



Departamento de Antropologia

**“Trabalhar com o Sofrimento”:
Vivências de enfermagem numa unidade oncológica de Lisboa**

Ricardo João Dias Soares Da Costa

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

MESTRE EM ANTROPOLOGIA
Especialidade em Risco, Trauma e Sociedade

Orientador(a):

Doutora Helena Serra, Professora Auxiliar
ISEG-UTL

Co-orientador(a):

Doutora Clara Carvalho, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Setembro de 2009

Índice

Resumo	4
Agradecimentos	5
Introdução	6
I Parte: Percurso Teórico e Metodológico de Construção da Pesquisa	12
Enquadramento Teórico-conceptual	13
Metodologia de Investigação	24
II Parte: O Campo Empírico: Percurso Analítico	33
Capítulo I – Sociografia do Estudo de Caso: Os actores e os Contextos	34
1. Caracterização dos Actores	35
2. Caracterização dos contextos	38
2.1. O Serviço de Hospital de Dia	38
2.2. A Sala de Tratamentos	39
2.3. O Serviço de Urgência	40
3. O contexto da Interacção: a complexidade do contexto relacional	44
Capítulo II – Factores específicos de <i>stress</i> no trabalho de enfermagem	48
1. O local de trabalho	49
2. As relações Interpessoais e Grupais	50
3. Desvalorização Profissional	52
4. Excesso de Trabalho	54
5. Falta de Recursos Humanos	55
6. Gestão de Sentimentos	56
Capítulo III – Sintomas associados ao Stress Ocupacional	59
1. Sintomas Físicos	60
2. Sintomas Psicológicos	61

Capítulo IV – Estratégias de Copying	63
1. Estratégias de <i>Copying</i> em situações de Avaliação	64
Conclusão	66
Bibliografia	69
Anexos	73
Guião de entrevista	74
Guião de Observação	75

Índice de Figuras

Figura 1: Croquis do piso onde funcionam os três serviços da unidade ambulatória do Hospital Oncológico de Lisboa.

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Composição dos enfermeiros em termos etários e de género.

Gráfico 2: Sintomas físicos associados ao *stress* ocupacional dos 12 enfermeiros.

Índice de Quadros

Quadro 1: Sintomas psicológicos associados ao *stress* ocupacional dos 12 enfermeiros.

Resumo

A enfermagem é considerada uma profissão que sofre o impacto do *stress*, que advém do cuidado constante com as pessoas doentes e situações imprevisíveis, principalmente na área da Oncologia.

O objectivo deste estudo foi descrever os factores de *stress* dos enfermeiros que trabalham na unidade ambulatória de um Hospital Oncológico de Lisboa.

A população do estudo é constituída por 12 enfermeiros que trabalham em três serviços desta unidade ambulatória.

Nesta pesquisa qualitativa foram utilizados como instrumentos metodológicos: a entrevista e a observação participante.

Palavras-chave: *Stress, Burnout, Oncologia, enfermagem*

The nursing profession is considered a suffering the impact of stress, which arises from the constant care on patients and people with unpredictable situations, especially at the oncology area.

The purpose of this study was to describe the stress factors of nurses that working in ambulatory unit in Oncology Hospital of Lisbon.

The studied population consisted of 12 nurses that working in three services this ambulatory unit.

In this qualitative research were used as methodological tools: interview and participant observation.

Key Words: *Stress, Burnout, Oncology, nurse*

Agradecimentos

O presente trabalho não é só o esforço dos dois últimos anos do Mestrado em Antropologia, mas é o resultado de seis anos a estudar e a aprender o que é a Antropologia enquanto ciência do homem. Mas, para levar por diante este trabalho de investigação contei com significativos contributos e empenhamentos de uma série de pessoas, em relação às quais gostaria de particularizar alguns agradecimentos.

Os meus agradecimentos estendem-se aos professores do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa pelos ensinamentos ministrados ao longo do meu Mestrado.

Não posso deixar de fazer uma referência especial à professora Doutora Helena Serra, que me incutiu o fascínio pela área da Saúde, à qual agradeço primeiramente pela amizade, pelos incentivos, pelos conselhos, pelo debate de ideias e pelo tempo dispendido, que permitiram enriquecer este trabalho.

Como não poderia deixar de ser, este trabalho não seria possível sem o contributo dos meus informantes, que colaboraram nesta investigação e pela sua incansável disponibilidade... a todos eles, o meu muito obrigado.

Quero dedicar este trabalho a uma pessoa muito especial da minha vida, que com muita paciência e incentivo me acompanhou ao longo deste trabalho, assim como à memória do meu pai.

Por último, a toda a minha família pelo apoio e incentivo dado ao longo destes seis anos, e especialmente nestes dois anos de Mestrado. A todos os meus amigos, que com paciência foram acompanhando este trabalho e as suas ansiedades e alegrias... o meu muito obrigado.

Introdução

O presente trabalho enquadra-se no âmbito do seminário de investigação e a temática de análise incide no estudo do desgaste físico e psicológico a que os enfermeiros estão condicionados no exercício da sua actividade profissional, tendo por base um estudo exploratório que constitui uma pequena aproximação a um tema complexo e multifacetado, destinando-se, sobretudo, aos enfermeiros de saúde Oncológica.

O objetivo central desta investigação é descrever as condições de trabalho e os problemas de saúde referidos pelos enfermeiros, nomeadamente identificar factores de risco ocupacionais associados aos agravos à saúde física e mental dos profissionais de enfermagem, em particular investigar a influência do *stress* na assistência hospitalar da equipa de enfermagem.

O estudo situa-se espacialmente na unidade ambulatória do serviço de quimioterapia em regime de hospital de dia, assim como no serviço de emergência médica de um Hospital de Oncologia de Lisboa. O objecto de estudo será o grupo de profissionais¹ de enfermagem desse espaço, localizado num Hospital de Oncologia de Lisboa.

A enfermagem, numa perspectiva recente, tem sido alvo de várias tentativas de definição, com o objectivo de poder articular, de forma clara, os papéis e funções do profissional de enfermagem. Apesar da evolução das definições de Enfermagem, não existe, no entanto, uma só definição universalmente aceite.

Da caracterização da profissão de enfermagem, destacamos a definição formulada por Virginia Henderson (1966), que descreve a função da enfermagem como: "ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das actividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência" (1966: 33).

¹ Ao longo deste trabalho utilizo o vocábulo profissionais e entrevistados para me referir à amostra sobre a qual incidiram as entrevistas.

Segundo esta perspectiva, o enfermeiro deve ajudar o doente na satisfação das suas necessidades, apelando para o auto-cuidado e, em caso algum, substituir a pessoa nas actividades que ela possa realizar por si. De salientar que o modelo de Henderson ainda hoje exerce enorme influência, tanto no contexto da disciplina de enfermagem, como no exercício da profissão.

A revisão da literatura, depois da definição postulada por Henderson, revela um grande número de tentativas para definir com maior exactidão a profissão de enfermagem, algumas das quais passamos a descrever.

Yura e Cols. (1976) definem a enfermagem do seguinte modo: "enfermagem é, no essencial, o encontro do enfermeiro com um doente e sua família, durante o qual o enfermeiro observa, ajuda, comunica, entende e ensina; além disso, contribui para a conservação de um estado óptimo de saúde e proporciona cuidados durante a doença até que o doente seja capaz de assumir a responsabilidade inerente à plena satisfação das suas necessidades básicas; por outro lado, quando é necessário, proporciona ao doente em estado terminal ajuda compreensiva e bondosa" (1976: 26).

Para Boore (1981), a competência fundamental da enfermagem é: "ajudar os indivíduos e grupos a funcionar de forma mais óptima, em qualquer estado de saúde em que se encontrem" (1981: 15).

Ainda segundo este autor, a enfermagem inclui as funções de cuidar na saúde e na doença, na sua máxima extensão, desde a concepção até à morte. Este modelo contempla, assim, a importância dos factores psicossomáticos e psicossociais da vida, que afectam a saúde e a doença.

Neste sentido, o objectivo da enfermagem será, pois, a promoção, conservação e restabelecimento da saúde, dando especial atenção aos factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, e com absoluto respeito pelas necessidades e direitos da pessoa a quem se presta esse tipo de serviço (Brunner, 1983).

Salienta-se ainda que, ser Profissional de Enfermagem implica, além do conhecimento de uma série de técnicas e competências relacionadas com os aspectos físicos, a apreensão das necessidades psicológicas da pessoa saudável ou doente.

Para tal, o enfermeiro deve possuir uma elevada capacidade empática, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro, estando, ao mesmo tempo, consciente de que a utilização de estratégias psicológicas, no ambiente hospitalar, resultam não só em benefício para a pessoa doente, mas também para si próprio (Zurriaga et al.,1995)

O Problema de pesquisa que irei colocar dependeu de um certo cuidado para formulá-lo, pois como Merton sugeriu, a detecção de um problema pode desdobrar-se em 3 elementos fundamentais são eles, a criação de questões, isto é, “o que se pretende saber”, a fundamentação da pesquisa “ porque é que se quer saber ”, e por último a especificação das questões, isto é, “quais as questões particulares é necessário investigar para se obter resposta aos problemas levantados”. (Moreira, 1994:20)

Perante este meu particular interesse pela enfermagem e, com tudo o que com ela envolve, surge então o meu problema de pesquisa: De que forma é que os profissionais de enfermagem se abstêm dos sentimentos transmitidos pelos doentes e como encaram as diversas vivências no exercício da sua actividade profissional?”

No que diz respeito aos objectivos, esta etapa “ é de importância decisiva porque permite orientar todo o processo de pesquisa”. (Moreira, 1994: 20). A partir do problema de pesquisa anteriormente citado, será objectivo desta investigação:

- Investigar a relação existente entre *burnout* e *stress* associados ao trabalho e *locus* de controlo, em enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar.

Neste sentido, considero que a realização deste objectivo, me dará oportunidade de responder ao meu problema de pesquisa, e relacionar as temáticas numa perspectiva transdisciplinar, podendo então estabelecer uma relação entre as mesmas.

Este é o grande capítulo dos porquês. Porquê escolher um tema dentro da Saúde, porquê os enfermeiros e porquê o hospital, espaço onde se desenvolve o estudo.

O meu fascínio pela Saúde é anterior ao próprio interesse que ganhei pela Antropologia, julgo mesmo que foi esse interesse que me levou até esta ciência social e esta investigação foi o dilatar desse campo de interesse. Desde que entrei para o ensino secundário que comecei a comprar livros sobre a Saúde, trocando assim os romances e contos de verão pelos livros de Saúde.

A escolha do hospital para terreno de pesquisa está relacionada com questões essencialmente práticas, mas sobretudo com os objectivos desta pesquisa. A Saúde é o tema que mais me motiva e portanto procurei uma forma de assegurar a qualidade do trabalho de campo. Sem dúvida que a realização da investigação numa unidade oncológica apareceu como a situação-ótima, não só porque já conheço um pouco da doença oncológica e compreendo um pouco dos seus conceitos, mas porque nestes últimos três anos tive a oportunidade de fazer contactos dentro de algumas unidades oncológicas espalhadas pelo país o que resolveria, em parte, o problema motivado pela ausência durante o meu exercício profissional. No entanto não deixava de se constituir um grande desafio porque a Antropologia da Saúde era uma área para mim praticamente desconhecida, assim como os estudos sobre a enfermagem. Ainda assim, o tema que escolhi encaixava naquilo que eu idealizava para ser a minha investigação antropológica: um elevado interesse pelo tema e uma elevada motivação para explorá-lo e compreendê-lo, assim como, também se trata de um “lugar” onde facilmente se pode observar as situações de stress que me propus investigar.

A primeira questão que se me colocava e que exigia uma decisão rápida, tinha a ver com a escolha do local para a realização do meu estudo. Como pretendia estudar a relação enfermeiro-doente, a relação enquanto instrumento terapêutico, tornou-se necessário conjugar dois factores importantes: por um lado, um contexto onde existisse continuidade temporal de contacto entre os enfermeiros e os doentes, por outro lado uma situação de saúde que se constitua como um processo de transição (Meleis, 1997).

Assim sendo, optei por escolher uma unidade de oncologia a funcionar num hospital público de Lisboa. Efectivamente, a administração do tratamento oncológico é um procedimento que exige grande rigor e que normalmente se prolonga por vários dias ou meses. O enfermeiro é em todo este processo a figura central. É ele quem prepara a terapêutica, quem prepara o doente para a sua administração, e quem administra e vigia

os seus efeitos secundários. Mas é ele também que está com o doente durante todo o tempo que permanece no serviço.

Estiveram presentes durante todo o desenrolar do trabalho os três pontos referidos por Eco (1997: 33): um tema que corresponda ao interesse do estudante; fontes acessíveis e manuseáveis e um quadro metodológico de investigação ao alcance do mesmo.

Outras situações que me levaram a repensar o tema relacionaram-se com a dificuldade em encontrar artigos científicos ou obras que estivessem minimamente relacionados com a minha área de estudo nesta investigação, tendo encontrado algumas estratégias como a consulta de diferentes bibliotecas em Lisboa, assim como o contacto via *email* de alguns investigadores na área da saúde. As dificuldades transformaram-se em desafios que me sentia impelido a ultrapassar.

Desde Outubro de 2008 que este tema se foi, pouco a pouco, definindo.

Consciente das incertezas e dúvidas procurei nas experiências de outros antropólogos e investigadores a experiência que me faltava tendo presente dois grandes desafios de diferentes âmbitos: o primeiro, relacionado com o facto de ser o meu primeiro estudo antropológico relacionado com a Saúde e de ser ao mesmo tempo um momento de expectativa, mas também de recordação das histórias ouvidas de professores, de leituras realizadas de investigações antropológicas e de algumas conversas com colegas.

Neste momento, tudo aquilo que foi acumulado ao longo de 4 anos de licenciatura, mais um ano curricular de Mestrado converge para a realização desta pesquisa. O segundo desafio refere-se ao facto de eu “inconscientemente” querer pertencer ao grupo de estudo o que traz preocupações e cuidados acrescidos quanto à equação pessoal e quanto à questão da reflexividade.

Razões suficientes para em alguns momentos ter repensado o tema, mas razões também suficientes que tornaram este pequeno *cocktail* tão aliciante e cativador.

Assim, este trabalho é composto por duas partes e quatro capítulos.

A primeira parte é dedicada ao percurso teórico e metodológico de construção da pesquisa, onde se enquadram os trabalhos teóricos, os conceitos primordiais e os métodos de investigação utilizados nesta pesquisa.

A segunda parte incide sobre uma dimensão mais prática do campo empírico, que se desenvolve em torno da caracterização social dos enfermeiros, da caracterização do espaço físico de trabalho e, concluindo com a complexidade dos factores de *stress* associados ao contexto ocupacional.

A cada uma das dimensões apresentadas correspondem diferentes componentes que são analisadas e tratadas em capítulos distintos. A cada componente corresponderá um capítulo. Por último, realizar-se-ão as considerações finais onde se relacionará os dados recolhidos com o modelo teórico exposto na introdução.

I PARTE: Percorso Teórico e Metodológico de Construção da Pesquisa

Enquadramento Teórico-Conceptual

Optei por definir a instrumentalidade teórica antes da apresentação dos resultados, porque penso, assim, poder esclarecer desde logo o sentido dos conceitos utilizados e de como se articulam por forma a tecer a espessura operatória que sustenta a minha argumentação e que me permitiu a apropriação teórica do problema de pesquisa. Julgo ficarem também mais cedo esclarecidas as ambiguidades que decorrem do uso de conceitos como *stress* e *burnout*, nos discursos sobre a enfermagem.

Muitos foram os que teorizaram sobre a saúde, nomeadamente sobre a enfermagem em diversos contextos. No âmbito da corrente interaccionista, produzida pela Escola de Chicago nos anos 20, surgiram os primeiros estudos sociológicos sobre a profissão.

