo

F

M

### 2- Idade

< 25 anos

25-35

36-45

46-55

> 55

### 3- Estado Civil

Solteiro(a)

Casado (a)

Viúvo (a)

Divorciado/Separado

Outros (especificar) \_\_\_\_\_

### 4- Tem filhos?

Sim

Não

**5- Área de residência**

- Urbana
- Semi-Urbana
- Rural
- Semi-Rural

**6- Distância do local de residência ao local de trabalho**

- <5 Km
- <10 Km
- 10 Km a 20 km
- 20 Km a 30 km
- > 30 Km

**7- Habilitações literárias**

- Ciclo Preparatório
- Curso Geral dos Liceus
- Curso Complementar dos Liceus (7.º Ano)
- 12.º ano de escolaridade
- Outro (especificar) \_\_\_\_\_

**8- Formação profissional**

- Curso geral de Enfermagem
- Curso de promoção para Enfermeiros de 3.ª Classe
- Curso de Enfermagem Complementar
- Curso de Bacharelato em Enfermagem
- Curso de Licenciatura em Enfermagem
- Outro (especificar) \_\_\_\_\_

**9- Categoria profissional**

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado

**10- Natureza do Vínculo (especificar)**

- \_\_\_\_\_

**11- Tempo de exercício profissional no Centro de Saúde (assinalar meses e anos)**

\_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ Meses

**12- Número de horas de trabalho semanais no Centro de Saúde**

- 24 horas
- 35 horas
- Outra (especificar) \_\_\_\_\_

**13- Experiência profissional**

- Sempre em Centro de Saúde
- Também em outros serviços, quais e durante quanto tempo (assinale os anos e meses):

Serviço	Anos	Meses
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**14- Para além de trabalhar no Centro de Saúde, trabalha num outro local?**

- Não
- Sim (especifique em que unidade de cuidados e o número de horas semanais)

Local: \_\_\_\_\_

Número de horas semanais: \_\_\_\_\_

**15- Extensão de Saúde onde labora**

\_\_\_\_\_

**16- Método de trabalho utilizado**

- Equipa
- Tarefa
- Outro (especificar) \_\_\_\_\_

**17- Número de utentes atribuídos**

N.º \_\_\_\_\_

**Muito grata pela atenção dispensada.**

## **APÊNDICE III**

Tabela síntese das características dos enfermeiros da amostra

<b>Enf</b>	<b>Sexo</b>	<b>Intervalo idades</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Existência filhos</b>	<b>Distância local residência /trabalho</b>	<b>Habilitações literárias</b>	<b>Categoria profissional</b>	<b>Tempo serviço CS</b>	<b>Vínculo</b>	<b>N.º horas trabalho semanais</b>	<b>N.º de clientes</b>
E1	F	< 25 anos	Solteira	Não	10 Km a 20 km	Curso de Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro	3 anos e 9 meses	CAP	36 horas	1582
E2	F	25-35 anos	Solteira	Não	20 Km a 30 km	Curso de Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro	4 anos e 9 meses	CAP	36 horas	1582
E3	F	< 25 anos	Solteira	Não	30 Km	Curso de Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro	1 anos e 2 meses	Contrato	36 horas	1582
E4	F	>55 anos	Casada	Sim	5 Km	Curso de Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro Graduado	29 anos e 9 meses	efectivo	36 horas	1582
E5	F	25-35 anos	Casada	Sim	<5 Km	Curso de Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro Graduado	9 anos e 2 meses	efectivo	36 horas	1582
E6	F	25-35 anos	Casada	Sim	<5 Km	Curso de Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro Graduado	10 anos e 4 meses	efectivo	36 horas	1582
E7	M	< 25 anos	Solteiro	Não	10 Km a 20 km	Curso de Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro	2 anos e 7 meses	CAP	36 horas	1582
E8	M	< 25 anos	Solteiro	Não	10 Km a 20 km	Curso de Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro	2 anos e 3 meses	CAP	36 horas	1582

## **APÊNDICE IV**

# Guião da Entrevista

A realização da entrevista pressupõe averiguar:

