**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JULIANA GONÇALVES HERCULIAN

AUXILIARES DE ENFERMAGEM E O CUIDADO *CONTINUUM*

**São Paulo
2007**

JULIANA GONÇALVES HERCULIAN

AUXILIARES DE ENFERMAGEM E O CUIDADO *CONTINUUM*

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora:

Prof^a Dr^a: Ana Lúcia Machado

**São Paulo
2007**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Herculian, Juliana Gonçalves.

Auxiliares de enfermagem e o cuidado *continuum*. / Juliana Gonçalves Herculian. – São Paulo, 2007.

109 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lúcia Machado.

1. Cuidados de enfermagem (aspectos psicológicos) 2. Auxiliares
de enfermagem. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANA GONÇALVES HERCULIAN

AUXILIARES DE ENFERMAGEM E O CUIDADO *CONTINUUM*

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

APROVADA EM: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos meus pais, João e Mara, que sempre me apoiaram e estimularam a estudar;

E também.....

Aos auxiliares de enfermagem: Camélia Rosada, Cravo Vermelho, Flor do Campo, Lírio, Rosa Vermelha e Violeta que contribuíram enormemente para o desenvolvimento desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar forças, sabedoria.....

Agradeço aos meus pais, João e Mara, por estarem próximos, apesar da distância, nas horas mais difíceis de cansaço e dificuldade;

Agradeço à Roberta Tibério pelo companheirismo e amizade no desenrolar desta pesquisa;

Agradeço ao Weverton, companheiro, que compreendeu minhas ausências, meu cansaço, sempre me apoiando;

Agradeço à orientadora, Ana Lúcia Machado, pela dedicação e carinho durante estes anos;

Agradeço às professoras Luciana Colvero e Maria Helena Trench por contribuírem com idéias a esta pesquisa no Exame de Qualificação;

Enfim....

Agradeço a todos que de uma forma direta ou indireta me ajudaram neste processo.

Amigos você e eu ..
Você trouxe outro amigo ..
Agora somos três ..
Nós começamos um grupo ..
Nosso círculo de amigos ..
E como um círculo,
não tem começo nem fim ...

Ontem é
Amanhã é mistério,
Hoje é um presente,
É por isso que é chamado presente ...
As pessoas esquecem o que você diz
As pessoas esquecem o que você faz
Mas, elas nunca esquecem o que você as fez sentir.

(Autor desconhecido)

Herculian JG. Auxiliares de enfermagem e o cuidado *continuum* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMO

Esta pesquisa emergiu de vivências práticas que geraram questionamentos a respeito da possibilidade que profissionais de enfermagem têm de conciliar cuidados de dimensões diversas. A história da enfermagem registra uma concentração em atividades tecnicistas, porém, acredita-se que o cuidado é uma atividade profissional complexa e ampliada envolvendo conciliações técnicas e subjetivas, entendido neste trabalho como cuidado *continuum*. Optou-se por uma pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal com o objetivo de descrever e analisar como os auxiliares de enfermagem enfrentam os aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas, sendo o local de estudo o Hospital Abreu Sodré, no município de São Paulo. A análise de conteúdo, método utilizado para descrever os resultados, evidenciou uma dificuldade neste cuidado. Os relatos destacam a compreensão e a necessidade do cuidado ampliado, porém, fatores sociais, econômicos e pessoais que envolvem estes profissionais, quase o tornam inatingível. Estes fatores estão relacionados às exigências do mercado de trabalho, à necessidade de cumprir protocolos em um curto espaço de tempo, reforçando certa característica robotizada do cuidador. Os sujeitos da pesquisa consideraram o número reduzido de profissionais; excesso de tarefas; falta de tempo; baixos salários; dificuldade de manejo com a questão subjetiva; estresse físico e mental e outros como fatores impeditivos para a efetivação do cuidado *continuum*. O indicativo resultante da pesquisa é a criação de serviços de apoio, onde os profissionais de enfermagem poderão verbalizar seus sentimentos e “*se sentirem mais leves*”, viabilizando uma outra modalidade de cuidado às pessoas hospitalizadas e seus acompanhantes.

Descritores: auxiliares de enfermagem; cuidado; aspecto emocional.