A obra de Hughes e al (1958) foi a pioneira na abordagem sociológica sobre a enfermagem. Analisadas todas as teorias subsequentes, tais como a de Travelbee (1971) e Paterson & Zderad (1988), os contributos teóricos foram agrupados por Kérrouac et al (1994) sob a designação de “escola de interacção”. Segundo este autor, esta escola foi influenciada por teorias tais como, a terapia centrada no cliente de Rogers (1974), a teoria sistémica de Von Bertalanffy (Moigne, 1977), a fenomenologia e o existencialismo.

Os elementos caracterizadores desta escola residem no modo como definem a pessoa, a saúde, o ambiente, os cuidados de enfermagem e o processo de cuidados. Após estas teorias integradas na “escola de interacção”, desenvolveram-se outras, integradas em escolas com designações diversas (ex: “escola das necessidades”, “escola dos efeitos desejados”, “escola do ser humano unitário”, “escola do cuidar”).

Posteriormente, apareceram algumas teorizações, sobretudo francófonas (Lazure, 1994; Chalifour, 1989), as quais, abordaram especificamente a enfermagem, não tanto como tema central, mas como sub-tema de estudos focalizados na profissão médica ou na instituição hospitalar. Esta referência ajuda, de algum modo a caracterizar a situação em Portugal, no que diz respeito à estruturação da enfermagem na produção de cuidados de saúde.

Embora não sejam muito conhecidas investigações feitas sobre a temática em questão, passo a mencionar aqui algumas, a que tive acesso através da revisão crítica da literatura. De salientar que as fontes de *stress* ocupacional mais estudadas nos técnicos de saúde referem-se aos factores de trabalho e sua interacção na pessoa do profissional de saúde.

Diversos autores têm identificado os agentes específicos de *stress* relacionados com as reacções adversas ao trabalho em ambiente hospitalar, nomeadamente: a sobrecarga de trabalho (física e mental); insegurança do trabalho e inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho; ambiguidade de papéis; trabalhar em domínios desconhecidos, servir uma população que vive ansiedade e medo; não participação nas decisões ou planeamento; responsabilidade por outras pessoas e sub-aproveitamento das suas capacidades; recursos inadequados; ambições não satisfeitas, conflito Interpessoal e Mudanças tecnológicas, entre outros aspectos (Calhoun, 1980; Greenberg, 1987).

Com a finalidade de proceder a uma análise dos problemas de saúde ocupacional dos profissionais de saúde finlandeses, através de uma revisão da literatura, Leppanen e Olkinuora (1987), apontados por McIntyre (1994), mencionaram que, a maior parte dos enfermeiros consideravam o seu trabalho compensador no que diz respeito a: Proporcionar serviços com significado, serem capazes de utilizar e desenvolver as suas capacidades profissionais e possuírem desafios profissionais. Porém, segundo os mesmos autores, o desafio foi considerado, por cerca de metade dos enfermeiros, como fonte de stress, pelo facto de sentirem falta de preparação, particularmente no que se refere a habilidades psicológicas. A sobrecarga horária e as situações inesperadas e urgentes são também referidas pelos enfermeiros como fontes de stress de grande relevo, no seu trabalho (McIntyre, 1994).

Também Gray-Toft e Anderson (1981), citados por McIntyre (1994), realizaram um estudo de stress em enfermeiros, no qual identificaram como principais situações indutoras de stress: a sobrecarga de trabalho e o facto de se sentirem insuficientemente preparados para lidar com exigências emocionais dos doentes e suas famílias. Os autores apontam como causas de sobrecarga de trabalho stressores de ordem organizacional, como conflito e ambiguidade de papel, e o nível de responsabilidade.

Muitas vezes, a responsabilidade não é acompanhada da possibilidade de tomar ou influenciar decisões, o que aumenta o stress envolvido (Mcintyre, 1994).

Segundo o mesmo autor, a ambiguidade de papel pode ter origem na percepção comum dos profissionais de saúde, de que o seu trabalho com os doentes é ao mesmo tempo compensador e pesado. De facto, os enfermeiros têm de conviver com as expectativas dos doentes e familiares e também dos colegas e superiores, as quais nem sempre convergem, podendo entrar em conflito com as suas atitudes pessoais.

Por outro lado, o carácter hierárquico, burocrático e especializado da organização hospitalar traduz-se num clima organizacional que tem sido percebido pelos profissionais de saúde como gerador de *stress*. Esta fonte de stress é geralmente acentuada pela discrepância entre os valores dos profissionais de saúde, centrados nos objectivos da ciência e prática de cuidados médicos e de enfermagem, e os dos administradores dos serviços de saúde, que são de ordem predominantemente política e económica.

Alguns estudos demonstram que um clima participativo, caracterizado por trabalho de equipa, coesão de grupo, racionalização das tarefas e participação do doente, causa menor *stress* ocupacional (Calhoun, 1980; Lindstorm, 1992).

De realçar que muitas das situações indutoras de *stress*, até aqui referidas, podem surgir noutras profissões prestadoras de serviços. Porém, os diversos estudos realizados revelam um conjunto de fontes de *stress* que podem ser consideradas específicas das profissões de saúde. Estas fontes de *stress* são fundamentalmente de ordem sócio-emocional e prendem-se com o contacto com os doentes e a capacidade de responder às exigências emocionais dos mesmos. A falta de treino de competências psicológicas para lidar com tais exigências aumenta o *stress* desse contacto.

Esta questão é referida, tanto por médicos como por profissionais de enfermagem, como uma fonte de *stress* de grande relevância, podendo, ainda, ser agravada pela falta de um espaço de diálogo na instituição hospitalar, quer com os colegas e superiores quer com o doente e sua família (Dias, 1994).

Segundo McIntyre (1994), uma percentagem considerável dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) evidencia reacções adversas ao *stress*, que afectam o seu bem-estar pessoal, a sua saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados.

Os estudos realizados nesses técnicos de saúde têm incidido sobre os sintomas subjectivos de *stress*, de ordem psicológica ou psicossomática. Os primeiros incluem ansiedade, nervosismo, tensão, depressão e tendência para o suicídio; os segundos incluem dores abdominais, dores no peito, alterações dos batimentos cardíacos, náuseas, dores de cabeça e fadiga crónica (*Burnout*). A síndrome de *burnout* inclui elementos objectivos e subjectivos, psicológicos e psicossomáticos, como depressão, queixas físicas, absentismo e tendência para o isolamento (Greenberg, 1987).

Kandolin (1993), num estudo realizado em profissionais de saúde que praticam trabalho por turnos, encontrou três aspectos de *burnout*: fadiga psicológica, perda de satisfação no trabalho e endurecimento de atitudes. Segundo este autor, o *stress* do trabalho faz-se também sentir na esfera familiar e social, nas relações de amizade e de lazer.

Os técnicos de saúde encontram-se, por isso, na posição insustentável de ter exigência emocionais elevadas no seu trabalho, na privação emocional e social fora da sua ocupação. Por outro lado, a exigência social de que o médico ou enfermeiro seja sempre médico ou enfermeiro fora da instituição hospitalar, contribui para esse isolamento emocional e para a fadiga ocupacional (McIntyre, 1994).

Com efeito, como já aqui referi, ao nível do doente, a chamada humanização dos cuidados de saúde tem motivado uma atenção especial às dimensões sociais e humanas da doença e do doente. Porém, esta humanização não se tem estendido à pessoa dos profissionais de saúde, cuja saúde é presumida e não promovida.

A este propósito, têm sido apresentadas como técnicas possíveis de redução do *stress* sócio-emocional a disponibilização de espaços privados para os profissionais de saúde, o treino de técnicas de redução de stress, como as técnicas de relaxamento, a disponibilização de grupos de discussão e aconselhamento individual ou grupal (McIntyre, 1994).

Segundo este autor, é questionável que se consiga uma melhoria dos cuidados de saúde sem prestar a devida atenção aos factores organizacionais e sócio-emocionais que afectam os profissionais de saúde. Por isso, torna-se indispensável o desenvolvimento de estudos nesta área, porque só assim teremos realmente cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde "saudáveis" (Mcintyre, 1994).

Considera-se, por isso, que o enfermeiro deve desenvolver novas técnicas, habilidades e capacidades, de tal modo que permitam o bem estar da pessoa, permitindo também que ele fique munido de instrumentos de trabalho para que sinta que, seja qual for o estado de saúde da pessoa, não se limitará a cumprir prescrições médicas, evitando, assim, sentimentos de impotência (Sousa, 1996).

Resta ainda referir que, à luz do programa "Saúde Para Todos No Ano 2000", da Organização Mundial de Saúde, já mencionado, e de acordo com Zurriaga et al. (1995), preconiza-se para a gestão dos recursos humanos em enfermagem, e na instituição hospitalar, algumas medidas que passo a mencionar: Proporcionar condições de trabalho atractivas e gratificantes para os enfermeiros; Assegurar uma utilização apropriada dos profissionais de enfermagem; Reconhecer a necessidade de educação permanente para o desenvolvimento da carreira; Estabelecer um programa de educação permanente acessível a todos os enfermeiros; Criar um departamento de programas de aconselhamento psicológico, tendo em vista o desenvolvimento pessoal, interpessoal e de carreira.

O primeiro estudo sociológico conhecido em Portugal sobre a enfermagem foi realizado por Carapinheiro (1989), a qual forneceu as ferramentas para o desenvolvimento de outras investigações na área. Outra das autoras que se debruçou no tema central da enfermagem em Portugal foi Noémia Lopes (2001) que nos seduziu com um estudo de caso realizado em contexto hospitalar, a qual identificou o modo como a recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem vem sendo diferentemente possibilitada pelos seus diversos e particulares contextos de trabalho, determinando os factores que geram as desiguais possibilidades e os recursos cognitivos e simbólicos que se inscrevem nas diversas gerações profissionais no interior do grupo de enfermagem.

Um outro estudo realizado em Portugal no âmbito da enfermagem é o de Manuel Lopes (2006) que nos leva ao interior de uma unidade de quimioterapia em regime de hospital de dia, onde desenvolveu uma teoria de médio alcance para compreender a natureza entre os enfermeiros e os doentes oncológicos submetidos a quimioterapia, os processos de relações entre os enfermeiros e os doentes oncológicos dentro desse hospital, assim como todas as intervenções terapêuticas de enfermagem utilizadas no tratamento da quimioterapia.

Os conceitos que irei tratar são essencialmente o *Stress* e *Burnout*, no que se referem à sua ligação com a enfermagem em contexto oncológico.

O conceito de *stress* tem gerado ao longo dos tempos vários debates tornando-se num dos conceitos mais populares tanto a nível académico como ao nível do senso comum. Isto deve-se em parte aos múltiplos significados que o termo pode adquirir.

Apesar da interminável panóplia de definições, uma razoável interpretação passa pelo “*stress* no homem como um conjunto de reacções fisiológicas não específicas a qualquer exigência feita ao organismo em termos de adaptação, as quais levam a alterações no equilíbrio homeostático” (Selye, 1959: 22). Noutras palavras, pode-se dizer que o *stress* representa uma ruptura no equilíbrio do indivíduo, que diante de uma determinada situação é impelido a mudar, a adaptar-se a uma nova realidade, mesmo que ela tenha sido desejada.

Menziez, identificou pela primeira vez o *stress* na profissão de enfermagem, em 1960. Mais tarde, em 1980, Marshal adverte que “o papel da enfermeira é, sobretudo lidar com o *stress*” (citando Thelan Davie e Urden: 1993: 84).

Em 1984, Lazarus e Folkman introduzem um dos modelos mais influentes, identificando o *stress* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo para tentar gerir pressões excessivas, independentemente dos resultados adaptativos alcançados – Modelo transaccional do *stress*.

Neste modelo “ (...) não são os acontecimentos propriamente ditos que suscitam *stress*, mas sim a interpretação ou avaliação destes acontecimentos pelos indivíduos” (Ogden, 1999: 262).

O *stress*, é então a resposta inespecífica do organismo a qualquer exigência que lhe é feita, ou seja, é a resposta a uma solicitação podendo ser positiva (realização) ou negativa (ameaça).

Verificamos então que o *stress* não constitui um conceito unitário, é antes um processo que envolve uma interação complexa entre factores ambientais, psíquicos e fisiológicos.

Um século de investigação acerca desta temática, proporcionou diferentes paradigmas sobre o *stress*, pelo que hoje podemos falar de três grandes paradigmas (Vingerhoets e Marcelissen, 1998):

- O *stress* como resposta interna do indivíduo;
- O *stress* como acumulação de dificuldades no meio externo;
- O *stress* como a interação de características do indivíduo com factores do meio externo.

Com base nestas diferentes abordagens do *stress* e de haver uma grande heterogeneidade na caracterização do seu conceito, surgem várias definições por parte de alguns autores, como as referidas anteriormente.

A capacidade de adaptação ao *stress* é muito pessoal, o que pode provocar respostas negativas num indivíduo pode ser benéfico para outro. Ainda citando Faulkner “o controlo do stress é muito benéfico, pois contribui para a prática de cuidados com maior qualidade, para a elevação da moral e para evitar que os enfermeiros estejam menos sujeitos à doença e ao esgotamento” (1985: 44).

Também Clancy e Mcvivar (1994) são defensores de que existe *stress* saudável, desejável, que não perturba demasiado a homeostasia – *Eustress*. A este nível óptimo de *stress*, o indivíduo responde com aumento da acuidade mental, prazer, felicidade,

euforia. Alcança um desempenho máximo, imprescindível para a autorealização e desenvolvimento pessoal e profissional.

O *stress* só é negativo quando ultrapassa as capacidades de absorção do indivíduo. Quanto mais uma pessoa está em harmonia consigo mesmo, maior capacidade tem de enfrentar o *stress*, havendo quem defenda a teoria de que deverá existir um treino progressivo a situações possíveis de produzir *stress*, para desenvolver níveis de resistência a este. Daí que seja importante treinar os enfermeiros, na sua formação inicial ou em contexto de trabalho, para as situações mais difíceis da prática dos cuidados de enfermagem, como por exemplo, agonia e morte, conflitos interpessoais e dificuldades de comunicação.

Geralmente, não há apenas um estímulo que desencadeie o *stress*, existindo vários factores que interferem em diversos níveis, os quais isoladamente ou em conjunto podem provocar níveis de *stress* preocupantes.

Os enfermeiros têm sido alvo de diversas investigações por parte de alguns autores sociais (ex: Byrne, 1991, 1993), pois no exercício profissional da actividade de enfermagem encontram-se presentes diversos stressores psicossociais, alguns relacionados à natureza das suas funções, outros relacionados ao contexto institucional e social onde estas são exercidas. Estes stressores, se persistentes, podem levar à síndrome de *Burnout*. Este conceito, poder-se-á dizer, que é utilizado como a fase final do processo de *stress*.

A síndrome de *Burnout* é um tipo de stress ocupacional que acomete profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado em uma relação de atenção directa, contínua e altamente emocional (Maslach, 1993; Vanderberghe & Huberman, 1999). As profissões mais vulneráveis são geralmente as que envolvem serviços, tratamento ou educação (Maslach & Leiter, 1999).

Actualmente, a definição mais aceite do *burnout* é a fundamentada na perspectiva social-psicológica de Maslach, que a define como: “*burnout* é um processo que conduz a resposta inadequada a um stressor laboral com implicações emocionais, de carácter crónico, e cujos traços principais são o esgotamento físico e psicológico, a atitude fria e

despersonalizada para os requerentes do serviço e o sentimento dilacerante de fracasso quanto ao trabalho realizado” (Maslach e Jackson, 1981: 52).

Para Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), a síndrome de “burnout” é entendida como um conceito multidimensional que envolve três componentes: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho. As pessoas sentem-se infelizes consigo próprias e insatisfeitas com o seu desenvolvimento profissional.

Lazarus (1998: 367) afirma que “o sujeito é capaz de enfrentar o *stress* quando utiliza esforços cognitivos e de comportamento definidos como mecanismos de *copying*. Segundo o autor, *copying* são esforços cognitivos e de comportamento realizados para identificar, administrar, avaliar e manter o equilíbrio do indivíduo em resposta ao *stress*”.