- A. A(s) razão(ões) dos trabalhadores-enfermeiros da escolha do curso de Enfermagem;
- B. O(s) motivo(s) que levaram os trabalhadores-enfermeiros a fazer a opção de trabalhar nos Centros de Saúde;
- C. As tarefas efectivas e actuais dos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde;

## I. Objectivos Operacionais

De acordo com o objectivo geral definiram-se os seguintes objectivos operacionais da entrevista:

- 1- Identificar as **fontes de pressão** sentidas pelos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;
- 2- Identificar as **dificuldades** sentidas pelos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;
- 3- Identificar as fontes de **desafio** sentidas pelos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;
- 4- Identificar as situações que geram o sentimento **de fracasso** nos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;

- 5- Identificar as situações que geram o sentimento **de frustração** nos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;
- 6- Identificar os **constrangimentos** sentidos pelos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;
- 7- Identificar as situações que são geradoras de **envolvimento** sentidas pelos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;
- 8- Identificar as situações de **alienação** vivenciadas pelos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;
- 9- Identificar as situações de **consciencialização** sentidas pelos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;
- 10- Identificar as situações geradoras de **prazer** dos trabalhadores-enfermeiros aquando da prestação de cuidados;

De acordo com o primeiro objectivo específico definiram-se os seguintes objectivos operacionais da entrevista:

- 11- Identificar as **reações** que os trabalhadores-enfermeiros apresentam face às situações geradoras de sofrimento psíquico, como resultado da prestação de cuidados;
- 12- Identificar as **manifestações** físicas e psico-sociais que os trabalhadores-enfermeiros têm face às situações geradoras de sofrimento psíquico, como resultado da prestação de cuidados;

De acordo com o segundo objectivo específico definiram-se os seguintes objectivos operacionais da entrevista:

13- Identificar as **formas** que os trabalhadores-enfermeiros utilizam para lidar com as situações geradoras de sofrimento psíquico, como resultado da prestação de cuidados;

14- Identificar as **estratégias defensivas** que os trabalhadores-enfermeiros utilizam para lidar com as situações geradoras de sofrimento psíquico, como resultado da prestação de cuidados;

## II. Questões Orientadoras

Face aos objectivos operacionais da entrevista e de acordo com o que se propõe averiguar, definiram-se as seguintes questões orientadoras do guião da entrevista:

### A. Escolha da profissão

A1 Quais os motivos que o(a) levaram a fazer a opção pela Enfermagem?

### B. Escolha do local de trabalho

B1 Quais os motivos que o(a) levaram a fazer a opção de trabalhar num Centro de Saúde?

### C. Tarefas actuais e efectivas

C1. Como organiza o seu trabalho num dia normal?

C2. Quais são as tarefas que desempenha usualmente?

C3. Como é que é o seu dia-a-dia profissional?

Em função **do objectivo geral** de investigação e de acordo com o:

Primeiro objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

### 1. Fontes de Pressão sentidas na prestação de cuidados

1.1. Geralmente sente, ou já sentiu, algum tipo de pressão quando está a prestar cuidados?

1.2. Se sofre ou se sofreu algum tipo de pressão no seu trabalho, de que natureza é essa pressão?

1.3. Consegue partilhar um caso concreto em que sentiu que estava sob pressão?

Segundo objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**2. Dificuldades sentidas na prestação de cuidados**

- 2.1. Quando está a prestar cuidados, no âmbito geral, o que mais lhe custa?
- 2.2. Considerando que algo lhe custa, porque é que são esses momentos que lhe custam mais?
- 2.3. Geralmente sente, ou já sentiu, algum tipo de dificuldades durante a prestação de cuidados?
- 2.4. Se sentiu alguma dificuldade durante a prestação de cuidados, de que natureza são essas mesmas dificuldades?
- 2.5. Consegue partilhar um caso concreto em que emergiram algumas dificuldades durante a prestação de cuidados?