Herculian JG. Nursing assistants and the *continuum care*. [dissertation]. São Paulo: Nursing School of São Paulo University. 2007.

ABSTRACT

This research has come from practical living which generated questions about the possibility nursing professionals have to conciliate caring in many dimensions. Nursing history registers a concentration in technical activities; however, caring is believed to be a complex and enlarged professional activity involving technical and subjective conciliations, understood in this paper as *continuum care*. It was opted for a qualitative research, using the focus group technique under the objective of describing and analyzing how the nursing assistants face the hospitalized people emotional aspects and this study takes place in Abreu Sodré Hospital, in São Paulo. The contents analysis, method used to describe the results, has shown a difficulty in this caring. Reports show up comprehension and necessity of enlarged caring, however, social, economical and personal facts which involve these professionals, make it almost impossible to be reached. These factors are related to the working market and the necessity of caring out protocols in shortened time, reinforcing a kind of robotized characteristic to the person in charge of caring. The participants of the research have considered the shortened number of professional; excess of tasks; lack of time; low wages; difficulties on handling the subjective matters; physical and mental stress and others as inhibitive factors to put *continuum care* into effect. The research indicative resultant is the creation of supporting services, where nursing professionals can verbalize their feelings and “feel lighter”, making another caring modality available to the hospitalized people and their chaperones.

Descriptors: nursing assistants; care; emotional aspect.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM	14
1.2 O CUIDADO DA PESSOA HOSPITALIZADA	23
1.3 SUBJETIVIDADE DO CUIDAR	30
OBJETIVO	39
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	40
2.1 LOCAL DE ESTUDO	50
2.2 SUJEITOS DA PESQUISA	51
2.3 COLETA DE DADOS	51
2.4 ASPECTOS ÉTICOS	52
3 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	54
3.1 DINÂMICA GERAL DOS GRUPOS	54
3.1.1 Como lidar com a pessoa hospitalizada	64
3.1.2 O dia-a-dia	75
3.1.3 Exigências do mundo Profissional	80
3.1.4 Quem somos nós?	84
3.1.4 O respiro!!!!	92
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	101
ANEXOS	106

APRESENTAÇÃO

Este capítulo trata da trajetória de uma decisão profissional e o caminho percorrido por esta ao longo dos anos até o presente momento.

Desde o tempo de preparo para o ingresso na faculdade, havia interesse na área da saúde. Ao refletir sobre esta vontade de estar a maior parte do tempo junto à pessoa hospitalizada e sobre a necessidade interna de cuidar, a escolha recaiu na Enfermagem como profissão.

Esta atividade teve início em 1998, no Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), período de pensamentos e propostas de mudança curricular, ano da implementação de nova metodologia de ensino e novo currículo no referido curso, que passa, então, a utilizar-se de uma

Metodologia Problematicadora na qual o discente é o construtor do seu conhecimento a partir da reflexão e indagação de sua prática. A sua participação no processo de formação dar-se-á de modo ativo, criativo e crítico num exercício contínuo em que seja capaz de realizar análise, interpretação e síntese do objetivo a ser apreendido, além de ser comprometido com a sua formação (FAMEMA,1998).

Nesta metodologia, o docente, além de ser orientador das atividades, condutor do processo, provocador de dúvida, ainda faz a verificação da aprendizagem, sendo que a “força motriz do processo didático é a contradição entre as exigências de domínio do saber sistematizado e o nível de conhecimento, atitudes e experiências dos estudantes” (FAMEMA,1998).

Fazendo parte deste processo de mudança curricular e sendo estimulada pelos docentes a compreender a importância de um cuidado

holístico, foi assim despertado, ao longo da graduação, o interesse por esta assistência.

Porém, inquietações começaram a surgir ao perceber a diferença entre o cuidado que estava apreendendo e o realizado nas instituições, pois a assistência mecanicista sobressaía-se em relação à interação, ao vínculo e à empatia com a pessoa a ser cuidada.

As inquietações foram tomando forma no decorrer da graduação, momento no qual também se observou resistência dos profissionais da área a mudança diante do cuidado holístico. Esta dificuldade foi melhor compreendida no decorrer do curso de especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, o qual além de ensinar o manejo em Enfermagem Psiquiátrica abordou a relação interpessoal, vínculo, empatia, comportamento grupal, estimulando olhares para um cuidado biopsicosocial.