Nesse processo de enfrentamento, o sujeito faz um julgamento (ou avaliação) da situação, em seguida mobiliza recursos cognitivos e de comportamento por ele utilizados através de estratégias de *copying* para administração psicológica dos efeitos do stressor, objetivando aliviar ou diminuir o *stress*. As formas de enfrentar o *stress* dependem do julgamento no processo de avaliação das situações.

As estratégias de *copying* para lidar com stressores estão condicionadas a valores e à estrutura da personalidade individual, os quais estão constantemente a mudar. A resposta ao *stress*, portanto, “envolve demandas externas e internas, como resposta emocional e de comportamento individual” (Lazarus, 1991: 266).

Para Aldwin (2000), há uma relação entre as estratégias de *copying* e a saúde mental. As estratégias de *copying*, quando focalizadas na emoção, estão associadas mais aos efeitos negativos do *stress* do que ao seu controle; essa relação (*copying* e saúde mental) depende de especificidades da situação, do tipo de estratégia usada e das características individuais do sujeito.

Também importante é a definição do “processo de intervenção terapêutica de enfermagem”, que se trata de um constructo que congrega o essencial da intervenção do enfermeiro junto do doente. Este processo inicia-se durante a entrevista de admissão,

momento do primeiro encontro entre o enfermeiro e o doente, e prolonga-se no tempo até ao final da relação.

Considerando o carácter evolutivo desta intervenção, comecei por caracterizar o conceito principal deste constructo, designado como Gestão de Sentimentos. Na prática clínica, esta gestão está intrinsecamente interligada e complementa-se entre o enfermeiro e o doente.

Começo por caracterizar a “Gestão de Sentimentos”, justificando a sua designação. A literatura consultada não é unânime relativamente à designação mais adequada, parecendo prevalecer, por vezes, uma certa confusão conceptual entre sentimento e emoção (Strongman, 1998).

Perante isto, decidi optar pela proposta de Damásio (1995, 2000). Este autor diz que uma emoção pode sempre gerar um sentimento se desenvolvermos o necessário mecanismo de consciencialização da relação entre o objecto e o estado emocional do corpo (Damásio, 1995). Ou seja, o sentimento é um outro patamar especificamente humano, uma vez que envolve a consciência. Este outro patamar dá-nos “flexibilidade de resposta com base na história específica das nossas interacções com o meio ambiente” (Damásio, 1995: 48). Assim, e de acordo com este autor, podem existir emoções sem sentimentos, emoções com o correspondente sentimento mas também sentimentos sem a emoção respectiva. Estes últimos são o que o Damásio (1995, 2000) chama os sentimentos de fundo, os quais têm um carácter mais persistente (mais estável) e dão tonalidade à nossa forma de estar no mundo, tendo uma relação directa com a motivação e com o estado de humor.

Face ao exposto entendo que a intervenção dos enfermeiros é dirigida à gestão dos sentimentos por duas ordens de razões. Primeiro porque se dirige aos sentimentos expressos pelos doentes. Pelo que, se os expressam é porque têm consciência deles. Segundo, porque se dirige também ao estado de humor percebido dos doentes, correspondendo este a um sentimento de fundo.

A justificação para começar a caracterização pelo conceito “Gestão de Sentimentos” é-nos dada pelos doentes. São eles que dizem que quando chegam a este serviço estão

cheios de medo, ansiedade, abatimento e fragilidade. Ou seja, o que predomina são os sentimentos, muitos deles à “flor da pele”. Para além disso, no momento em que o enfermeiro e o doente se encontram pela primeira vez, aquele pode não saber mais nada sobre o doente, para além dos dados de natureza biomédica. Apesar disso, e porque os sentimentos são demasiado evidentes, sendo que o enfermeiro também os intui pela experiência clínica que detém, ele pode de imediato começar a geri-los.

Relativamente aos modos como o faz, separei-os em duas categorias:

- Gestão da expressão de sentimentos;
- Gestão dos sentimentos expressos.

A primeira categoria, a Gestão da expressão de sentimentos, justifica-se porque, o enfermeiro é detentor da experiência clínica que lhe permite saber que os doentes chegam “cheios” de sentimentos. Apesar disso, acontece muitas vezes uma de duas situações: ou a inibição perante uma pessoa estranha (ex: a enfermeira) se impõe e impossibilita a expressão de sentimentos pelo doente ou então este “descarrega” um avalanche de sentimentos sobre o enfermeiro. Por tudo isto, frequentemente o enfermeiro precisa de gerir a expressão de sentimentos utilizando uma de duas estratégias, respectivamente: ou concede espaço e apoia a expressão de sentimentos, ou então pauta a expressão de sentimentos, tentando que os mesmos sejam expressos, mas paulatinamente.

A segunda categoria, a Gestão dos sentimentos expressos serve-se de um conjunto muito diversificado de instrumentos, muitos dos quais se confundem com a “Gestão de informação” ou se diluem em atitudes e gestos extremamente difíceis de captar.

Assim, os principais instrumentos categorizados com base nos dados resultantes das entrevistas de admissão podem distribuir-se por dois grupos e são: “a promoção da confiança que tem haver com a racionalização, desmitificação, não generalização, explicação dos sintomas, transmissão de segurança, antecipação e proposta de soluções e oferta de disponibilidade e, o incentivo da esperança que se desenvolve no incentivo ou enquadramento da esperança e o incentivo da capacidade de luta” (Lopes, 2006: 191-192).

Metodologia de Investigação

A pesquisa bibliográfica foi a primeira etapa desta investigação. Ainda que as indefinições do tema e daquilo que queria exactamente estudar contribuíssem para uma dificuldade acrescida na procura da “obra perfeita”, imaginada por muitos de nós como a obra que nos resolveria todos os problemas, a seu tempo percebi que tinha de variar as estratégias. Para além de ter pesquisado nas bibliotecas de algumas faculdades em Lisboa, como o ISCSP, o ISCTE e a FCSH, as soluções não apareciam e tive de recorrer bem antes do que eu pensava ao *Jstor* e ao *Social Science Index*. Aí encontrei alguns artigos interessantes que abordavam a temática da enfermagem e do stress mas numa perspectiva que não era a que mais me interessava. Com o tempo fui clarificando o meu tema e percebendo quais eram as palavras-chave que deveria colocar nos motores de busca. Curiosamente hoje vejo como andei muito longe nas minhas pesquisas bibliográficas iniciais.

Entretanto, com as informações recolhidas em bibliotecas consultadas, a bibliografia encontrada no *Jstor*, *Proquest* e *Social Science Index*, comecei a delinear e cruzar autores começando a ver as minhas áreas de estudo contempladas naquilo que lia. Ainda assim reconheço que há falhas, não só porque a bibliografia não é muito extensa e as obras consultadas são bastante recentes como tenho pena de ter encontrado apenas dois estudos portugueses dentro da área. Não sei se falhou a busca ou se não existem mesmo.

Em relação à bibliografia sobre a metodologia, esta foi mais fácil de consultar, não só porque tivemos uma disciplina que nos orientava nessas matérias, como também inúmeros livros nas bibliotecas, desde a etnografia à análise quantitativa.

Na medida em que esta pesquisa se realiza no âmbito da Antropologia, depois de ouvir e ler tantas experiências do trabalho de campo, decidi que não poderia fugir ao método etnográfico. Queria eu mesmo ter também algo para contar sobre uma experiência intensa de terreno. As potencialidades deste método são enormes (Sanmartín 2003 e 2003a, Denzin 2000) e, se utilizadas adequadamente, ajudam-nos a chegar a conclusões que nos podem surpreender por se distanciarem das ideias que inicialmente possuímos. Ainda que a objectividade seja um ideal que devemos ter presente por muito subjectiva e individual que seja a experiência etnográfica, há formas de prevenir erros e atitudes

menos reflectidas que nos distanciam ainda mais desse ideal. Devemos ter presente a atitude que Sanmartín refere: “(...) querer saber cria, antes de mais, uma distância crítica diante daquilo que observamos e comparamos, inclusive quando estudamos a nossa própria sociedade e cultura.” (2003: 56). E se tivermos simultaneamente presente a proximidade, a participação e a distância crítica considero que poderemos construir conhecimento e aproximarmo-nos de conclusões mais fiáveis.

Na pesquisa de terreno adoptei o método qualitativo, nomeadamente a observação participante assim como a observação directa, as técnicas que por excelência escolhi utilizar para o estudo do espaço, da interacção das pessoas e da acção das pessoas sobre o espaço. Considerei estas duas técnicas como técnicas centrais do estudo, por serem as que melhor se adequavam à temática de investigação, já que estas implicavam identificar, para além das representações sociais dos actores, também as suas práticas concretas e as relações sociais estabelecidas entre os enfermeiros e doentes.

Como técnica auxiliar, escolhi a entrevista semi-estruturada, porque a nível de estruturação, é a que mais se adequa para este tipo de pesquisa de investigação.

No método etnográfico a observação participante é a técnica por excelência. Quando nos referimos a ela, rapidamente nos surge na mente duas tarefas a cumprir: a observação e a participação. Evidentemente que a acção em si não é fragmentada, observa-se e participa-se em simultâneo, mas essa especificidade requer uma preparação exigente. Desde já requer que se saiba o local a ocupar, como se deve comportar perante os demais que se observa e quais as expectativas dos mesmos em relação ao seu trabalho (Bechhofer y Paterson, 2000: 93-95). E, por outro lado, deve saber o que quer observar e duvidar de tudo o que observa, ter um espírito crítico em relação ao que observa, uma vez que pode ocorrer que a sua inexperiência ou imersão no grupo o impeçam de ver as coisas tal e qual elas ocorrem. A observação participante deve permitir-nos acumular um *corpus* de informação que, em conjugação com outras técnicas quantitativas ou qualitativas, possamos chegar a conclusões mais credíveis (Sanmartín, 2003a: 145). Impele o investigador a procurar um sentido e tentar construir significados, apreender o que realmente se passa à sua volta (Knight, 2002: 41), superando assim as limitações de outras técnicas, como as entrevistas que como refere

Devillard, não nos entregam factos mas antes palavras (2004: 162) que devem ser completadas, confrontadas e verificadas através dos dados recolhidos.

Munido das técnicas da observação participante e da entrevista, poderei colocar-me nas situações vivenciadas pelos indivíduos e tentar compreender as suas indecisões, ansiedades e alegrias. Ao estar a observar participando, passarei a concentrar-me mais nos indivíduos, e tentar captar todos os seus movimentos e conversas. Se a minha pertença ao grupo me possibilitou o acesso indiferenciado aos indivíduos, o meu papel de investigador permitiu-me centrar a observação nos indivíduos sem estar a pensar demasiadamente na forma como devo agir ou comportar-me. Este método permitiu-me aliar a naturalidade da frequência daquele espaço à atenção de quem observar os que rodeiam, constituindo, sem qualquer dúvida, uma mais valia.

A entrada no campo de investigação constitui sempre uma etapa particularmente delicada, sobretudo quando visa uma permanência prolongada do investigador nos espaços quotidianos das práticas e relações sociais dos agentes em análise.

No caso da presente investigação, a entrada no campo passou pela prévia obtenção de autorização para o acesso a este Hospital de Oncologia de Lisboa, tendo implicado um processo de contactos formais e informais que se prolongou por cerca de dois meses.

A minha observação participante incidiu sobre o serviço de quimioterapia em regime de hospital de dia, assim como, o serviço de emergência médica deste Hospital de Oncologia de Lisboa, por serem os espaços privilegiados dos enfermeiros, assim como acompanhar as interações entre enfermeiros e doentes no contexto terapêutico. Para além da observação no serviço de quimioterapia, e serviço de emergência médica, irão ser registadas em forma de diário de campo vivências diárias destes dois serviços do hospital, uma vez que “a elaboração de notas é a razão de ser do observador no terreno” (Moreira, 1994: 129).

Para além da observação participante, também recorri à observação directa simples. Esta opção justifica-se por algum receio de não estar 100% envolvido na observação, podendo por vezes a minha participação em algumas circunstâncias privar-me da observação de situações. A verdade é que depois da observação directa simples, numa

ou outra situação, a minha ideia em relação à forma como as pessoas se movimentavam no espaço ou como agiam, mudará.

O trabalho de campo iniciou-se em Abril de 2009 e terminou no final do mês de Julho de 2009, portanto o período de observação teve uma duração de quatro meses.

Outra das técnicas utilizadas e que dá primazia incondicional ao nosso objecto de estudo é a entrevista, no sentido de que são elas que dão voz à nossa experiência etnográfica. É a sua experiência, o seu discurso e não as interpretações daquilo que nós observamos. Não poderia ser de outra forma tendo em conta a sensibilidade do problema de pesquisa e a profundidade de informação que a resposta ao mesmo requer.

Quanto às entrevistas, foram realizadas na fase final do trabalho de campo, e após um profundo conhecimento do campo de estudo, estas contribuíram como a opção óptima para o enriquecimento da informação a recolher e permitiram aprofundar aspectos identificados na observação que suscitaram algumas dúvidas durante a minha observação.

Tendo em conta os três tipos de entrevista segundo o grau de estruturação, julgo ser mais aconselhado as entrevistas semi-estruturadas. O grau de rigidez e invariabilidade (Moreira, 1994:133) imposta por uma entrevista estruturada não permite o sentido mais lato de diálogo, de adequação das perguntas e possibilidade de ajuste das mesmas. Por outro lado, a entrevista não-estruturada é demasiado versátil ao considerar apenas uma lista de tópicos (Moreira, 1994:133), devendo o entrevistador estar dotado de alguma mestria para, além de estar atento ao entrevistado, não deixar escapar nenhuma questão pertinente. Atendendo a estas características expostas, umas em excesso e outras em defeito, considero que a entrevista semi-estruturada é aquela que, para além de dar segurança ao entrevistador por ter todas as perguntas descritas, dá ao mesmo tempo espaço para reformular a pergunta ou alterar a sua ordem, adaptando também “(...) este instrumento de pesquisa ao nível de compreensão e receptibilidade do entrevistado” (Moreira, 1994:133).

Assim sendo, tive de recorrer a uma amostragem não probabilística, sabendo à partida que não estava garantida a representatividade da amostra como numa amostragem

probabilística, mas tendo em conta que face à heterogeneidade do universo será necessário definir critérios de selecção dos indivíduos a incluir na amostra. As variáveis que defini foram o sexo, idade e meses ou anos que os enfermeiros exercem a sua profissão naquela unidade do Hospital de Oncologia de Lisboa. Os limites colocados pelas variáveis permitiria a construção de uma amostra muito diversificada onde fosse possível encontrar representados vários tipos de enfermeiros deste Hospital de Oncologia, desde os mais velhos, mais novos, mulheres e homens.

A definição da amostra obedeceu a alguns critérios. A amostra em bola de neve pareceu-me a opção possível.

Se o sexo e a idade eram facilmente observáveis, já o tempo que exerciam a profissão de enfermagem era impossível saber sem perguntar directamente às pessoas em questão. Tive a sorte de ter a colaboração e, relações privilegiadas com as pessoas que trabalham neste Hospital de Oncologia de Lisboa, facultando-me informações sobre algumas situações que ocorreram dentro da sua unidade de medicina.

Tendo disponíveis essas informações quanto aos critérios enunciados decidi que seria interessante para a pesquisa entrevistar alguns indivíduos, uns que conhecia bastante bem, e outros que desconhecia totalmente. A partir desse momento de definição dos indivíduos, as minhas idas ao terreno passaram a ter esse objectivo de aproximação dos indivíduos e a tentativa de cativá-los para uma entrevista. Escolhi os doze indivíduos, sendo que oito enfermeiros exercem a sua actividade profissional no serviço de quimioterapia a funcionar em regime de hospital de dia, dois enfermeiros da sala de tratamentos a funcionar igualmente em regime de hospital de dia, uma enfermeira do gabinete de consultas e, uma enfermeira no serviço de urgência médica a funcionar em 24 horas por dia.