Terceiro objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**3. Desafios na prestação de cuidados**

- 3.1. Enfrenta algum tipo de desafio no seu dia-a-dia, enquanto profissional que presta cuidados de Enfermagem?
- 3.2. Se enfrenta algum tipo de desafio, consegue partilhar um caso concreto?
- 3.3. Se enfrenta algum tipo de desafios, eles surgem com frequência?

Quarto objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**4. Sentimento de fracasso na prestação de cuidados**

- 4.1. Já alguma vez experimentou o sentimento de fracasso na prestação de cuidados?

4.2. Se já experimentou o sentimento de fracasso, consegue partilhar um caso concreto?

Quinto objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**5. Sentimento de frustração na prestação de cuidados**

5.1. Já alguma vez experimentou o sentimento de frustração na prestação de cuidados?

5.2. Se já experimentou o sentimento de frustração, consegue partilhar um caso concreto?

Sexto objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**6. Constrangimentos sentidos na prestação de cuidados**

6.1. Quando está a prestar cuidados, no cômputo geral, o que mais lhe causa constrangimentos?

6.2. Considerando o que lhe causa constrangimentos, porque é que são essas as situações?

6.3. Geralmente sente, ou já sentiu, algum tipo de constrangimentos durante a prestação de cuidados?

6.4. Se sentiu algum constrangimento durante a prestação de cuidados, de que natureza são esses mesmos constrangimentos?

6.5. Consegue partilhar um caso concreto em que emergiram alguns constrangimentos durante a prestação de cuidados?

Sétimo objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**7. Envolvimento com as situações dos clientes e família**

- 7.1. Já alguma vez se sentiu envolvido(a) emocionalmente com a situação do cliente ou com o próprio cliente de quem cuidava?
- 7.2. Se teve algum caso em que se sentiu envolvida emocionalmente, consegue partilhá-lo?
  - 7.2.1. Foi profundo esse envolvimento?
  - 7.2.2. Foi prolongado esse sofrimento?
  - 7.2.3. Sofreu com isso?
  - 7.2.4. Ressentiu muito?
  - 7.2.5. Causou-lhe muito impacto?
  - 7.2.6. Ainda se lembra vivamente?
  - 7.2.7. Esse envolvimento comprometeu, de alguma forma, a isenção profissional? De que forma?

Oitavo objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**8. Alienação no trabalho**

- 8.1. Se existe algo que gostaria de fazer melhor, o quê e porquê não o faz especificamente?
- 8.2. Existe alguma coisa no seu contexto de trabalho que não faz e que gostaria de fazer? O quê especificamente?
- 8.3. Se existe alguma coisa no seu contexto de trabalho que não faz e que gostaria de fazer, porquê especificamente?

8.4. Consegue diariamente fazer uma pausa de 15 minutos a que tem direito em cada período de trabalho?

8.5. Se consegue fazer a pausa, de que forma é que utiliza esse tempo?

Nono objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**9. Consciencialização no trabalho**

9.1. Considera o seu trabalho importante? A que nível?

9.2. O que valoriza mais no seu trabalho?

9.3. Existe alguma coisa no seu dia-a-dia de trabalho que gostaria de fazer melhor?

9.4. Tem alguma sugestão para lidar melhor com as questões que implicam o envolvimento, inclusive emocional, entre enfermeiro e cliente? Se sim, apresente-as.

9.5. Ao longo da sua actividade profissional, teve sinais e sintomas que atribuisse ao desgaste emocional advindo da prestação de cuidados?

9.6. Se teve esse desgaste emocional, alguma vez foi motivo para se ausentar do seu contexto de trabalho?

9.7. Ao se ausentar do trabalho, fê-lo por quanto tempo?

9.8. Esse tempo foi útil para se reintegrar no seu contexto de trabalho?

9.9. Alguma vez se sentiu tipo robô?

Décimo objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**10. Prazer na prestação de cuidados**

10.1. Gosta do que faz?

10.2. Existe alguma coisa que lhe dá mais prazer no trabalho que faz?

10.3. Se existe algo que lhe dá prazer, consegue partilhar alguma situação?

10.4. Se existe algo que não lhe dá prazer, o quê e porquê especificamente?

Em função **do primeiro objectivo específico** de investigação e de acordo com o décimo primeiro objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**11. Reacções e manifestações face às situações geradoras de sofrimento psíquico**