Através da monografia desta especialização buscou-se entender qual a importância que as Enfermeiras de um hospital materno-infantil davam ao aspecto emocional da criança hospitalizada. Como resultado obteve-se que a dificuldade encontrada está relacionada ao cuidado tecnicista ainda enraizado nos tempos modernos (Herculian, 2002).

Findada a especialização, ocorreu a oportunidade de trabalhar em um hospital materno-infantil, área de muita identificação. Local, onde o manejo apreendido na Enfermagem Psiquiátrica fez muito sentido.

Quando se trabalha com pessoas hospitalizadas é necessário compreender que as mesmas ficam fragilizadas, necessitando de um cuidado que lhes traga tranquilidade, confiança e conforto. O tocar, o ouvir e

o confortar com algumas palavras, são atos que podem amenizar tal sofrimento.

O dia-a-dia em contato com pessoas hospitalizadas e acompanhantes fez entender que o contato verbal, o toque, a escuta, não faz parte só da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, mas sim da Enfermagem.

Com o passar dos anos, atuando como Enfermeira, em outra instituição, mas ainda vinculada a crianças, as inquietações mantinham-se, porém, agora vivenciando a dificuldade de realizar o cuidado subjetivo na prática. Esta condição que motivou o estudo e a possibilidade de compreender como os auxiliares de enfermagem lidam com o aspecto emocional da pessoa hospitalizada.

A intenção da escolha pelos auxiliares de enfermagem deve-se ao fato destes profissionais atuarem com mais frequência no cuidado direto às pessoas hospitalizadas e acompanhantes.

Portanto, devido a estas inquietações, respostas foram buscadas no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nível Mestrado, através de várias leituras, disciplinas e da realização desta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

1.1 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Neste tópico serão abordados rapidamente alguns momentos da história da enfermagem, referentes a cada época, para compreendermos a evolução do processo de cuidar que será falado mais adiante.

A Enfermagem nasce quando pessoas atuam na ordem social prestando serviços aos pobres, aos doentes e aos assistidos, anteriormente assegurados por pessoas religiosas. Constrói toda a sua prática profissional nos valores morais e religiosos que foram os da mulher consagrada (Colière,1989).

Somente após Florence Nightingale, com o desenvolvimento da medicina, inicia a mudança do pensamento da prática profissional da enfermagem, valorizando o saber da prática (Colière,1989).

Nos primeiros séculos, momento que se construía o Cristianismo, os pobres e enfermos ficavam sob o cuidado da Igreja. Pessoas ligadas a essa instituição, realizavam o cuidado dos doentes e necessitados procurando em troca a salvação de sua alma (Tavares,1997).

Com o decorrer dos séculos o ato de cuidar permaneceu com caráter religioso, atravessando toda a Idade Média com os mesmos pensamentos do Cristianismo que eram contemplados pela caridade e pelo servilismo e de abnegação do amor ao próximo (Oliveira,1994).

A autora relata que, neste período, todo este atendimento foi reestruturado por grupos de pessoas leigas, que não faziam voto perpétuo e

podiam praticar tal ação sob orientação da Igreja ou à margem de sua autoridade.

Após a reforma do Renascentismo, houve uma indiscutível degradação no trabalho da prática de enfermagem, pois os cuidados eram realizados por alcoólatras, prostitutas e desordeiras (Paixão,1979).

As mulheres que trabalhavam como cuidadoras/“enfermeiras” nos hospitais eram consideradas imorais, bêbadas e analfabetas, cuja prática assistencial era realizada em troca de dinheiro, já que a condição não permitia que fossem sequer aproveitadas nas indústrias (Silveira, Sobral, Junqueira, 2000).

Na época da guerra dos 30 anos, na França, São Vicente de Paula inicia a institucionalização da prática de enfermagem, recomendando várias mudanças no ambiente hospitalar (Paixão,1979).

Sob esta inspiração, senhoras da sociedade eram orientadas a assistir os doentes em instituições especializadas o que possibilitou a valorização da prática de enfermagem, possibilitando-a progredir como profissão (Paixão,1979).