A entrevista deu-me a possibilidade de conhecer como os indivíduos se comportam quando passam para lá a fronteira do local de trabalho. Ao ser uma situação por excelência de diálogo e partilha, essencialmente por parte do entrevistado, permite-nos, citando Sanmartín: “ (...) Presenciar os testemunhos dos actores, escutar as suas palavras, ver como surge a dificuldade em quem confessa uma dor ou de quem

contendo a sua fascinação ou alegria, sublinha os sentimentos que nos apresenta.” (2003:99). Mas também constato que não basta estar no terreno e realizar as entrevistas. Temos de criar empatia (Sanmartín, 2003: 59-60) com o nosso objecto de estudo, o que não implica que tenha de ser algo forçado, mas antes algo humano. Talvez seja por isso que alguns definem a Antropologia como um humanismo. Sem dúvida que não estamos perante peças ou ratos de laboratório, e dessa forma temos que nos relacionar, que criar laços. E só assim este contacto nos permite viver em directo a produção dos dados etnográficos e compreender os diferentes significados do discurso dos actores (Sanmartín, 2003: 99), em que as omissões e as reticências também possuem um significado.

No que diz respeito ao local onde realizei a entrevista e citando Ghiglione “não é indiferente que a entrevista tenha lugar num sítio calmo ou barulhento, num escritório ou na rua, ou no local de trabalho, este conjunto de lugares pode ter consequências quanto ao estatuto e à função” (2001: 64). Com recurso a esta afirmação concluo que o objecto de estudo deve estar fortemente associado ao espaço onde vai ocorrer a entrevista, de modo a sentir-se mais à vontade, sendo que, um sítio demasiado barulhento ou um local que de alguma forma intimide o entrevistado não é entendido como algo compensatório de modo a obter uma entrevista bem sucedida. Esta situação pode assim levar a pessoa em questão a distrair-se não estando plenamente atenta às perguntas que lhe estão a ser colocadas.

Como estamos perante um universo heterogéneo e de grandes dimensões, torna-se extremamente difícil entrevistar a totalidade da sua população. Para tanto, foram realizadas doze entrevistas na sua totalidade, de acordo com um guião de entrevista previamente construído. Estas, foram realizadas no local de trabalho do entrevistado ou em um local sugerido pelo mesmo, como a residência. As entrevistas foram feitas mediante a garantia do anonimato, tendo, no tema central, a área na qual o entrevistado tinha riqueza de informações. Estas entrevistas foram gravadas na sua totalidade, sendo posteriormente transcritas e analisadas.

Posteriormente, todo o material recolhido numa pesquisa qualitativa é analisado dependendo dos objectivos e do estatuto da pesquisa, bem como do posicionamento

paradigmático e epistemológico do investigador. O tratamento do conteúdo varia, pois, consideravelmente de pesquisa para pesquisa e de investigador para investigador.

Sabendo que, a minha pesquisa qualitativa tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objecto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência, o método por excelência utilizado para o tratamento dos dados foi a Análise Qualitativa de Conteúdo.

A proposta da análise qualitativa de conteúdo que adoptei baseia-se numa análise comparativa através da construção de tipologias, categorias e análises temáticas.

Como estava perante uma investigação empírica, falei de uma série de operações como descrever os fenómenos (nível descritivo) e ainda descobrir as suas co-variações ou associações (nível correlacional e grosso modo objectivo da análise categorial).

Como se trata de entrevistas em profundidade (e histórias de vida) utilizei uma diversidade de técnicas de análise de conteúdo para cada uma destas operações.

Sendo assim, comecei pela transcrição integral e fiel do que foi dito para papel, transcrevendo de seguida para o computador. De seguida revi a gravação e preenchi manualmente as “brancas”, e finalizei com a redacção de um discurso capaz de ser inteligível, com pontuação e supressão de elementos inúteis.

Uma vez transcritas as entrevistas, procedi á leitura cuidadosa de cada uma delas e registei uma pequena síntese da narrativa (análise temática), assim como, a relação mais conceptual com o modelo de análise (análise problemática).

Como a entrevista teve como um suporte um quadro conceptual de problematização e um guião, a grande maioria das temáticas e problemáticas está identificada.

Em suma, como foram identificados os *corpus* centrais da entrevista a analisar em profundidade e, com recurso à identificação e à contagem de categorias e subcategorias,

fiz uma análise de conteúdo temática. Ou seja, utilizei o material original registado na gravação e transcrito, igualmente com a transcrição do diário de campo, e recompus os fragmentos do discurso dispersos ao longo do trabalho.

Estes subcapítulos são fruto das categorias de análise criadas a partir dos dados.

Os cuidados com equação pessoal sempre estiveram muito presentes ao longo de toda a pesquisa. Como tenho vindo a referir, o facto de não pertencer ao grupo de estudo requeria atenções diferentes. Houve algumas estratégias nesse sentido como a observação participante nos serviços da unidade ambulatória deste Hospital de Oncologia de Lisboa e a observação directa simples.

Além disso e sabendo que o investigador é um elemento decisivo na investigação (Moreira, 1994: 107) tentei ter sempre presente os outros elementos da equação pessoal como a orientação teórica, o uso do idioma, as variáveis sociológicas e individuais (Moreira, 1994: 113).

A experiência foi muito interessante apesar de todos os seus altos e baixos. No início tive alguma dificuldade em estar naquele espaço e assumir o papel de investigador, no sentido de estar atento às coisas que me rodeavam e aos indivíduos.

À medida que a investigação bibliográfica se desenvolvia e o tema se definia melhor, fui-me adaptando progressivamente a esse novo e duplo papel.

A principal condição que deu início à fase do trabalho de campo foi a presença, de duas vezes por semana no Hospital Oncológico de Lisboa. Pude sentir o papel do estranho que entra num grupo já formado, com as suas redes de sociabilidade e hierarquias bem definidas. Ali, tive de aprender a estar em grupo, de estar atento às minhas movimentações, “puxar conversa” com aqueles que estavam presentes e “munir-me” de algumas estratégias que chamassem a atenção para a minha presença.

Na verdade, a experiência foi muito positiva porque tive o outro lado que sentia faltar na minha investigação: o lado do espanto, do sentirmo-nos estranhos ao grupo, com os aspectos positivos e negativos que isso implica.

Em relação às entrevistas, os problemas e as dúvidas foram mais facilmente ultrapassáveis. Depois de ter seleccionado os doze indivíduos a incluir na amostra, aproximava-se um grande desafio: explicar quem eu era, o que estava a fazer e como eles me poderiam ajudar. Para a maioria deles essa explicação foi o suficiente para ficarem entusiasmados, mas ao mesmo tempo curiosos com o conteúdo da entrevista. Todos eles aderiram sem qualquer problema, mostrando mesmo grande interesse.

Foi portanto, através desta articulação de instrumentos que consegui fazer a minha análise, para que desta forma conseguisse apreender a realidade, os conhecimentos e assim tentar fazer a sua análise e compreensão. Através da conjugação destes métodos utilizados nas Ciências Sociais, acredito ter atingido os objectivos propostos.

II Parte – O Campo Empírico: Percorso Analítico

Capítulo I – Sociografia do Estudo de Caso: Os actores e os Contextos

Início o percurso analítico do campo empírico com a sociografia dos actores e dos contextos, enquanto etapa indispensável para a subsequente incursão nos domínios centrais do objecto da pesquisa.

A sociografia dos actores é elaborada a partir de um conjunto de indicadores de caracterização recolhidos pela entrevista, com os quais se identificam os atributos sócio-profissionais da população em análise. Com esta etapa, procura-se conhecer a heterogeneidade social dos seus recursos, os recortes geracionais que se retraduzem nessa heterogeneidade e, ainda, a incidência dessa heterogeneidade pelos diferentes tipos de serviços.

Para a sociografia dos contextos é feita a caracterização de cada serviço em diferentes planos, nomeadamente quanto a sua configuração espacial e funcional, visando-se identificar as simbologias sociais que nesta se inscrevem, por outro lado, quanto ao conjunto de categorias que definem o modelo de funcionamento de cada serviço.

Ainda procederei neste capítulo, à caracterização da natureza da interacção propriamente dita entre enfermeiros, médicos e doentes nos devidos serviços observados.

Com esta caracterização, pretende-se localizar as clivagens existentes entre os diferentes serviços, ficando, assim, definidas as particulares configurações contextuais que estruturam e diferenciam o quotidiano profissional destes actores.

1. Caracterização dos Actores

Para caracterizar o contexto relacional, começo por fazer referência aos diversos actores que circulam no espaço do Hospital.

Incluiu-se no estudo os profissionais de enfermagem dos três serviços seleccionados como unidade de observação, o que corresponde a um total de 16 enfermeiros, sendo 12 os que constituem a população inquirida por entrevista durante o trabalho de campo.

Do total dos inquiridos, 2 entrevistados exercem funções na sala de tratamentos, 1 na urgência, 1 no gabinete de consultas e 8 no hospital de dia².

Em termos etários, esta população distribui-se entre os 24 e 45 anos, predominando as idades inferiores ou iguais a 30 anos. É, portanto, uma população maioritariamente jovem. A grande maioria destes profissionais, senão todos, iniciou a sua carreira noutras hospitais e noutras especialidades médicas, passando posteriormente para este Hospital de Oncologia de Lisboa.

Em termos de composição de sexo³ é largamente predominante o sexo feminino, 9 enfermeiras dos 12 enfermeiros entrevistados, o que corrobora a dominância feminina que historicamente tem assinalado a enfermagem.

No que respeita à formação escolar de base, todos os entrevistados detêm a licenciatura de enfermagem.

Quanto ao vínculo laboral a maioria encontram-se em situações de trabalho precário em ambos os serviços.

Dadas as características deste trabalho, e por ser um estudo dito descritivo, proponho resumidamente caracterizar todos os entrevistados para expressar a heterogeneidade destes profissionais.

² Debrucei-me maioritariamente nos enfermeiros que exerciam funções no hospital de dia, porque era o serviço com maior afluência de doentes desta unidade ambulatoria, e porque eram os profissionais mais representativos para o objectivo de pesquisa da minha investigação.

³ Ver gráfico 1 na página 36.

Assim, a equipa de enfermeiros⁴ entrevistada é constituída por:

- uma enfermeira de 27 anos, natural de Almada, 5 anos de experiência profissional, três dos quais como especialista na área de oncologia, sendo que estes correspondem ao seu tempo de permanência no serviço de hospital de dia (**Enfermeiro 1**);

- uma enfermeira de 30 anos, natural do Seixal, 7 anos de experiência profissional, 4 dos quais no serviço de hospital de dia. No período em que decorreu a colheita de dados estava a desenvolver o seu curso de Mestrado, pelo que estava isenta do horário diário de exercício da sua profissão (**Enfermeiro 2**);

- uma enfermeira de 33 anos, natural do Algarve, que começara noutra área profissional, mas que conta com 5 anos de experiência profissional como enfermeira, quatro dos quais no serviço de hospital de dia (**Enfermeiro 3**);

- um enfermeiro de 41 anos, natural de Lisboa, 13 anos de experiência profissional, nove dos quais nesta unidade ambulatoria. Este enfermeiro transitou do anterior serviço de urgência deste hospital, para o serviço da sala de tratamentos (**Enfermeiro 4**);

- uma enfermeira de 26 anos, natural de Amarante, 3 anos de experiência profissional, sendo esses três anos no serviço de urgência da unidade ambulatoria (**Enfermeiro 5**);

- um enfermeiro de 26 anos, natural de Viana do Castelo, 4 anos de experiência profissional, dois dos quais no serviço de Hospital de dia (**Enfermeiro 6**);

- uma enfermeira de 26 anos, natural de Coimbra, 2 anos de experiência profissional, sendo o primeiro emprego enquanto enfermeira neste hospital, começando inicialmente no hospital de dia e passando para a sala de tratamentos, onde exerce funções actualmente (**Enfermeiro 7**);

⁴ Utilizo a sigla Enf.1 até Enf. 12 entre parentesis para identificar as citações dos enfermeiros ao longo do trabalho e, para garantir o seu anonimato.

- uma enfermeira de 34 anos, natural de Espanha, 7 anos de experiência profissional, cinco anos e meio no IPO de Lisboa. Esta enfermeira transitou da sala de quimioterapia para o gabinete de consultas do hospital de dia (**Enfermeiro 8**);

- uma enfermeira de 25 anos, natural de Lisboa, 2 anos e meio de experiência profissional, dois nos quais no serviço de hospital de dia (**Enfermeiro 9**);

-uma enfermeira de 28 anos, natural de Santarém, 5 anos de experiencia profissional, dois nos quais no serviço de hospital de dia (**Enfermeiro 10**);

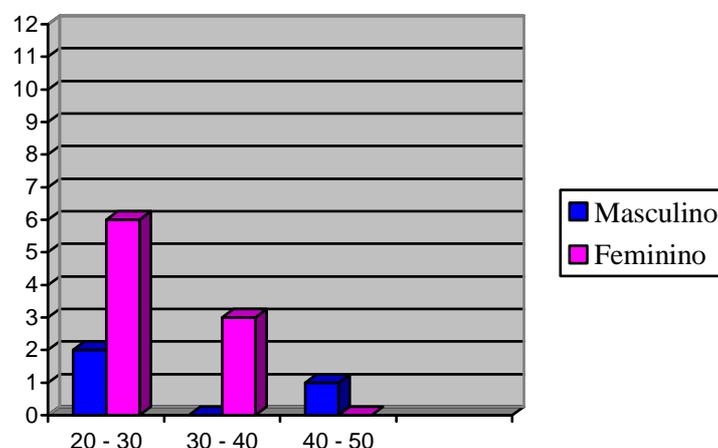
- um enfermeiro de 26 anos, natural de Braga, 4 anos de experiência profissional, dois nos quais no serviço de hospital de dia (**Enfermeiro 11**);

- uma enfermeira de 27 anos, natural de Lisboa, 5 anos de experiência profissional, três nos quais no serviço de hospital de dia (**Enfermeiro 12**).

Através desta caracterização sociográfica ficaram expressos diferentes tipos de heterogeneidades relevantes para a subsequente interpretação dos dados.

Ressaltando principalmente a descoincidente distribuição geracional pelos três tipos de serviços, com a tendencial predominância das gerações mais jovens no serviço de Hospital de Dia, e das gerações mais velhas nos serviços de Urgência e Tratamento.

Gráfico 1: Composição dos enfermeiros em termos etários e de género.



2. Caracterização dos contextos

2.1. O Serviço de Hospital de Dia

O serviço de Quimioterapia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa é uma unidade de saúde a funcionar em regime de hospital de dia, integrado no serviço ambulatorial do Instituto.

Localiza-se no rés-do-chão do pavilhão de medicina, tem acesso próprio e independente e é dotado de instalações obsoletas, com pouco espaço e nada acolhedoras. Todo o espaço deste serviço está equipado com ar condicionado, apesar de ser insuficiente. Todo o serviço é obscuro, funciona em salas interiores, portanto, não existe luz natural.

Esta unidade é dotada de um espaço apertado à entrada (ver figura 8), um corredor, que é a sala de espera dos doentes e onde funciona o secretariado, local de permanência da secretária do serviço. Ao longo deste corredor e com acesso livre, funcionam igualmente dois gabinetes, um deles como gabinete de consultas, usado, por duas enfermeiras e o outro como gabinete do enfermeiro chefe.

Contínuos a este espaço distribuem-se quatro quartos com uma cama cada para os tratamentos prolongados. Seguindo até ao final do corredor localiza-se no lado esquerdo a sala de quimioterapia juntamente com a sala de cateteres.

A zona de tratamentos de quimioterapia é uma sala interior, sem janelas, luminosidade artificial e com ineficaz extracção do ar. Está mobilada com doze cadeirões dispostos em U, com um reduzido espaço entre cada um. Existe uma cortina entre cada cadeirão, para ser accionada em caso de se desejar maior privacidade, apesar de não fazer qualquer efeito. Existem três televisores suspensos para toda a sala. No centro da sala, existe uma reduzida bancada de trabalho com material clínico diverso.

A zona de cateteres é uma minúscula divisão dentro da zona de quimioterapia, e está equipada com o material necessário para as análises clínicas. Esta sala permanece sempre com a porta aberta e é restrita às enfermeiras que estejam escaladas para os tratamentos, as quais se equipam adequadamente com bata, luvas e máscara para lá permanecerem.