- 11.1. Que tipo de reacções é que tem, face às situações que lhe geram sofrimento psíquico?
- 11.2. Que tipo de manifestações físicas é que tem, face às situações que lhe geram sofrimento psíquico?
- 11.3. Que tipo de manifestações psico-sociais é que tem, face às situações que lhe geram sofrimento psíquico?
- 11.4. Nota diferenças entre as reacções que actualmente tem e aquelas que tinha no início da sua carreira profissional, face às situações que geram sofrimento psíquico?

Em função **do segundo objectivo específico** de investigação e de acordo com o décimo segundo objectivo operacional definiram-se as seguintes questões:

**12. Estratégias defensivas para lidar com as situações geradoras de sofrimento psíquico**

- 12.1. Tem feito algo de concreto para superar o sofrimento psíquico?
- 12.2. Se tem feito algo para superar o sofrimento psíquico, o quê especificamente?
- 12.3. Existe alguma pessoa com quem normalmente desabafa as situações de sofrimento psíquico gerado pela prestação de cuidados?

- 12.4. Geralmente leva essas situações para o seio familiar, pessoal e social?
- 12.5. Se leva essas situações para o seio familiar, pessoal e social, de que forma as leva?
- 12.6. Nota diferenças entre a capacidade que actualmente tem e aquela que tinha no início da sua carreira profissional de estabelecer distanciamento *versus* envolvimento emocional com o utente?
- 12.7. Nota diferenças entre a capacidade que actualmente tem e aquela que tinha no início da sua carreira profissional em superar as dificuldades inerentes à prestação de cuidados?
- 12.8. Nota diferenças entre a capacidade que actualmente tem e aquela que tinha no início da sua carreira profissional em superar os constrangimentos inerentes à prestação de cuidados?

## **APÊNDICE V**

**Ex.mo Senhora**

**Enf.<sup>a</sup> Chefe do Centro de Saúde de Vila Verde**

**Enf.<sup>a</sup> Leonor Teixeira**

**Rua Dr. Domingos Lopes**

**4730 Vila Verde**

**Assunto: SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR ENTREVISTAS AOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO DA PESQUISA PARA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**Maria Manuela Gomes da Silva**, Enfermeira, aluna do mestrado em Psicologia da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, Porto, e encontrando-se a realizar a sua dissertação de Mestrado cujo tema está relacionado com o “Sofrimento Psíquico e o Prazer nos Enfermeiros, aquando da prestação de cuidados de Enfermagem, no contexto do Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga,”, sob a orientação do Prof. Dr. Milton Madeira, e, encontrando-se na fase da recolha de dados, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para realizar entrevistas aos enfermeiros e enfermeiros graduados que prestam cuidados de Enfermagem, quer na Sede, quer nas Extensões de Saúde, do Centro de Saúde de Vila Verde.

Mais acrescento que os recursos necessários dizem respeito exclusivamente ao factor tempo dos enfermeiros a ser dispensado para a realização das referidas entrevistas, no seu local de trabalho. O referido tempo tem a previsão média de 50 minutos por enfermeiro.

Junto a este pedido, remeto para anexo os seguintes documentos:

- declaração emitida pela Universidade Fernando Pessoa, onde consta a frequência da aluna no referido mestrado e a sua área de pesquisa (anexo 1);
- carta de explicação do estudo (anexo 2);

- formulário do consentimento (anexo 3).

Declaro, sob compromisso de honra, que todos os profissionais de Enfermagem intervenientes neste estudo terão o seu anonimato garantido e os dados recolhidos asseguram integralmente o sigilo e a confidencialidade absoluta.

Certo de que este pedido contribuirá decisivamente para o enriquecimento e o desenvolvimento da minha dissertação, espero a melhor receptividade e agradeço antecipadamente a atenção de V. Ex.<sup>a</sup> dispensada ao assunto em epígrafe.