Na Inglaterra, Florence Nightingale, é considerada pioneira da enfermagem, sendo importante para a história por substituir o modelo religioso do cuidado de enfermagem por um cuidado ao ambiente do cliente, lutando pelos princípios de higiene, alimentação, medidas sanitárias, terapia recreativa e educacional, caracterizando o nascimento da enfermagem moderna (Oliveira,1994).

Nesta época a classe de enfermagem era dividida em “nurses” e “ladies nurses”, onde as últimas realizavam tarefas burocráticas, de ensino e chefiavam as primeiras, por serem originárias da alta burguesia (Silva,1989).

É com Florence, que surge a categoria dos auxiliares de enfermagem quando os membros mais competentes na profissão percebem que há um crescente progresso na enfermagem (Paixão,1979).

A partir destes dados históricos, percebe-se que a categoria dos auxiliares de enfermagem surgiu após a dos enfermeiros, o que justifica no início da evolução do cuidado citar a enfermeira como cuidadora principal.

Com o surgimento da classe dos auxiliares de enfermagem, os cuidados de menor complexidade passam a ser de competência deles.

Diante desta consideração histórica, sendo a enfermeira a única profissional da classe antes dos auxiliares de enfermagem, ocupa um lugar de auxiliar e de dependente da prática médica buscando valorizar o seu trabalho e a sua pessoa. Para isso, aproxima-se do conhecimento científico, que leva a substituição progressiva das motivações de desenvolvimento das capacidades técnicas, para dar um pouco de brilho à imagem da enfermeira. (Colière,1989).

Em contra partida, as enfermeiras nesta época, não haviam desenvolvido competência própria para cuidar de enfermos e familiares, nem no domínio da prevenção, pois procuravam à notoriedade através do saber cada vez mais elaborado no domínio da tecnologia de ponta. Isto teve como efeito desvalorizar os serviços que não exigiam um cuidado de hipertecnicidade, como por exemplo, o cuidado domiciliar (Colière,1989).

Além disso, o foco do cuidado é na doença. Não há interrelações entre o ser cuidado e o cuidador, abolindo os diferentes estatutos e papéis sociais da pessoa enferma, o que torna o trabalho extremamente rotineiro e robotizado, ficando difícil criar um laço de significância com o ser cuidado (Colière,1989).

É neste período, que a medicina assume o controle, impondo suas práticas do cuidado, estabelecendo uma relação de dominação-subordinação e a prática da enfermagem passa a ser uma prática dependente e subordinada à prática médica, coincidindo com as propostas de Florence (Oliveira,1994).

A partir deste contexto geral da História da Enfermagem, no Brasil, a Enfermagem inicia-se com o ensino regular por volta de 1890 com a enfermagem psiquiátrica no Rio de Janeiro (Ogata, Rodrigues,1995).

Neste momento, há uma necessidade importante de profissionais para atuarem em manicômios devido ao grande número de pacientes hospitalizados.

Após este período não há relatos de mudanças na estrutura da enfermagem. Na década de 20, surge a Escola de Enfermagem Anna Nery com modelos nightingalianos, onde as enfermeiras formadas vão substituindo gradativamente as visitadoras sanitárias. Nesta época a enfermagem era voltada para a saúde pública (Oliveira,1994).

Neste período, a preocupação da enfermagem volta-se para a área técnica que é considerada a área de realização de procedimentos voltados ao ato do cuidar, com o objetivo de racionalizar o trabalho hospitalar (Oliveira,1994).

Apesar de a enfermeira preocupar-se em se capacitar e ser aceita socialmente como mulher e profissional, a remuneração para a enfermagem em espécie só aconteceu com as enfermeiras hospitalares em 1946 com a lei que regulamenta a hospitalização pública. O pagamento foi estipulado por horas de trabalho, contemplando 48 horas semanais em 1953, alterando para 40 horas semanais em 1968, com direito a férias paga. Dados referentes ao continente Europeu (Colière, 1989).

No Brasil a resolução COFEN nº 189/1996 estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. No anexo um, nas notas explicativas, refere que a carga horária passa a ser de 36 horas semanais para a atividade assistencial e de 40 horas semanais para atividades administrativas (COREN, 2001).