Comporta um total de 120 doentes, de ambos os sexos, o que excede a usual dimensão destes serviços em hospitais recentes. Tem uma equipa de enfermagem de 16 elementos, repartidos pelos diferentes turnos, uma equipa de 2 auxiliares de acção médica, igualmente repartidos por turnos e não contem nenhuma equipa médica.

Na repartição dos enfermeiros por turnos há sempre um maior número durante a manhã e menos durante a tarde, no que se revela a acentuada variação temporal dos ritmos de trabalho neste tipo de serviços⁵.

Toda a zona de tratamentos de quimioterapia é de acesso livre a profissionais, doentes agendados para quimioterapia e análises e respectivos familiares. Todo o corredor tem acesso livre a todos os doentes e familiares, visto ser lá que se localizam as casas de banho, bem como a todos os profissionais. Portanto é um espaço aberto e barulhento.

A última referência vai para um pequeno espaço localizado marginalmente a todos os anteriores e que é designado como a sala de comidas. Trata-se de um local reservado aos profissionais (ex. enfermeiros e auxiliares de acção médica) e onde se desenvolve algum convívio de natureza social entre eles. Esta sala está equipada com uma mesa e duas cadeiras de plástico, um frigorífico, um micro-ondas e um armário. É aqui que se deslocam ao longo do turno, em pequenos grupos, para as refeições.

O seu horário de funcionamento é das 8h00 da manhã às 20h00 da tarde de segunda a sábado.

2.2. A Sala de Tratamentos

A sala de tratamentos do Instituto funciona no rés-do-chão do pavilhão de Medicina ao longo do corredor principal que liga o serviço de hospital de dia e o serviço de urgência.

Localiza-se numa sala em bom estado de conservação, claramente contrastante com os restantes serviços.

⁵ Geralmente, a prestação directa de cuidados era assegurada, nos turnos da manhã por 8 enfermeiros, nos turnos da tarde por 6 enfermeiros com apoio de um auxiliar.

A sala dispõe de quatro camas separadas por uma cadeira onde os familiares se sentam para o acompanhamento do tratamento do doente. A sua capacidade de tratamento é variável dependendo dos dias de afluência de doentes, mas podem ser atendidos diariamente cerca de 30 ou mais doentes. Funciona com uma equipa de enfermagem de quatro elementos e um auxiliar de acção médica.

Os espaços de convergência dos enfermeiros não são salas exteriores à enfermaria, mas a própria sala de tratamento. É nesta que estão os respectivos processos clínicos, e é aí que é feita a sua consulta e actualização dos tratamentos.

Neste serviço, os enfermeiros ministram cuidados de saúde relativos a mudanças de pensos, transfusões de sangue e punções intra-venosas.

O seu horário de funcionamento é das 8h00 da manhã às 19h00 da tarde de segunda a sexta.

2.3. O Serviço de Urgência

O serviço de urgência do hospital funciona igualmente no rés-do-chão do pavilhão de Medicina mesmo ao lado do serviço de Hospital de dia.

Localiza-se numa sala composta por cinco camas, onde recebem os doentes e ainda dentro desta funciona a sala de triagem e a sala de trabalho dos profissionais.

Este serviço é dotado de um espaço pequeno, onde as condições físicas são péssimas e onde se concentram os doentes e os respectivos profissionais. Semelhante aos restantes serviços desta unidade ambulatoria, este espaço é caracterizado por falta de privacidade, circulação de ar insuficiente e pouco espaço para o devido desempenho dos tratamentos nos doentes.

A sua capacidade de internamento é variável dependendo dos dias de afluência dos utentes, mas de um modo geral são assistidos entre 30 a 40 doentes diários num horário de 24 horas por dia.

Funciona com uma equipa de enfermagem de dezoito elementos, distribuídos por três turnos, uma equipa de três auxiliares de acção médica e ou um médico destacado para o serviço⁶.

Todo o espaço físico destes serviços se apresenta relativamente conservado. As cores verdes prevalecem pelas paredes, que manifestam muita escuridão, e a luminosidade é maioritariamente artificial.

Os recantos dos serviços funcionam, frequentemente, como lugares de pontual privacidade, utilizados por todos os grupos para qualquer conversa mais particular. Mas, são sobretudo os enfermeiros, que não tendo uma sala própria para as suas pausas, os tornam nos seus espaços privilegiados de conversas privadas, Aida que sempre expostos aos olhares alheios.

Nestes serviços, o modelo de organização do trabalho de enfermagem caracteriza-se por uma certa ambiguidade e eclectismo.

Cada enfermeiro é formalmente responsável por um número definido de doentes, relativamente aos quais lhe compete a respectiva vigilância, a recepção e prestação de informações, a elaboração das correspondentes notas de enfermagem e o controlo das revisões terapêuticas.

A ambiguidade e eclectismo deste modelo converge com a estrutura de autoridade dominante no serviço.

Em termos globais, é um modelo de autoridade de estrutura fechada, no sentido em que a chefia de enfermagem e a enfermeira coordenadora mantêm a autoridade formal de orientação de todas as actividades. Contudo, não só cada enfermeiro faz uma gestão relativamente autónoma do seu trabalho em função do número de doentes de que é responsável, como também, há uma relativa descentralização no intercâmbio de

⁶ Ressalto que este serviço de urgência não dispõe de uma equipa médica exclusiva para o mesmo, pelo que depende da disponibilidade ou escala do profissional de medicina, estando este destacado apenas a partir das 14 horas da tarde, e no período da manhã não existe qualquer médico para a assistência urgente dos doentes. Ainda, de referir que no mês de Julho, este serviço funcionava as 24 horas por dia sem qualquer médico destacado para o mesmo, devido ao período de férias.

informações entre médicos e enfermeiros, visto nenhum dos enfermeiros receber directamente as informações médicas sobre os doentes de que é responsável.

Por outro lado, quer o enfermeiro chefe, quer a enfermeira coordenadora, têm nestes serviços uma função essencialmente supervisora dos cuidados de enfermagem.

Portanto, a estrutura de autoridade dominante neste serviço, embora tendo a configuração de uma estrutura fechada, incorpora actualmente características de uma estrutura flexível nas relativas autonomias que assegura, e que são possibilitadas pelo seu modelo de organização do trabalho.

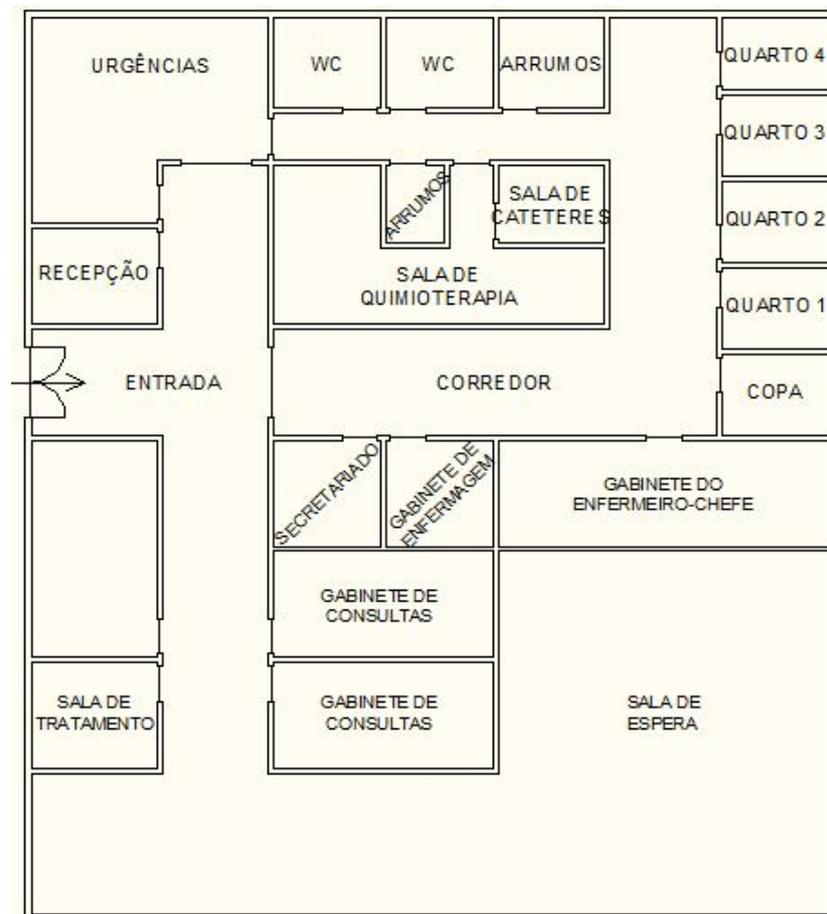
Sobre esta unidade ambulatoria resta fazer uma menção ao modo como se processam as movimentações dos diversos actores. Assim, começo por me referir ao primeiro momento de cada dia de trabalho. Constatam-se que, enquanto os doentes vão chegando ao serviço, os enfermeiros vão-se juntando no corredor que circula todo o espaço do serviço. Após um primeiro convívio que pode incluir conversa social, mas também troca de informações de natureza clínica, os enfermeiros distribuem-se pela sala de quimioterapia e quartos de tratamento, percursos durante os quais cumprimentam os doentes e familiares, constata-se, genericamente, o seu estado e tomam os devidos procedimentos de tratamento. Dirigem-se depois para a sala de quimioterapia, assinalada como uma oval. Esta sala é a primeira a ser preenchida pelos doentes e a última a vagar e assume-se como o espaço central do serviço. É também a partir desta sala que se projectam as movimentações para os outros espaços.

Ao contrário do que é teorizado por outros autores sobre esta temática, não existe nenhuma sala de enfermagem específica para a discussão de trabalho entre os enfermeiros, sendo esta praticada nos serviços ao mesmo tempo que recebem os doentes e ministram os tratamentos. De qualquer maneira, é registada individualmente numa folha, o tratamento, a posologia da medicação, assim como, todo o procedimento médico até ao momento praticado em cada doente, para a passagem de turno dos enfermeiros.

Se tivesse que os hierarquizar em termos de importância, considerando a frequência das interacções, colocaria em primeiro lugar a sala de quimioterapia, seguido da segunda,

do corredor que corresponde ao espaço principal de todo o serviço. Apesar disso, constata-se que o corredor é muito utilizado para interações com doentes, mas principalmente com familiares de doentes que estejam a fazer quimioterapia e como forma de aquela ocorrer fora do olhar destes.

Figura 1: Croquis do piso onde funcionam os três serviços da unidade ambulatória do Hospital Oncológico de Lisboa



3. O contexto da Interação: a complexidade do contexto relacional

A unidade de oncologia dispõe de 16 enfermeiros no serviço de quimioterapia em regime de hospital de dia, 4 enfermeiros na sala de tratamentos e 17 enfermeiros no serviço de urgência na sua totalidade.

Existem também auxiliares de acção médica a tempo inteiro que, pela natureza da sua função, mas essencialmente pelas características dos serviços, têm um contacto e uma interacção frequentes com os doentes e familiares.

Na sala de espera dos doentes está presente uma secretária de unidade, a qual funciona quase sempre como o primeiro contacto com os doentes com este serviço. É ainda responsável pela marcação de exames complementares de diagnóstico, de consultas médicas, deslocações a outros hospitais, entre outros. As voluntárias da liga portuguesa contra o cancro marcam a sua presença, principalmente na sala de quimioterapia, onde oferecem pequenas refeições, para além da companhia.

O número de doentes e de tratamentos tem sofrido um incremento progressivo ao longo dos anos.

Os doentes chegam a este serviço referenciados por um médico, que pode ser o médico de família, o internista, o cirurgião ou qualquer outro. Dirigem-se à secretária de unidade que marca uma consulta para um dos médicos do serviço, de acordo com a patologia do doente, as patologias predominantes a que os médicos se dedicam e a disponibilidade de tempo destes. Na consulta médica é decidido o tratamento que pode ou não incluir a quimioterapia.

Quando o doente chega junto da enfermeira, normalmente traz consigo a prescrição de um determinado protocolo e uma requisição de análises para fazer imediatamente antes de iniciar o tratamento. Trás também muitas dúvidas, angústias e medos. A enfermeira recebe-o fazendo-lhe uma primeira entrevista, na própria sala de tratamentos, para retirar o máximo possível da informação clínica do doente, para posteriormente proceder há correcta administração de tratamento.

A interacção entre estes diversos actores ocorre no contexto físico atrás descrito. Dada a natureza deste trabalho limitar-me-ei a descrever a complexidade do contexto relacional tendo os enfermeiros, os doentes e respectivos familiares como referência. Esta interacção ocorre predominantemente em espaços onde estão presentes diversos outros actores, para além dos atrás referidos. Ou seja, uma das características da interacção entre o enfermeiro e o doente e respectivo familiar, é ocorrer frequentemente, em contexto público. Assim, o espaço físico onde ela é mais frequente e onde foi mais sistematicamente observada, foi na sala de quimioterapia.

A característica que mais se destaca quando se observa a trama relacional na sala de quimioterapia é a sua complexidade. Assim, estando a sala em pleno funcionamento, estão naquele espaço, doze doentes e dezasseis enfermeiros, repartidos por oito enfermeiros de manhã e oito enfermeiros de tarde. Os doentes, ao entrarem na sala, são livres de escolher o cadeirão que quiserem, de acordo com as disponibilidades. Permanecem na sala de quimioterapia aproximadamente três horas e saem à medida que os seus tratamentos se vão completando. Portanto, ao longo do dia de trabalho poderão passar pela sala de quimioterapia em regime de hospital de dia 100 a 120 doentes e respectivos familiares, com quadros patológicos e vivenciais diferentes. Durante esse período de tempo constata-se um diversificado número de interacções entre os presentes na sala. Na interacção entre os doentes, normalmente verifica-se algum grau de familiaridade.

Para além destes actores, a qualquer momento podem entrar várias enfermeiras. Estas deslocam-se à sala, entre outras razões, para ajudar a colega, pedir ou dar uma informação ou cumprimentar um doente. Podem ainda entrar as auxiliares de acção médica, no desempenho das suas actividades, familiares dos doentes, médicos, entre outros.

Na interacção da enfermeira com os doentes, verifica-se que, por norma, aquela conhece e trata todos os doentes pelo nome. Apesar disso, cada enfermeira terá diferentes tipos de relação com cada um dos doentes presentes na sala e em cada momento. As diferenças principais terão a ver com o grau de proximidade e o estágio da relação. Assim e relativamente ao grau de proximidade, verifica-se que com alguns doentes, a

enfermeira tem uma relação mais próxima e até preferencial, enquanto que com outros não é assim e essa relação preferencial existirá com outras enfermeiras.

A existência deste tipo de relação pode estar ligada ao facto de ter sido aquela enfermeira a realizar a entrevista de admissão. Independentemente disso, conhece o suficiente de cada doente de modo a permitir-lhe a prestação de cuidados de modo personalizado.

Existem também diferenças relativas ao estágio da relação com cada um dos doentes com os quais uma determinada enfermeira tem relação preferencial. Estas diferenças radicam no tempo de relação, mas também nas características das vivências da enfermeira, mas principalmente do doente. Assim, na mesma sala a enfermeira tem perante si um conjunto de doentes com os quais poderá ter diversos tipos de relação (preferencial ou não), com diferentes tipos de situações e a vivenciarem-nas em diferentes estádios. Para além disso, desenvolve interações ainda a dois níveis distintos, um de natureza pública e grupal e outra de natureza pessoal e privado.

No primeiro nível, mantém conversas abertas à participação de todos, sobre temas de interesse comum, estejam ou não relacionados com a doença. Normalmente esta interação decorre em simultâneo com o desenvolvimento de procedimentos técnico-instrumentais da mais diversa ordem.

No segundo nível, desenvolve interações de natureza privada, com tom de voz baixo, existindo proximidade física e contacto frequente. Esta interação pode ou não ser simultânea com a prestação de cuidados técnico-instrumentais ao doente em causa, mas normalmente, possui objectivos terapêuticos específicos.

Assim, a enfermeira pode deslocar-se junto de um doente com a principal finalidade de prestar cuidados técnico-instrumentais. O oposto também pode acontecer, ou seja, deslocar-se junto de um doente com o intuito de desenvolver uma interação terapêutica.