**Vila Verde, 15 de Maio de 2004**

Pede deferimento,

\_ Maria Manuela Gomes Silva \_

## **APÊNDICE VI**

## CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

**Autora:** Manuela Silva, enfermeira, a laborar em Centro de Saúde e a realizar mestrado em Psicologia da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, Porto.

**Temática:** Sofrimento psíquico e Prazer nos enfermeiros aquando da prestação de cuidados de Enfermagem no contexto dos Centros de Saúde.

A opção pela temática prende-se com a questão, colocada pela pesquisadora, há já vários meses e que é a seguinte: “Quem cuida também sofre? Isto é, emerge no enfermeiro algum sofrimento durante a prestação de cuidados? E quais são as fontes de prazer no seu trabalho?”.

### **Fim e Objectivos do Estudo:**

O fim a que se destina este estudo é exclusivamente para a investigação empírica no âmbito da realização do mestrado.

Os objectivos do estudo são os seguintes:

- a) Perceber aquilo que especificamente na organização do trabalho do trabalhador-enfermeiro são situações pontuais fontes de pressão, de dificuldades e de desafios, susceptíveis de gerar sofrimento psíquico neste trabalhador (Dejours, 1994, p.83), mas também prazer, nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga.
- b) Identificar as reacções e as manifestações do trabalhador-enfermeiro que presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde do distrito de Braga face ao próprio sofrimento psíquico, gerado pela execução da tarefa primária, realizada no seu contexto de trabalho;
- c) Identificar as estratégias que o trabalhador-enfermeiro que presta cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde do distrito de Braga utiliza no e para lidar com o seu próprio sofrimento psíquico, gerado pela organização de trabalho,

especificamente aquando da execução da tarefa primária no seu contexto de trabalho.

#### **Método de recolha de dados:**

Realização de entrevistas individuais e semi-estruturadas. Pretende-se gravar em fita magnética estas mesmas entrevistas, após o consentimento dos sujeitos intervenientes no estudo. Faz-se uma previsão de 50 minutos de entrevista e a realização de uma média de 8 a 12 entrevistas. Esta decorrerá no local de trabalho dos enfermeiros participantes.

#### **Crítérios de Selecção da População em Estudo:**

Este estudo pretende ser efectuado junto de enfermeiros nível I e no mínimo com um ano de experiência profissional; de ambos os sexos, portanto, compreendendo aqueles que prestam cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga.

#### **Vantagens em participar no estudo:**

O benefício de participar neste estudo centra-se no contributo para a melhoria dos conhecimentos do sofrimento psíquico e do prazer nos enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem directos nos Centros de Saúde, área pouco estudada.

#### **Riscos e desconfortos:**

Com este estudo pode eventualmente ocorrer um desconforto a nível psicológico, nomeadamente aquando da partilha de situações que durante a sua actividade profissional mais o marcaram. Ao relembrar estes casos pode, o participante nesta investigação, emocionar-se.

**Participação voluntária e retirada do estudo**

A sua participação é inteiramente voluntária. É livre de se retirar a qualquer momento sem que daí lhe advenha prejuízo, sem o dever de justificar a sua decisão. Se decidir retirar-se do estudo, por favor, avise.

**Pessoa-Contacto:**

Fica o meu contacto que pode utilizar na eventualidade de necessitar de um esclarecimento suplementar sobre o assunto do estudo.

Manuela Silva

96 64 16 649

## **APÊNDICE VII**

## FORMULÁRIO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que fui devidamente informado(a) e que me foi facultada a carta de explicação do estudo.

Assim, estou elucidado(a) dos objectivos deste estudo de investigação sobre o sofrimento psíquico e o prazer dos enfermeiros aquando da prestação de cuidados de Enfermagem, assim como dos instrumentos de recolha de dados a serem utilizados, incluindo a gravação em fita magnética.