Waldow (2006), complementa esse raciocínio dizendo que o cuidar é uma atividade de ajuda e por isso não poderia ser remunerada. Desta forma, a história e a cultura, assim como os valores transmitidos, favorecem a desvalorização econômica e o não reconhecimento das práticas de cuidado desenvolvidas pelas mulheres, interferindo no processo de valorização de uma atividade exercida pela enfermagem.

Outro fator colocado pela autora como condição para a desvalorização do cuidado e conseqüentemente da enfermagem, é o fato do mesmo ter sido exercido por muito tempo por pessoas não capacitadas, como por exemplo, pelos atendentes de enfermagem, uma categoria não profissional.

Para amenizar esta situação e melhorar a assistência de enfermagem, viu-se a necessidade de recursos humanos auxiliares, porém compostos por pessoas treinadas e orientadas a prestarem o cuidado.

A partir disto, em 1936 no Brasil, surge o primeiro curso para auxiliares de enfermagem de caráter permanente em Belo Horizonte na escola Carlos Chagas com duração de um ano, sendo a precursora D. Lais Netto dos Reis (Paixão, 1979).

Mas, somente 40 anos mais tarde, em 1986, é sancionado a Lei 7.498 de 25 de janeiro onde é lavrado no artigo segundo que:

A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício (COREN, 2001, p.36).

Mesmo com a ajuda de profissionais auxiliares, que são os sujeitos desta pesquisa, somente na década de 50 é que a enfermagem passa a se preocupar com os princípios científicos do cuidado, buscando seu saber na cientificidade do saber da medicina, além de buscar constantemente conhecimentos em outras áreas. Nesta fase, a enfermagem passa a se preocupar com uma visão ampliada do ser cuidado (Oliveira, 1994).

Com o avanço dos estudos, “na década de 60 surgiram às primeiras teorias de enfermagem procurando relacionar fatos e estabelecer as bases de uma ciência de enfermagem” (Horta, 1979, p.97).

A autora cita que as principais teorias são: Teoria Homeostática, Teoria Holística, Teoria de Imagem King, Teoria Sinérgica, Teoria da Adaptação e Teoria de Martha Rogers. As teorias falam deste homem de uma maneira generalista, desconsiderando que este indivíduo faz parte de

um todo biopsicossocial em interação com o meio ambiente temporal-espacial, perdendo desta maneira sua concretude e historicidade. Mas, expressam a formalização das organizações das ações de enfermagem para a prestação do cuidado e para dar respostas aos problemas de saúde do homem (Oliveira,1994).

Com o passar dos anos, os profissionais da enfermagem perceberam que o ser cuidado está além de um simples órgão doente. Portanto, começaram a retomar a visão da década de 60, onde a pessoa enferma era vista na sua integralidade, no seu aspecto biopsicossocial.

Mas, para que este olhar começasse a fazer sentido no cuidar era necessário introduzi-lo desde a formação dos profissionais de enfermagem, tanto para os enfermeiros como para os auxiliares.

Esta mudança ocorreu na década de 70, quando o ensino passou a abordar aspectos da relação familiar, técnicas grupais e relacionamento interpessoal, tornando o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente a base do ensino da assistência de enfermagem (Barros, Egry, 2001).

Este tipo de cuidado iniciou na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, possibilitando estender esta assistência às pessoas mentalmente sadias (Barros, Egry,2001).

Mas, a extensão deste cuidado às pessoas “sadias da mente” surgiu de forma tímida, devido ao fato do cuidado tecnicista estar fortemente presente na rotina da enfermagem e também pela discreta importância que os profissionais das outras clínicas dão ao cuidado subjetivo.

Neste período, entre as décadas de 60 e 70, pessoas da área da enfermagem começaram a pensar sobre o significado do cuidado.

Começaram a questionar o fato de que as necessidades das pessoas hospitalizadas não poderiam ser satisfeitas apenas com a alta tecnicidade, sendo necessário perguntar durante o processo do cuidar questões de cunho social, psicológico e religioso a fim de desenvolver um cuidado ampliado às pessoas hospitalizadas (Colière,1989).