Todavia, em qualquer dos casos, acaba por estar sempre em causa, a globalidade dos cuidados. Esta perspectiva global justifica-se por razões de ordem vária, das quais

destaco, o facto de o doente estar a fazer um tratamento que exige uma elevada atenção e rigor técnico e o facto de o processo da doença exigir cuidados específicos.

Capítulo II – Factores específicos de *stress* no trabalho de enfermagem

A realidade do trabalho do enfermeiro, como já foi referido, é bem diferente da dos restantes técnicos de saúde. O enfermeiro é um profissional de saúde que presta cuidados globais a um doente. Para além dos cuidados de higiene, de alimentação e outros, o enfermeiro dá apoio psicológico ao doente e família, administra medicação e monitoriza todos os sinais e sintomas inerentes à situação do doente, tendo ainda que ter em conta as suas carências sociais.

No desenvolvimento das suas actividades verificam-se, assim, uma polivalência que, no entanto, não é acompanhada de uma autonomia e diferenciação de funções bem definidas, o que leva a conflitos e ambiguidade de papel.

Por outro lado, o trabalho de enfermagem é extremamente desgastante, não só pelos aspectos apontados, mas também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos.

Assim, torna-se fácil compreender a problemática da profissão de enfermagem, da qual se diz ser de uma submissão consentida, que se vê confrontada com situações difíceis e perante as quais não pode deter-se a pensar em relações de poder, de autonomia e de status, devendo, antes, agir.

Por isso, o trabalho dos enfermeiros, em ambiente hospitalar, é um tipo de trabalho desenvolvido em circunstâncias altamente stressantes, as quais podem levar a problemas como: desmotivação, insatisfação profissional, absentismo, rotação e tendência em abandonar a profissão.

Neste capítulo serão representados os principais factores de *stress* dos enfermeiros nos diferentes serviços da unidade ambulatória do Instituto Português de Oncologia de Lisboa e serão enunciados e, posteriormente, analisados individualmente todos os factores recolhidos nas entrevistas.

1. O local de trabalho

Começo por abordar as considerações dos enfermeiros acerca do espaço físico em que estes exercem as suas funções.

No que concerne ao local de trabalho, segundo os entrevistados, as opiniões são unânimes. Todos enunciaram que as más condições físicas do seu local de trabalho são inadequadas no exercício da sua profissão e são um dos principais factores de *stress*, como podemos evidenciar nos seguintes testemunhos:

“Em termos físicos está de longe dentro das características de um serviço de oncologia que um hospital de dia deve ter, não temos janelas, os únicos sítios em que existem são nos quartos de tratamento mais longos, às vezes estamos a trabalhar turnos de 12 horas vários dias e nós não nos apercebemos se está a chover lá fora, se está um dia maravilhoso lá fora, não nos apercebemos e é muito desgastante, estamos sempre com uma luz artificial que quando saímos lá para fora incomoda-nos bastante, a ventilação também não é a ideal, existem períodos em que sentimos todos sintomas de queda de cabelo, para além do período normal do Outono, também dores de cabeça e um cansaço a partir das 17h00 da tarde”. **(Enf. 1)**

“ Para mim devia ser o serviço do Instituto com melhores condições, devia ser o serviço mais bonito do Instituto, devia ser o serviço que ostenta-se mais liberdade e esperança a cada doente, o que não é, transmite mais angústia do que esperança, é uma sala fechada que não tem luz natural, tem 12 cadeirões em que as pessoas entreolham-se ou então afastam o olhar para três televisores que estão suspensos, é apertado, para além de não haver luz natural é um serviço que em termos de composição empírica, portanto construção, é ineficiente porque em termos de extracção do ar é insuficiente”. **(Enf. 9)**

Outra característica expressa, não menos importante para os entrevistados, e que demonstra insatisfação face às más condições do local de trabalho, tem a haver com o facto do seu local de trabalho ser um espaço aberto a doentes e familiares sem qualquer tipo de controlo para os profissionais, como manifesta a seguinte citação:

“É um serviço onde está sempre cheio de gente a toda a hora, onde todas as pessoas entram e saem e nos vêm perguntar tudo, é um dos factores que não nos faz sentir muito

bem, porque enquanto noutros serviços as pessoas não podem entrar, perguntar e pedir satisfações, aqui qualquer pessoa entra, vão todos à sala de quimioterapia, às vezes estamos a atender um doente e temos atrás de nós muitas pessoas que vão á sala perguntar porque ainda não foram atendidas, os familiares estão sempre a interromper com questões o que por vezes provocam mais problemas do que os próprios doentes, o hospital de dia é uma porta aberta, e é sempre o último sítio dos doentes, é o serviço que está dependente do resultado das análises, de todos os tratamentos, nós somos sempre a última linha, e somos nós que levamos sempre com as reclamações dos doentes e familiares.” **(Enf. 10)**

Nas respostas recolhidas nota-se que estas más condições físicas do trabalho reflectem directamente com o trabalho dos enfermeiros do Hospital, mas estende-se igualmente para os doentes que diariamente ou mensalmente dispõem daqueles serviços de saúde.

2. As relações Interpessoais e Grupais

Perante esta problemática, a maioria das opiniões recolhidas revelaram que os entrevistados consideravam a relação com os colegas de enfermagem muito boa, e que era pautada pela compreensão, tolerância e espírito de auto-ajuda, e que estas relações eram muito gratificantes e contribuíam, significativamente, para um bom ambiente de trabalho, como podemos ressaltar no seguinte testemunho:

“ Entre colegas enfermeiros no início o ambiente era muito diferente, mas agora temos uma equipa muito jovem e, todos nós já nos habituámos a nós como somos, e acho que agora estamos na melhor fase em termos de companheirismo e entre colegas temos uma equipa muito boa de enfermagem, apoiamo-nos muito nos elementos mais antigos pela experiência de trabalho, para resolverem as dúvidas que temos. Mantemos relações de amizade dentro e fora do local de trabalho, e somos como uma família, visto a maior parte dos dias estarmos 12 horas juntos a trabalhar, a levar os problemas que nos afrontam no trabalho e na nossa vida pessoal, e combinamos mesmo actividades extra-profissionais como de momento as aulas de surf aos Domingos.” **(Enf. 1)**

No que diz respeito á relação com os médicos, a generalidade, senão todos os entrevistados, demonstraram insatisfação que se traduz na indignação face à sua relação

de trabalho com estes profissionais, podendo mesmo anunciar num modo geral, a existência de um certo elitismo nos profissionais de medicina.

“ Não existe relação com os médicos, ou melhor existe relação com alguns, mas é muito restrita, ou seja, também acho que eles tem uma situação um bocado difícil, são poucos e os que querem entrar nesta especialidade com o excesso de carga horária acabam por sair e aqueles que mantemos mais afinidade acabam por se ir embora, portanto os que permanecem são os da velha guarda, que são pessoas mais inflexíveis, que estão saturados e que se tivermos que telefonar por algum motivo temos sempre medo, por algum receio do que dizem e dos gritos que costumam mandar. Existe uma parede entre nós e eles, acho que eles não compreendem o nosso trabalho e também não nos ajudam porque estão saturados, não temos acompanhamento médico, pelo que nos tornamos autónomos ”. **(Enf. 9)**

Como se reflectiu na literatura anunciada anteriormente, também neste estudo podemos constatar que a relação entre os enfermeiros e médicos desta unidade de Saúde é caracterizada por relações ambíguas, modeladas pelo elitismo, pouco cooperativas e predominantemente destrutivas, o que originam elevados níveis de tensão e de *stress* entre os membros de enfermagem.

Por último, e não menos importante, refiro-me às relações grupais que definem de certo modo a situação dos enfermeiros em contexto de trabalho.

Sendo assim, perante a recolha de dados, e conforme os resultados de alguns estudos sobre esta temática, são também confirmados por estes enfermeiros como principais stressores das relações grupais: a falta de coesão, as pressões de grupo, o clima grupal e os conflitos de grupo.

Embora se reconheça que a falta de coesão nos grupos pode constituir uma fonte importante de *stress*, apenas existe evidência empírica do *stress* gerado pela excessiva ou escassa coesão de um grupo e as suas consequências⁷.

No que respeita às pressões de grupo, e relativamente à confirmação de outros estudos, estas resultam em experiências de *stress*, às pressões exercidas pelo grupo para que os

⁷ Em condições de trabalho de risco ou perigo, a coesão pode representar um forte apoio emocional e instrumental.

membros se acomodem às normas e expectativas do mesmo. Estas pressões resultam em fonte de *stress* se com elas se pretender reduzir, modificar ou anular, valores e crenças relevantes para o indivíduo, que levam a várias alterações psicológicas e comportamentais.

O clima de uma equipa ou grupo de trabalho é também considerado um stressor importante para os enfermeiros.

O termo "clima de grupo" (ou de equipa) refere-se ao ambiente interno existente entre os membros dos grupos nas organizações e, está intimamente relacionado com o grau de motivação dos indivíduos.

Quando existe uma elevada motivação entre os membros de um grupo, o clima do grupo de trabalho traduz-se por relações gratificantes de satisfação, interesse e colaboração e, pelo contrário, uma fraca motivação entre os membros (por frustrações ou por impedimento à satisfação das suas necessidades) reflecte-se no clima de grupo dando origem a problemas emocionais, que se manifestam por: depressão, desinteresse, apatia e insatisfação, podendo, em casos extremos, chegar a estados de agressividade.

Perante estes stressores anunciados anteriormente, evidenciei que a maioria das opiniões dos entrevistados em relação a esta questão transpareceram insatisfação ou desilusão, pelo facto de não existir uma eficaz comunicação interna entre os superiores, que os acusam em não defender as suas limitações, preocupações e sugestões, o que reflecte directamente na motivação destes profissionais de saúde.

3. Desvalorização Profissional

Esta problemática, foi uma das que mais suscitou interesse de discussão entre os entrevistados, devido ao facto de poderem exprimir as suas opiniões relativas ao sistema de saúde praticado em Portugal.

Começo por abordar a questão do grau académico de enfermagem, em que todos referiram o não reconhecimento da profissão de enfermagem dentro da sociedade civil, ou seja, a maioria dos entrevistados referiu que na profissão de enfermagem está

incutida a imagem de desleixo, de trabalho promissor e bem remunerado para o tipo de trabalho exigido nas unidades de saúde, o que para estes enfermeiros a situação é inversa.

Ao contrário, do que foi por mim observado e explicado pelos enfermeiros desta unidade a situação é completamente diferente, isto é, primeiramente os enfermeiros necessitavam de bacharelato para exercer a profissão de enfermagem, com as mudanças no sistema de saúde, foi obrigatório o curso passar a 4 anos de estudos para ser reconhecido como Licenciatura, o que fez com que os profissionais de geração mais velha despendessem dos seus recursos monetários para concluírem mais um ano de estudos para a Licenciatura, com o intuito de progressão da carreira, o que na realidade não aconteceu nestes enfermeiros.

Outra fonte de preocupação destes entrevistados tem a ver com a segurança ou estabilidade do posto de trabalho, ou seja, com o tipo de contrato de trabalho estabelecido entre a entidade patronal e o funcionário.

Perante, a recolha de dados, conclui que a grande maioria destes profissionais, nomeadamente os mais jovens dispõem de contratos precários de tempo certo ou de substituição, e que no momento de recrutamento inicial são colocados em serviços impostos pelo entidade patronal daqueles nos quais eles não estavam interessados, o que reflecte na grande rotatividade de enfermeiros neste hospital.

Outra das situações referidas pelos entrevistados, foi a insuficiente progressão de carreira, em que todos os entrevistados referiram que apenas o enfermeiro-chefe dispunha de certos atributos profissionais e monetários, e que os restantes profissionais independentemente dos anos de serviço e da progressiva formação profissional e escolar não adquiriram até ao momento qualquer contributo monetário e profissional.

Por último, e no meu entender a mais ingrata para estes profissionais, refiro os baixos níveis de remuneração.

Assim, todos os entrevistados, e apenas um que não referiu este factor como o essencial, estavam descontentes com a sua remuneração, pois esta não se enquadra na situação

daquilo que no conteúdo de trabalho e dos riscos associados a este, é a estipulada, nomeadamente para os profissionais no início de carreira.

Deste modo, a totalidade dos entrevistados demonstrou insatisfação com a sua situação profissional, o que levou a que muitos destes respondessem da seguinte forma:

“Já pensei desistir da enfermagem, porque eu quero ir para o estrangeiro, exactamente porque não sou satisfeita em Portugal. Não temos carreira estabelecida, temos contratos precários, os acordos do sindicato com o Ministério de saúde não me convencem de todo, acho que existe demasiados cursos de enfermagem abertos sem haver uma eficaz fiscalização do Ministério da Saúde em relação á qualidade dos cursos. A remuneração também não me satisfaz, recebermos o que recebemos é uma anedota, pelo tipo de trabalho que praticamos, portanto para quê ficar em Portugal.” **(Enf. 1)**

“ Sinto-me desiludido enquanto enfermeiro, pelo sistema que temos em Portugal, e é por isso que após 13 anos de profissão aqui em Portugal, eu desisto e vou embora para a Suíça em Setembro, para de facto ter melhores condições de vida e ser devidamente reconhecido. O que deixa fora de mim é as coisas não funcionarem, ter de chamar médicos sem ser a minha função, enfim tudo isto deixa-me farto de estar aqui.” **(Enf. 4)**

4. Excesso de Trabalho

Outra situação observada e expressa neste hospital é o excesso de trabalho, quer em termos quantitativos como qualitativos, que é outra fonte frequente de *stress*. Por sobrecarga quantitativa entende-se o excesso de actividades a realizar, num determinado período de tempo. A sobrecarga qualitativa refere-se a excessivas exigências em relação com as competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador.

Assim, dos dados recolhidos, evidenciei que a maioria dos profissionais trabalham 12 horas consecutivas de Segunda a Sexta ou de Segunda a Sábado duas a quatro vezes por semana, por vezes sem qualquer folga entre o mês sem serem os Domingos, o que origina situações de grande *stress*.

Claro, que todo o excesso de trabalho provoca directamente nos enfermeiros nefastos sintomas físicos e psicológicos⁸ a curto, médio e longo prazo, e repercute-se na eficiência da sua actividade profissional, como retratado por esta enfermeira:

“ Para mim o ideal era não haver este horário tão alargado, ou seja, devia existir uma equipa de manhã e outra de tarde o que não acontece, às vezes temos uma equipa de manhã com alguns elementos à tarde, mas o maior foco de *stress* para mim é à hora de almoço, por causa da sobreposição da hora do almoço dos colegas da manhã com os da tarde, isto origina que fiquemos cada um com os dois cadeirões que nos pertence e com mais dois dos colegas que vão almoçar, a que ficamos com quatro, e é nessa altura que cometemos mais erros, mais falhas de comunicação e onde há maior volume de trabalho, o que para mim é o pior erro que cometeram aqui”. (Enf. 1)

Ainda em relação ao excesso de trabalho, é de referir que para além das funções exigidas enquanto enfermeiro, muitos ainda tem de exercer funções que não lhes competem, como o controlo de toda a logística, como evidenciado e comprovado pelos enfermeiros da sala de tratamentos deste Hospital.

Concluindo, é de destacar que para além do habitual excesso de trabalho vivenciado diariamente neste hospital, nos meses de férias, nomeadamente Julho, Agosto e Setembro, esta situação é mais abundante e por vezes incontrolável para estes profissionais de enfermagem.

5. Falta de Recursos Humanos

Outra das situações vivenciadas e retratadas pelos entrevistados, é a falta de recursos humanos que são igualmente outro dos factores que causam *stress* em contexto de trabalho.

A primeira causa que estes profissionais referenciaram é a falta de médicos nesta unidade, o que por vezes leva a situações de desespero e mesmo de inutilidade perante um diagnóstico problemático, e estes tomam por vezes as decisões adequadas sem o parecer médico, o que origina uma grande responsabilidade para estes profissionais.

⁸ Ver no capítulo III.