Face ao exposto declaro que, de livre e espontânea vontade, decidi participar neste mesmo estudo de investigação, que não me acarreta qualquer tipo de perda de benefício, prejuízo ou penalidade, concordando submeter-me, de forma voluntária, às condições expostas pela pesquisadora e de acordo com o exposto na carta de explicação do estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa que obteve o consentimento: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **APÊNDICE VIII**

Quadro síntese das áreas temáticas, as suas categorias e respectivas subcategorias emergentes das entrevistas

Áreas	Categorias	Subcategorias	Códigos <sup>9</sup>
Descritivas e Temáticas			
<u>Áreas descritivas:</u>			
<b>A. Escolha do curso</b>	A.1 Motivações de carácter intrínseco	A.1.1 Aliviar sofrimento/ajudar A.1.1 Experiência pessoal desagradável	IAS IEX
	A.2 Motivações de carácter extrínseco	A.2.1 Saídas profissionais A.2.2 Influência familiar A.2.3 Constrangimento académico	ISP IIF ICA
<b>B. Escolha do local de trabalho</b>	B.1 Vertente opcional	B.1.1 Estágio: experiência gratificante B.1.2 Tipo de trabalho desenvolvido B.1.3 Relacionamento com os clientes	TES TDI TRE
	B.2 Vertente situacional	B.2.1 Obrigações familiares B.2.2 Oportunidade de emprego	TOB TOP
<b>C. Tarefas actuais e efectivas</b>	C.1 Serviço interno	Consultas de Enfermagem (CE) de Saúde Materna (SM) CE de Saúde Infantil (SI) e Juvenil CE de Planeamento Familiar (PF) e de Menopausa CE de Hipertensos e de Diabéticos Tratamentos	
	C.2 Serviço externo	Visitação Domiciliária (VD)	
<u>Áreas temáticas:</u>			
<b>1. Fontes de Pressão</b>	1.1 Organização de trabalho	1.1.1 Falta de tempo	PFT
		1.1.2 Rácio enfermeiro/ clientes elevado	PNU
		1.1.3 Sobrecarga de trabalho	PST
		1.1.4 Longas distâncias a percorrer na VD	PLD
		1.1.5 Excesso de burocracia	PDB

<sup>9</sup> Código, definido no programa *NUD\*IST*, utilizado para denominar as subcategorias em análise.

<b>2. Fontes de Desafio</b>	1.2 Pressões psicológicas	1.1.6 Rotina nas tarefas	PRR
		1.1.7 Pressões físicas	PFI
		1.2.1 Tipo de trabalho	PSH
		1.2.2 Desvalorização do trabalho	PDT
		1.2.3 Tomada de decisão	PTA
		1.2.4 Sofrimento dos clientes	PSU
		1.2.5 Despersonalização dos cuidados prestados	PFD
		1.2.6 Relações de trabalho	PFC
	1.2.7 Tipo de doenças	PDO	
	1.2.8 Insegurança a nível dos conhecimentos	PIN	
2.1 Cuidados prestados	2.1.1 Projectos de intervenção com adolescentes	SNP	
	2.1.2 Organização da CE de PF e de SM	SNC	
	2.1.3 Programas de prevenção	SPP	
	2.1.4 Atendimento no domicílio	STA	
	2.1.5 Cliente e Família	SUF	
	2.1.6 Satisfação dos clientes	SSU	
2.2 Formação	2.2.1 Especialização	SNE	
2.3 Organização de trabalho	2.3.1 Gestão de trabalho	SMO	
<b>3. Fontes de Fracasso</b>	3.1 Cuidados prestados	3.1.1 Mentalização dos clientes para os cuidados	FFM
		3.1.2 Falecimentos	FFA
		3.1.3 Impotência	FFI
		3.1.4 Falta de reconhecimento por parte dos clientes / familiares	FFU
	3.2 Formação	3.2.1 Insegurança	FIC
	3.3 Organização de trabalho	3.3.1 Trabalho /tempo	FPT
		3.3.2 Expectativas de recém-formado	FEE
		3.3.3 Trabalho mal sucedido	FMS
		3.3.4 Falta de investimento	FIT
	<b>4. Fontes de Frustração</b>	4.1 Cuidados prestados	4.1.1 Agravamento / fase estacionária do estado clínico do cliente
4.1.2 Falecimentos inesperados			RFI
4.1.3 Fraco envolvimento da família			REF