Porém, essas informações colhidas no decorrer da relação colocam muitas vezes em atrito os valores, crenças e rituais daqueles que cuidam, provocando um suscitador pessoal (Colière,1989).

Por este motivo, há uma grande dificuldade do profissional de enfermagem em enfrentar os aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas, levando-os a se afastarem afetivamente do ser cuidado e realizarem um cuidado mecanizado e sem interação pessoal.

A partir disso, e do incômodo de pessoas da área da década passada, alguns docentes apresentavam aos discentes conteúdos programáticos voltados para realidade, ampliando a visão de homem-mundo de uma forma crítico-reflexiva, proporcionando assim aos futuros profissionais da área a compreensão das reais necessidades da população (Tavares,1997).

Pois, o mercado de trabalho tem se formado a partir do perfil do profissional, exigindo cada vez mais um grande conhecimento na área técnica e científica em especialidades, além da subjetiva, na área de conhecimento humano (Machado, Colvero,1999).

Apesar deste novo olhar neste período, entre as décadas de 80 e 90 o currículo de enfermagem não sofreu muitas mudanças. Mas, em 25 de junho de 1986, ocorreu um grande feito para a Enfermagem, dia no qual o presidente vigente decreta e sanciona no Congresso Nacional a Lei nº 7.498

que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem e é lavrado no Artigo 1º do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) instituindo que: “É livre o exercício da Enfermagem em todo território nacional, observadas as disposições desta Lei” (COREN, 2001, p.36).

Em relação ao Auxiliar de Enfermagem, sujeito deste trabalho, é lavrado no Artigo 13º que:

O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; b) executar ações de tratamento simples; c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e d) participar de equipe de saúde (COREN, 2001, p.40).

Sendo firmadas como lei todas estas atividades aos Auxiliares de Enfermagem, considera-se que o relacionamento interpessoal está embutido em todas elas, sendo a base para qualquer atividade da enfermagem. É através de uma comunicação empática que se consegue construir o vínculo com a pessoa a ser cuidada e efetivar um cuidado de enfermagem com qualidade. Entendendo que o cuidado humano é envolvido por ética, princípios e valores que deveriam fazer parte não só do ensino, mas também do cotidiano do meio acadêmico e da prática profissional.

Para Waldow (2006, p.75),

a Enfermagem é uma área de conhecimento caracterizada pelo seu aspecto prático. É entretanto, uma profissão que lida com ser humano, interage com ele e requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica e suas aspirações espirituais.

Portanto, Enfermagem é, ao mesmo tempo, arte e ciência. Tem como trabalho a natureza humanística, cujo objeto é o ser humano em todo o seu contexto de vida, sendo o conhecimento empírico fundamental, a ciência um suporte indispensável e **a arte** necessária por ter a capacidade de dizer sem palavras, de transmitir empaticamente, de sentir intuitivamente, é a valorização do encontro, é a capacidade de transcender o que é visível, **é o sentir** (Mendes et al., 2000; Vianna, 2000, grifo meu).

A partir destes conceitos, falaremos a seguir sobre o cuidado à pessoa hospitalizada e o quanto é necessário utilizar além da cientificidade e da técnica, a arte no cuidar.

1.2 O CUIDADO DA PESSOA HOSPITALIZADA

Para abordar o cuidado da pessoa hospitalizada é necessário entender a gênese do cuidado na enfermagem, considerando as condições tecnicistas e robotizadas adquiridas pela própria história da enfermagem, que se mantém enraizada até hoje no processo de cuidar.

Para Boff (2000), cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo; representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado só surge quando a existência de alguém tem importância, daí então passamos a nos dedicar a esta pessoa, dispendo-nos a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, ou seja, de sua vida.

Para Colière (1989), o cuidado surge a partir do momento que há vida, sendo necessário tomar conta desta para que ela possa permanecer, prosseguir e desenvolver-se, com uma luta contra a morte.

A partir destes conceitos sobre cuidado, observa-se o idealismo de Leonardo Boff e a essência primária do cuidado citado por Colière. Porém pode-se compreender a justificativa da origem do cuidado no lar, com a mãe, e o entendimento por milhares de anos que o cuidado não pertencia a um ofício e muito menos a uma profissão, dizia respeito somente a qualquer ajuda mútua para garantir a continuidade da vida individual e do grupo (Colière, 1989).