Ressalto como anteriormente exposto, que só existia um médico destacado para o serviço de urgências a partir das 14h00 da tarde e que por exemplo no mês de Julho não permanecia qualquer elemento de medicina neste serviço, pelo que tornou a situação mais problemática para os enfermeiros.

As opiniões sobre esta questão foram unânimes perante todos os entrevistados e demonstraram uma grande preocupação por parte destes e indirectamente preocupação para com os doentes, como expresso nas seguintes citações:

“Temos um grande problema no hospital de dia, não temos um médico e enquanto noutras unidades de quimioterapia, não sei se em Portugal, mas no estrangeiro sim, é obrigatório haver um médico no hospital de dia, aqui não temos, e quando temos há sempre alguma complicação, ou mesmo coisas básicas como o doente está com uma queixa ou o doente nos pede uma receita e nós é que temos que articular com o médico, e nós temos aquele problema de telefonarmos ao médico e ele estar numa consulta ou estar num tratamento e termos de ouvir coisas menos adequadas por estarmos a incomodar”. **(Enf. 9)**

“Nós somos o único hospital de dia em que não temos um médico presente, os doentes nem sempre tem consultas, os médicos são poucos na especialidade para o volume de doentes deste serviço e poucos no Instituto para o número de doentes, então estes tem de gerir as consultas de acordo com a disponibilidade deles. Ou seja, enquanto alguns doentes num mês tem uma consulta e tratamento, no próximo mês podem só ter o tratamento e não terem a consulta ou vice-versa, e vem fazer o tratamento e por vezes acontecem reacções e temos de recorrer ao médico assistente se existir no momento, ou então temos de telefonar a um médico para ver se o encontramos, o que muitas das vezes não acontece, pelo que somos nós que administramos a medicação”. **(Enf. 3)**

6. Gestão de Sentimentos

A gestão de sentimentos é outro dos factores específicos de *stress* dos enfermeiros deste hospital. Este factor deve-se especificamente à forma como estes profissionais conseguem ou tentam gerir os seus sentimentos perante as situações vivenciadas no seu contexto de trabalho.

Como estamos perante uma unidade ambulatória de oncologia, a maioria dos doentes que dão entrada nesta unidade apresentam prognósticos muito complicados e por vezes conduzem a situações indutoras de *stress* para estes enfermeiros. Por outro lado, na medida em que os doentes que estão sujeitos a tratamentos de quimioterapia têm uma continuidade de tempo a médio ou longo prazo, e as relações com estes profissionais tornam-se muito fortes, qualquer fatalidade por parte dos doentes pode conduzir ao estado de *burnout* para os enfermeiros.

Esta situação é comprovada e vivenciada diariamente por estes enfermeiros, que expressaram episódios, a que me proponho a citar, para caracterizar o tipo de situações a que estes profissionais desta unidade estão habituados a vivenciar no seu local de trabalho.

“Nós estamos diariamente expostos a situações dramáticas neste serviço, porque temos relações fortes com a família dos doentes que fazem cá o tratamento que pode ser de 1 a 4 anos dependendo do caso, o que difere muito por exemplo das unidades de internamento que entram e saem, aqui conhecemos toda a família, portanto mantemos grande proximidade entre todos... O que mais me marcou foi um senhor a que eu tinha feito vários tratamentos e o acompanhei durante 1 ano, e durante esse ano eu vi ele a piorar de dia para dia até ficar mesmo muito mal e ser internado no piso 1. Como temos por hábito visitar os doentes internados, a esposa dele veio ter comigo e disse: “Venha lá a cima visitar o meu marido porque ele está um bocado mal. E quando fui lá a cima visitá-lo já não me lembrava nada dele como o conhecia antes de piorar, estava irreconhecível. Quando me cheguei ao pé dele na cama ele agarrou-me na mão e disse-me: “Ainda bem que me veio ver, queria mesmo vê-la antes de me ir embora da terra”. E eu comecei a chorar compulsivamente á frente dele e da esposa. Desci para o meu local de trabalho e continuei a chorar, não me conseguia controlar, ficando assim durante alguns dias. Não fui capaz de o ver novamente até morrer. Ainda hoje não me consigo distanciar destas situações”. (Enf. 10)

“ Era um miúdo de 15 anos, fiz o seu primeiro tratamento e para além daquele pavor todo do desconhecido e do receio, era um rapaz muito assustado a nível emocional e tinha muito medo da punção venosa e ainda por cima tinha más veias, e lembro-me de haver uma reacção característica do primeiro tratamento de quimioterapia e eu cheguei ao pé dele e ele estava a chorar e a gritar para eu não me chegar a ele, precisava de

colher sangue e ele perguntava-me: “Mas porquê? Porque me aconteceu isto a mim? Eu não mereço isto, eu sou uma criança. Que estou eu aqui a fazer?” Eu tentei enaltecer um bocado a situação e explicar, mas eu senti que tudo aquilo que eu dissesse era em vão, não valia a pena porque não estava a ouvir, nem tinha condições para ouvir, como explicar a um miúdo que tem cancro, senti-me muito mal, e só queria fugir. Todas aquelas palavras ecoaram na minha cabeça durante semanas, porque de facto é uma revolta que eu sentia porque eu olhava para aquele miúdo e não era ali que ele deveria estar, mas sim a brincar com os outros miúdos da sua idade”. **(Enf. 9)**

Como podemos evidenciar nos anteriores testemunhos, todas estas situações são diariamente vividas no seu local de trabalho e originam para além da sobrecarga física, uma forte sobrecarga psicológica, que se expande na generalidade para fora do campo profissional e influencia negativamente a sua vida pessoal.

Perante os dados recolhidos, todos os entrevistados, ressaltaram o facto de levarem os problemas dos doentes para o núcleo familiar e rede de amigos, para além de ainda inconscientemente sonharem constantemente com os doentes, como comprovado por estes profissionais.

“ Eu tento não levar os problemas para casa, tento-me desligar, mas às vezes é difícil, quando existem doentes mais novos, próximos da minha idade, faz-me pensar, pois sinto-me mais próxima da doença e como existem casos muito difíceis, tudo me passa pela cabeça, apesar de sonhar constantemente com os doentes, que penso que tenha a ver com o lado das nossas chefias por não nos darem o apoio que achamos que devíamos ter”. **(Enf. 3)**

“ Eu chego a casa e quando a minha mãe me telefona dou por mim a contar-lhe casos que passam pelas minhas mãos na urgência, e por vezes o assunto é só sobre o que me aconteceu ou o que aconteceu com aquele doente, sinto necessidade de desabafar com a minha mãe”. **(Enf. 5)**

Capítulo III – Sintomas associados ao Stress Ocupacional

Este capítulo é um complemento do capítulo anterior, visto ser necessário compreender os sintomas associados ao *stress* ocupacional e as implicações que estes parecem na vida destes profissionais.

Começo por abordar de uma forma sucinta os sintomas físicos destacados por estes enfermeiros e, conseqüentemente, os sintomas psicológicos, tentando levar o leitor para o interior deste “palco”.

O retrato dos resultados a apresentar refere-se à recolha de dados feita pela entrevista aos 12 enfermeiros, assim como, através da observação participante.

Penso que através da representatividade destes sintomas, podemos compreender as nefastas implicações que estes profissionais de saúde enfrentam no seu contexto profissional.

1. Sintomas Físicos

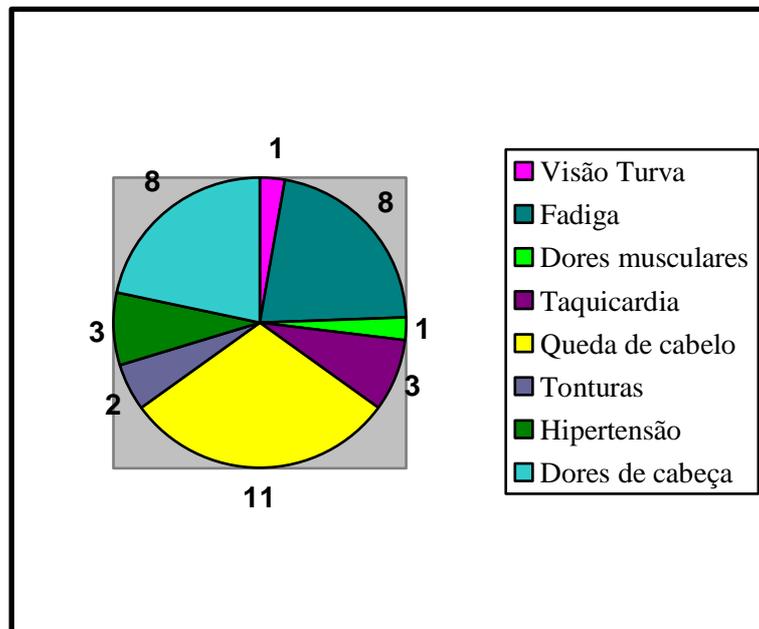
Começo por abordar em primeiro lugar os sintomas físicos apontados por estes enfermeiros que são descritos como: fadiga, dores de cabeça; tonturas, visão turva, queda de cabelo, hipertensão, taquicardia e dores musculares.

De destacar, que estamos a falar de indivíduos com uma faixa etária maioritariamente jovem, em que prevaleciam na maioria deles um ou mais destes sintomas anteriormente destacados.

A prevalência do sintoma físico da queda de cabelo foi o mais salientado por estes 12 profissionais entrevistados, como visualizado na citação e gráfico em baixo, que a justificam por causa da ineficaz extracção do ar dentro da sala de quimioterapia.

“A extracção do ar não é a ideal, existem períodos em que sentimos todos sintomas de queda de cabelo, para além do período normal do Outono”. **(Enf. 1)**

Gráfico 2: Sintomas físicos associados ao *stress* ocupacional dos 12 enfermeiros.



2. Sintomas Psicológicos

Para além dos sintomas físicos associados ao *stress* ocupacional, como anteriormente desenvolvidos, os sintomas psicológicos também são uma constante nestes profissionais de saúde deste Hospital de Oncologia de Lisboa.

Sendo assim, perante a recolha de dados pode destacar inúmeros sintomas psicológicos evidenciados por estes enfermeiros, destacando nomeadamente dois deles, que inconscientemente fazem parte do tipo de trabalho a que estes diariamente estão sujeitos, a ansiedade e a exaustão emocional.

De ressaltar, que o próprio conteúdo do trabalho a que estes enfermeiros estão sujeitos implica elevadas exigências psicológicas pelas situações com que se deparam diariamente, o que explica a grande rotatividade destes profissionais nesta unidade, e por outro lado, a constante ansiedade para que as coisas corram bem com aquele doente que acompanharam durante a fase do tratamento.

Um aspecto que também suscitou interesse perante as entrevistas foi o facto de alguns destes enfermeiros destacarem desmotivação no seu trabalho, como foi o caso desta enfermeira:

“Se tiver que balançar entre realização profissional e desilusão, a desilusão prevalece sem dúvida, porque já presenciei o essencial da enfermagem”. **(Enf. 2)**

Com a leitura da tabela em baixo, podemos visualizar a prevalência dos sintomas psicológicos indicados pelos entrevistados nesta unidade ambulatória de Oncologia.

Quadro 1: Sintomas psicológicos associados ao *stress* ocupacional dos 12 enfermeiros

Sintomas Psicológicos	Número de Indivíduos
Tensão	9
Ansiedade	12
Exaustão Emocional	5

Outra incidência que presenciei na observação e, que foi exposta nas entrevistas, foi o facto de muitos destes enfermeiros serem viciados em tabaco, nomeadamente os que exerciam funções no serviço de urgência. E, ainda um dos entrevistados, referiu que tem por hábito recorrer a drogas leves.

Perante todos estes sintomas enunciados anteriormente, pude constatar ainda que a grande maioria dos enfermeiros costumam recorrer a fármacos, como os ansiolíticos, antidepressivos e antiinflamatórios, para ajudar a combater todos os sintomas que eles apresentam.

Muito dos entrevistados, ao abordar esta questão dos sintomas associados ao *stress* ocupacional, demonstram a necessidade de recorrer a médicos, convencionais ou não, para ajudarem a manter a forma física, assim como a psicológica, para enfrentar o trabalho diário. Tudo isto, deve-se em grande parte aos factores que anteriormente foram abordados. A seguinte citação é representativa deste facto apresentado.

“Uma semana trabalhei 12 horas seguidas durante 4 dias e cheguei a casa cansada com uma dor nas pernas, doía-me o corpo todo, deitava-me na cama e sentia-me a respirar de cansada, o que não era normal e tive a necessidade de recorrer a um homeopata que me receitou umas vitaminas naturais para conseguir afastar o cansaço extremo”. (Enf. 1)

Capítulo IV – Estratégias de Copying

Introduzir o conceito de *copying* nesta pesquisa de investigação, tem como finalidade explicar como estes enfermeiros desta unidade ambulatoria arranjam estratégias para diminuir a carga física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores do *stress*.

Para melhor entendimento, o *copying* é uma estratégia de adaptação que tem como objectivo gerir um problema e modular a resposta emocional a esse problema, ou seja, pressupõe um conjunto de estratégias para responder a um acontecimento stressante.

Para compreender este processo, é necessário referenciar que o *copying* tem no essencial duas funções: lidar com o problema e regular as emoções.

Por um lado, as estratégias de *copying* centradas no problema (lidar com o problema) caracteriza-se por: procurar saber o que fazer, evitar agir impulsivamente e confrontar (o)os responsáveis pela dificuldade, com a finalidade de se obter um resultado favorável.

Por outro lado, as estratégias de *copying* centradas nas emoções (regular as emoções) visam diminuir o sofrimento emocional, como evitação, minimização, distanciamento, e atenção selectiva, com o intuito de se obter algo positivo de situações negativa, como por exemplo a procura de informações que dêem conforto.

Perante esta explicação, este capítulo aborda as estratégias de *copying* utilizadas por estes profissionais de saúde para combater os stressores ocupacionais a que estão sujeitos no seu exercício profissional.

1. Estratégias de *Copying* em situações de Avaliação

Perante a análise de dados, pude concluir que face a situações de avaliação, os entrevistados do sexo feminino desenvolvem mais estratégias centradas na emoção do que os profissionais de enfermagem do sexo masculino. Estas estratégias pressupõem a redução da tensão, o pensamento positivo e o suporte social. Relativamente aos entrevistados do sexo masculino, estes desenvolvem mais estratégias centradas no problema, isto é, centram-se na tarefa, lidando com o problema no momento, alterando o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está a causar a tensão.

Para caracterizar esta estratégia centralizada na emoção posso referir muitos processos que observei e que me foram descritos nas entrevistas por estes enfermeiros desta unidade ambulatoria do Instituto Português de Lisboa. Por exemplo, os enfermeiros que tem de fazer pausas para fumar cigarros, tomar ansiolíticos ou antidepressivos, dançar e viajar são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional, explicada por estes.

“Viajo muito, é uma forma de escapar da rotina, e tento não arranjar desculpas para evitar jantares, saídas á noite com amigos, começamos aqui dentro entre colegas a fazer actividades como surf e é a forma de aproveitar a vida, de fazer as coisas que gosto e pôr para trás todos os problemas emocionais que este trabalho implica” (Enf. 1)

Outra questão defendida e que merece destaque tem a ver com o recursos para lidar com o stress (estratégias de *copying*). A análise de dados da pesquisa, revela as seis estratégias mais usadas pelos enfermeiros para lidar com o *stress*, sendo elas:

1. Apoio Social;
2. Estruturação – capacidade de gerir e organizar recursos como o tempo e a energia;
3. Liberdade Financeira – liberdade de preocupações financeiras;
4. Monitorização do Stress – consciência do stress pessoal e do desenvolvimento de tensão e de situações de stress;
5. Sociabilidade;

6. Confiança: confiança na capacidade da pessoa ser capaz de enfrentar com êxito uma situação de stress.

Um outro aspecto de *copying* que foi avaliado na minha pesquisa foram os recursos que estes enfermeiros achariam úteis para lidar com o *stress* no trabalho. As categorias mais indicadas por ordem decrescente de relevância foram as seguintes:

1. Tempo de Lazer;
2. Manter um bom relacionamento com os doentes;
3. Melhorar os conhecimentos clínicos/práticos;
4. Grupos de discussão;
5. Fazer pausas no trabalho;
6. Reservar tempo livre para si próprio;

As estratégias menos recomendadas foram as seguintes:

1. Beber bebidas alcoólicas;
2. Fumar;
3. Arranjar desculpas;

A ordenação destas categorias parece ter uma relação com a idade das enfermeiras e os anos na profissão. Fazer pausas e melhorar os conhecimentos clínicos e práticos foram considerados recursos mais desejáveis pelos enfermeiros mais velhos (mais de 30 anos) e os que têm 5 anos ou mais na profissão. Passar tempo com a família e os amigos parece ser uma estratégia mais favorecida para os enfermeiros com menos de 5 anos na profissão.