<b>5. Envolvimento Emocional</b>		4.1.4 Despersonalização dos cuidados	RDD
		4.1.5 Fraco envolvimento dos clientes	REP
	4.2 Organização de trabalho	4.2.1 Excesso de trabalho	RET
		4.2.2 Rotina nas tarefas	RRO
	4.3 Formação	4.3.1 Pouca formação	RPF
	5.1 Sofrimento	5.1.1 Progressão da doença;	ENC
		5.1.2 Morte repentina	END
		5.1.3 Doenças terminais	ENE
		5.1.4 Falta de condições económicas e sociais	ENF
		5.1.5 Negligência familiar	ENG
5.1.6 Transposição das situações dos clientes para a família		ENH	
5.2 Prazer	5.2.1 Papel do enfermeiro de família;	ENI	
	5.2.2 Conhecimento / acompanhamento dos clientes e família	ENJ	
	5.2.3 Relação próxima com o cliente e família	ENL	
<b>6. Consciencialização e Alienação</b>	6.1 Trabalho do enfermeiro	6.1.1 Boas Práticas	GVB
		6.1.2 Exigências	GVE
		6.1.3 Reconhecimento da importância do trabalho do enfermeiro	GVI
		6.1.4 Dificuldades	GRD
		6.1.5 Envolvimento	GGE
		6.1.6 Alheamento	GAT
		6.1.7 Expectativas	GEX
	6.2 Organização de trabalho	6.2.1 Gestão de trabalho	GSM
	6.3 Formação	6.3.1 Projectos	GNP
		6.3.2 Preparação/informação	GVF
<b>7. Reacções e</b>	7.1 Emocionais/ Psicológicas	7.1.1 Pensamento recorrente	APR
		7.1.2 Negação	ANG

<b>Manifestações do Sofrimento Psíquico</b>		7.1.3 Tristeza/melancolia/depressão	ATR	
		7.1.4 Irritação/intolerância/agressividade e raiva/impaciência/revolta	AIR	
		7.1.5 Hostilidade e problemas de relacionamento	ARE	
		7.1.6 Choque	ACH	
		7.2 Físicas	7.2.1 Baixa forma física	BBF
		7.2.2 Taquicardia/perda de apetite/insónias	BTQ	
	<b>8. Estratégias defensivas face ao sofrimento psíquico</b>	<b>8.1 Vertente pessoal e social</b>	7.2.3 Agonia	BAG
			7.2.4 Tremor / choro	BTR
			8.1.1 Tempos livres	JTL
			8.1.2 Rede social de apoio	JRS
			8.1.3 Férias	JFE
		8.1 Vertente profissional	8.1.4 Atitude optimista	JAT
8.1.5 Exteriorização de sentimentos			JCH	
8.1.1 Afastamento corporal			JAC	
8.1.2 Distanciamento emocional			JDP	
8.1.3 Deslocação da atenção			JDA	
<b>9. Fontes de prazer</b>	9.1 Tipo de tarefa	8.1.4 Proactividade	JPS	
		8.1.5 Pausa momentânea no trabalho	JPT	
		9.1.1 Cuidar	HCP	
		9.1.2 Gostar da actividade	HGF	
		9.1.3 Envolvimento	HRI	
	9.2 Resultados esperados / obtidos	9.1.4 Acompanhamento prolongado	HAP	
		9.1.5 Experiência diversificada	HED	
		9.2.1 Ajuda	HAS	
		9.2.2 Prevenção	HPR	
		9.2.3 Qualidade do serviço	HSU	
		9.2.4 Zelo no trabalho	HZE	
	9.3 Realização Profissional	9.2.5 Resultados alcançados	HBR	
9.2.6 Motivação dos clientes		HMU		
9.3.1 Plenamente realizado		HRE		
	9.3.2 Realização mitigada	HNR		

# **ANEXOS**

## **ANEXO I**

## **ANEXO II**

## **ANEXO III**

## **ANEXO IV**

## **ANEXO V**