Waldow (2006), completa esse raciocínio dizendo que os primeiros seres a praticarem a medicina foram às mulheres. Não porque eram as “enfermeiras” naturais de seus companheiros e crianças, mas devido a sua conexão tão próxima do solo que lhes proporcionou conhecimento de plantas, frutos, raízes e sementes, capacitando-as a desenvolver a arte da medicina.

Portanto, para Waldow (2006, p.87), “o cuidado é o fenômeno resultante do processo de cuidar, o qual representa a forma como ocorre ou deveria ocorrer o encontro ou situação de cuidar entre cuidador e ser cuidado” e o processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. É o processo interativo entre o cuidador e o ser cuidado. O primeiro desenvolve uma postura ativa, realizando as ações e o segundo um papel mais passivo, podendo tornar-se dependente temporariamente.

A partir das raízes da história e dos seus conceitos de simples a complexos, o cuidar foi por muito tempo característica da enfermagem que atualmente tenta resgatá-lo tanto no seu conhecimento, como na sua arte.

Uma justificativa desta necessidade é o descaso, a indiferença, a grosseria e os maus tratos que vem ocorrendo na área da saúde. Por este motivo o “Ministério da Saúde propôs uma política nacional de humanização a fim de melhorar a qualidade das relações de trabalho na saúde, principalmente no que diz respeito à clientela”, pois “o cuidado significa atenção, zelo, responsabilidade e preocupação”. Além disso, “o cuidado não pode ser prescrito, não segue receitas”. “O cuidado é sentido, vivido, exercitado” (Waldow, 2006, p. 13, 68 e 69).

A partir deste princípio, começa-se a praticar o cuidado subjetivo à pessoa hospitalizada, mas de acordo com Machado e Colvero (1999, p.69),

[...] para o exercício dos procedimentos de enfermagem uma série de técnicas e habilidades são ensinadas e vivenciadas, porém se o conhecimento técnico é supervalorizado, a ação passa a ser direta, a rotina se instala e saem de cena as reflexões, o pensar, a ética, a criatividade e a importância com o cuidado centrado na subjetividade de quem cuida e de quem é cuidado.

Estas atitudes são percebidas não só nos auxiliares de enfermagem, mas na equipe como um todo, quando identificam os indivíduos hospitalizados pelo número do leito e/ou patologia correspondente. Ou ainda, quando o profissional atende as pessoas com eficiência técnica e de forma mecânica, esquecendo-se que este “ser” apresenta sentimentos e é sujeito de sua própria história.

Neste momento, está sendo realizada uma atividade denominada por Machado e Colvero (2003), como pseudo-cuidado, pois se estabelece uma

assistência de enfermagem onde o profissional visualiza e valoriza exclusivamente, o sinal orgânico.

Entretanto, para que seja realizado um cuidado correspondente às finalidades da prática profissional e social da enfermagem, são necessários alguns instrumentos, tais como o relacionamento interpessoal e a comunicação, além de outros procedimentos técnicos. Desta forma, é importante na área da saúde saber lidar com pessoas. Para isso, utilizam-se elementos de comunicação como a fala, as expressões faciais, a escuta, o tato e a escrita, conscientes ou não para desenvolver o relacionamento com a pessoa hospitalizada.

Waldow (2006), coloca ainda que a capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana e a escolha e motivação pela enfermagem podem estar relacionadas a uma expressão idealista e ao condicionamento cultural que prescrevem as atividades de cuidar como responsabilidade feminina, internalizada desde cedo.

Desta forma, sendo as ações da enfermagem embasadas nas interações interpessoais de ajuda, que caracterizam o ato de *cuidar*, é importante que os profissionais da área se identifiquem com as atividades do cuidar, para fazê-lo com qualidade, compromisso, envolvimento e prazer, para que a pessoa a ser cuidada sinta-se acolhida e protegida, ou seja, cuidada.

Portanto, é através da comunicação efetiva que os profissionais poderão ajudar as pessoas a relatar e enfrentar seus problemas, além de auxiliá-los a encontrar novos padrões de comportamento.