Conclusão

Depois de compreender e analisados os dados empíricos recolhidos durante o trabalho de campo, torna-se também necessário, nesta fase da investigação, recuperar o modelo teórico e os objectivos e conjugá-los com os dados recolhidos.

Os resultados a que cheguei permitiram-me responder à minha questão inicial e confirmar a minha hipótese central, cabendo agora destacar os pontos mais importantes da argumentação que sustentaram a interpretação dos dados recolhidos.

O *stress* e o *burnout* não são um problema específico dos enfermeiros, mas esta não deixa de ser uma das profissões que mais é afectada por eles. Assim, são necessários mais estudos que abordem esta temática e que nos ajudem a saber lidar com um fenómeno que é característico da sociedade actual, em que o tempo corre, as tarefas a desempenhar são múltiplas e complexas e os conflitos entre os diversos papéis que representamos são uma constante.

Começo no primeiro momento por caracterizar a heterogeneidade destes enfermeiros, que apesar da representatividade da minha amostra, na generalidade, a grande maioria encontra-se na faixa etária dos 24 aos 30 anos dispersos por todos os serviços da unidade ambulatoria deste Hospital. E ainda, foi exposto a complexidade da interacção entre enfermeiros e doentes, assim como enfermeiros e os outros profissionais de saúde.

No que respeita aos factores de *stress* ocupacional, podemos realçar como os factores negativos e, neste caso, os que são mais susceptíveis de causar *stress*: as más condições físicas de trabalho, o excesso de trabalho, a desvalorização profissional (incluindo o salário pouco aliciante), o excessivo número de doentes por enfermeiro, a falta de médicos, a falta de privacidade, a falta de reciprocidade nas relações, especialmente com os médicos, as altas exigências físicas e psicológicas no trabalho, os problemas de coordenação nos serviços, a falta de comunicação externa e interna que tornam os objectivos pouco claros no trabalho, a falta de “feedback” ou retorno positivo de resultados no trabalho, a falta de suporte social e a ausência de estratégias de problemas específicos dentro da gestão do IPO de Lisboa.

Para uma melhor interpretação das situações específicas do contexto clínico, podemos resumir em quatro os factores primordiais destes enfermeiros nesta unidade ambulatória de oncologia.

O primeiro tem a haver com a forma como estes profissionais lidam com o sofrimento, nomeadamente a morte dos utentes, seguido pelo sentimento da responsabilidade pelas pessoas que muitas delas apresentam casos clínicos de prognóstico reservado. Consequentemente, temos as relações de trabalho, que se definem pela incompatibilidade de horários e falta de comunicação com os médicos e, não obstante, as perspectivas de promoção, em que nesta área se representa na ausência de uma progressão notória na carreira.

Todos estes factores considerados stressantes por estes enfermeiros que trabalham nesta unidade ambulatória de oncologia devem ser considerados potenciais desencadeantes da síndrome de *burnout*, a síndrome caracterizada por desgaste emocional, despersonalização e sentimento de incompetência profissional, que pode conduzir o enfermeiro até ao abandono da especialidade. Especificamente, na área de oncologia, esta é uma repercussão muito negativa já que ainda existe escassez de profissionais especialistas.

Por outro lado, o *copying* pode vir a ser uma forma de evitar o *stress* profissional. No entanto, na população estudada, o *copying* focado na emoção é o mais utilizado, essencialmente a reavaliação positiva, onde o indivíduo tenta reestruturar o acontecimento, com o intuito de encontrar alguns aspectos mais favoráveis, fala consigo próprio com a intenção de amenizar a gravidade da situação e concentra-se nos aspectos positivos da situação, como forma de amenizar a carga emotiva do acontecimento, buscando alterar a situação. Outro *copying* utilizado foi o *copying* focado no problema, a resolução de problema.

Uma contribuição importante deste estudo foi uma breve análise dos recursos de *copying* destes entrevistados e da sua relação com as respostas de *stress*. O apoio social, a estruturação, a liberdade financeira, a monitorização do stress, a sociabilidade, e a confiança foram os recursos de *copying* mais usados por estes enfermeiros.

As estratégias que foram consideradas por estes profissionais de enfermagem como mais úteis para lidar com o *stress* são de ordem individual (gerir melhor o tempo de lazer, adoptar um estilo de vida saudável e minimizar conflitos dentro da equipa) e organizacional (grupos de discussão mais direccionadas para as competências inerentes às chefias para a exposição dos problemas). Mesmo assim, parece que os enfermeiros mais velhos indicaram uma preferência para soluções mais organizacionais, por exemplo, fazer pausas em vez de passar tempo com a família e amigos. Embora os entrevistados considerassem que as chamadas estratégias de fuga seriam menos úteis para enfrentar o *stress* profissional, uma percentagem considerável dos enfermeiros admitiram beber, fumar e tomar ansiolíticos em resposta ao *stress*.

Devo referir que pela minha estadia no hospital, e pela conseqüente observação do contexto de trabalho numa unidade de oncologia, deparei-me com situações extremamente stressantes e desgastantes para os enfermeiros e concluí que o *stress* ocupacional e o *burnout* estão relacionados com *locus* de controlo baixos nestes enfermeiros. Ainda se verificou que estes indivíduos apresentam estratégias de coping desadequadas e por último ficou provado que a baixa participação em tomadas de decisão tem implicações negativas na satisfação no trabalho.

Bibliografia

- ALDWIN C.M. (2000) *Stress, coping, and development: an integrative perspective*, New York: The Guilford Press;
- BOORE, J.R.P. (1981) “The physical science in nursing”, in P.J. Smith. *Nursing science, in nursing practice*. London, Butterworths;
- BRUNNER, L. (1983) *Enfermería médico-quirúrgica*. Mexico: Interamericana;
- BYRNE, B. (1991) “Burnout: investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary, and university educators”, *Teaching & Teacher Education*, 7, 2, 197-209;
- BYRNE, B. M. (1993) “The Maslach Burnout Inventory: testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers”, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 3, 197-213;
- CALHOUN, G. (1980) “Hospitals are high - stress employers”, *Hospitals*, 54 (12), pp.171 -176;
- CLANCY, J. & MCVICAR, A. (1994) *A subjectividade do stress. Nursing*. Lisboa, ISSN 0871. Ano 7, nº83, 22-28;
- CARAPINHEIRO, Graça (1989) *Saberes e Poderes no Hospital – Estudo sociológico de dois serviços hospitalares*, Tese de Doutoramento, ISCTE, Lisboa;
- DAMÁSIO, A. R. (1995) *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*, 13ª ed., publicações Europa-América, Mem-Martins;
- DAMÁSIO, A. R. (2000) *O Sentimento de Si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*, 9ª ed., Publicações Europa-América, Mem-Martins;

- DIAS, M. (1994) “Informar os doentes oncológicos: uma perspectiva de intervenção”, in *psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*, pp. 17-32 Braga: Apport;
- GHIGLIONE, R & MATALON, B (2001) *O inquérito. Teoria e Prática*. Lisboa, Celta;
- GRAY-TOFT, P. e ANDERSON, J. (1981) “Stress among hospital nursing staff; its causes and effects”, *Social Sciences Medicine*, (15): pp.639-647.
- GREENBERG, J. (1987) *Comprehensive Stress Management*, Dubuque, IOWA: William C. Brown Publishers;
- GUERRA, I. C. (2006) *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*, 1ª ed., Principia edição, Cascais;
- FAULKNER, H. N. H. (1985) *Stress in the workplace: public health and hospital nurses*. *Can. Nurse*, v.81, n.4, p. 40-7;
- HENDERSON, Virginia (1966) *The nature of nursing*, New York, Mcmillan;
- HUGHES, E.C., et al. (1958) *Twenty Thousand Nurses Tell Their Story*, Philadelphia, Lippincott;
- KANDOLIN, I. (1993) “Bournout of female nurses in shiftwork”, *Ergonomics*, 36 (1-3): pp.141-147;
- LAZARUS, R. (1998) *Coping from the perspective of personality*. “Psychological stress and psychopathology”. New York: Mcgraw-Hill;
- LAZARUS, R. (1991) *Emotion and adaptation*, New York: Oxford University Press;

- LAZARUS, R. & FOLKMAN (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer pub. Company, 554;
- LINDSTORM, K.(1992) “Work organization and well being of finish health care personal”, *Scandinavian Journal of work Environment and Health*. (2): pp.90-93;
- LOPES, José Manuel (2006) *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*, Coimbra, Edição Formasau – Formação e Saúde, Lda;
- LOPES, Noémia Mendes (2001) *Recomposição Profissional da Enfermagem. Estado Sociológico em contexto hospitalar*, Coimbra, Quarteto Editora;
- MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1981) “The measurement of experienced burnout”, *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99- 113;
- MASLACH, C. & LEITER, M. P. (1999) “Take this job and... Love it”, *Psychology Today*, 32, 50-57, 1999;
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B. & LEITER, M. P. (2001) “Job burnout”, *Annual Review Psychology*, 52, 397- 422;
- MCINTYRE, T. M. (1994) *Le Domaine de la Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France;
- MOREIRA, Carlos Diogo (1994) *Planeamento e Estratégias da Investigação social*. Lisboa: ISCSP;
- PATERSON, J. G & ZDERAD, L. T. (1988) *Humanistic nursing*, publication nº41-2218, pp.1-29, New York, National League for Nursing;
- RIBEIRO, L. F. & REBELO, M.T., BASTO, M. L. (1996) “O texto e o contexto nas tendências de enfermagem”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (4), pp.25-29;

- SANMARTÍN, R. (2003) *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*, Barcelona, Ariel;
- SELYE, H. (1959) *The Stress of life*, Cambridge, Paperback;
- SOUSA, M. A. (1996) “Portugal espaço em mudança – que realidades para a enfermagem”, *Enfermagem em foco*, (22): pp.24-26;
- STRONGMAN, K. T. (1998) *A psicologia da emoção*, Climepsi Editores, Lisboa;
- THELAN, L. Davie, J. Urden, L. (1993). *O stress e os enfermeiros de cuidados intensivos* in enfermagem em cuidados intensivos. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta, ISBN-95399-1-X, 81-92;
- TRAVELBEE, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing*, Philadelphia, F.A. Davis;
- TRINDADE, Maria Beatriz Rocha. (1995) *Sociologia das Migrações*, Lisboa, Universidade Aberta;
- YURA, H. (1976) *Nursing Leadership: Theory and Process*, Appleton Century crofts;
- ZURRIAGA, R. & LUQUE O. (1995) *Formación en psicología social para non psicólogos*. Valência, N.A.U. libres.

Anexos

Guião de entrevista

1. Caracterização dos indivíduos

Sexo/ Idade/ Estado Civil/ Especialidade médica/ atributos socioprofissionais

2. Caracterização do Serviço

2.1. Como caracteriza as condições do seu local de trabalho a nível físico e organizacional? Dependendo das condições expressas, reflecte-se muito na sua actividade profissional? Em que aspectos?

3. Tipo de Sentimentos

3.1. Como foi o primeiro contacto com os doentes desta unidade, e a intervenção médica a ser administrada? Que reacções sentiu?

3.2. Já teve algum episódio que o marcou emocionalmente enquanto enfermeiro nesta unidade? Retratar-me sintetizando. Que emoções sentiu? Como consegue separar os sentimentos em relação ao que os doentes transmitem?

4. Factores de stress e estratégias de coping

4.1. No seu entender, quais os factores de stress associados ao exercício da sua profissão? Deve-se a alguma questão específica? Recorre a muitos médicos?

4.2. Já pensou em algum momento desistir da sua profissão pelos diversos factores que anunciou anteriormente? O que o leva a pensar assim? Neste momento sente-se completamente realizado com a sua profissão ou desiludido? Porquê? Se está desiludido, o que o prende?

4.3. Que processos utiliza para combater o estado de insatisfação/exaustão da sua profissão sem afectar directamente o seu exercício profissional?

Guião de Observação

Aspectos a Observar
1. Na Sala de Espera de Tratamentos
Antes da chegada das enfermeiras: A Interação: <ul style="list-style-type: none">➤ Distribuição de doentes na sala;➤ Aspecto dos doentes;➤ Interação entre doentes e respectivos familiares;➤ Interação entre doentes;➤ Interação entre familiares; Contexto <ul style="list-style-type: none">➤ Nível de ruído;➤ Televisores ou outros aparelhos audiovisuais;➤ Impressão gestáltica.
À Chegada das enfermeiras: Os Enfermeiros: <ul style="list-style-type: none">➤ Como entram na sala (expressão facial, interação entre elas)?➤ Como cumprimentam (cumprimento geral ou personalizado, verbal e/ou outro)?➤ Como falam (expressão verbal e não verbal)? Durante quanto tempo?➤ Com quem falam?➤ Falam em andamento ou param a falar?➤ Aproximam-se ou falam à distância? Tocam-se? Como? Quem toma iniciativa?➤ Sobre o que falam? Dão ordens? Tomam decisões? Quais? Os Doentes: <ul style="list-style-type: none">➤ Qual a reacção dos doentes à entrada das enfermeiras (expressões)?➤ Aproximam-se ou são indiferentes?➤ Cumprimentam-nas? Como?➤ Falam com as enfermeiras? Sobre o que falam?➤ Têm participação activa ou passiva na conversação?➤ O que fazem a seguir à interacção? Os Familiares: <ul style="list-style-type: none">➤ Qual a reacção dos familiares à entrada das enfermeiras?➤ Aproximam-se ou são indiferentes?➤ Cumprimentam as enfermeiras? Como?➤ Falam com as enfermeiras? Sobre o que falam?➤ Têm participação activa ou passiva na conversação?
2. Na Sala de Tratamento (Quimioterapia)
À Chegada dos Doentes: <ul style="list-style-type: none">➤ Escolhem a sala? E o lugar?➤ Vêm sozinhos?➤ Como se apresentam (aspecto geral)?➤ Cumprimentam (expressões verbais e não verbais usadas)?➤ O enfermeiro, como os recebe (atitude, postura, expressões verbais e não verbais, postura)?➤ Cumprimenta-os? Sobre o que falam à chegada? Deixa-os escolher o lugar?

Interacção durante o Tratamento:

- O que faz o enfermeiro enquanto aplica o tratamento ao doente?
- Com quem fala? Sobre o quê?
- Quem toma a iniciativa da interacção enfermeiro-doente? O que a motiva?
- O que faz o doente? Com quem fala? Sobre o que fala?
- A conversação é pública ou privada? Qual o tom de voz?
- Qual o grau de proximidade? Existe toque? De que natureza?

Contexto:**Presença de outros actores:**

- Quais? Qual a sua função? Com quem interagem?
- Qual o papel e a atitude do doente face a esses outros actores?
- Qual o papel e a atitude das enfermeiras face a esses outros actores?

Presença de outros factores (televisões, revistas, jornais, etc)**Impressão gestáltica do contexto da sala de tratamento**

- Na presença de doentes e enfermeiras;
- Só com os doentes e na ausência das enfermeiras.

3. Nas salas de internamento

- Que interacções decorrem nos corredores?
- Que interacções decorrem nos quartos?
- Quem as solicita?
- Quais os objectivos?

Como se caracterizam?

- Qual o tom de voz?
- Qual o assunto?
- Qual o grau de proximidade entre os interlocutores?