Juntamente com a comunicação, a percepção nos capacita a entender nosso próprio mundo e o mundo da pessoa hospitalizada. Frente a isso, é essencial que a enfermagem compreenda o que está acontecendo com a pessoa a ser cuidada, atentando-se também para as percepções e sentimentos desta, pois este olhar subjetivo irá influenciar diretamente na elaboração do cuidado prestado (Silva, 1990).

Principalmente quando se entende que

[...] as pessoas hospitalizadas, agem basicamente como pessoas assustadas, por estarem em um ambiente desconhecido, tendo como seus companheiros o medo e a insegurança, sendo que em sua imaginação, tudo pode acontecer. Ficam longe do convívio social e de seus familiares, despojados de seus valores e conceitos. Com isso, o instinto natural de autodefesa e autopreservação fala mais alto ficando redobrada a atenção no que fica a sua volta, delimitando o seu território e jamais admitindo invasão arbitrária (Silva, 2002, p. 16).

Além disso, as pessoas hospitalizadas podem sofrer um processo de despersonalização, pois geralmente os hospitais estão orientados para o físico, estabelecendo com os pacientes uma relação à maneira da sociedade tecnológica (Armelin, 2000).

A pessoa ao ser tratada como um ser hospitalizado, muitas vezes passa a ser vista como sendo mais um caso, e este se sente furtado de identidade. Esta maneira impessoal e distante de cuidar de uma pessoa hospitalizada é geralmente adotada por membros da equipe de saúde, incluindo os profissionais da enfermagem, o que substitui a atenção desejada pela pessoa hospitalizada, que é um cuidado mais próximo e pessoal (Medina, Barcks, 2002).

Diante desta alteração no estado emocional da pessoa hospitalizada, a equipe de enfermagem, no caso, os auxiliares de enfermagem por estarem

mais próximos do ser cuidado, precisam estar preparados para ajudá-los a enfrentar este momento, através do manejo da comunicação e da relação interpessoal, proporcionando desta forma uma abordagem subjetiva ao ser enfermo, tornando o cuidado mais ampliado.

Por sua vez, este tipo de cuidado não acontece rapidamente dentro da equipe de enfermagem, sendo necessário que este processo seja trabalhado e desenvolvido de acordo com os interesses de uma pessoa ou grupo.

O olhar mais ampliado do cuidado necessita de uma técnica pré-determinada, pois se trata de um processo diário, em que o profissional através de uma assistência individualizada avalia cada pessoa para solucionar ou amenizar suas dúvidas e anseios, com o objetivo de prepará-lo para sua recuperação (Medina, Barcks, 2002).

Waldow (2006), diz que o cuidado na enfermagem é puro e especial sendo a razão existencial da enfermagem. Complementa ainda, que

o cuidado consiste de esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura, quando um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas (Waldow, 2006, p. 25).

Portanto, o cuidado pode ser considerado uma expressão artística da enfermagem e a arte é uma expressão humana poderosa e significativa das experiências, conflitos e sonhos que não necessita de palavras. Pois ela comunica, transmite e desperta emoções que podem ativar a reflexão, o

espertar da consciência e servir como potencial terapêutico na restauração (Waldow, 2006).

Desta forma, fica evidente que não só os auxiliares de enfermagem, mas também a equipe de enfermagem, precisam repensar e/ou mudar a maneira de lidar com as pessoas hospitalizadas, atentando-se ao não verbal e à subjetividade de cada um, adequando as tecnologias de manutenção da vida, de recuperação e de informação às necessidades apresentadas. Pois o primeiro passo é encontrar em si mesmo o sentido da interpretação corporal, afeto, pensamento e espírito, para tentar apreender, com e junto daqueles que vamos ter que tratar, o real sentido dos cuidados que vão ser prestados (Silva, 1991).

Esta tarefa de decodificar, decifrar ou perceber, a significação da mensagem que a pessoa hospitalizada nos envia, estabelece uma comunicação adequada com vínculo empático e de confiança, favorecendo um plano de cuidado adequado e coerente com as necessidades demonstradas pela pessoa hospitalizada.

Além da decodificação, é importante incluir nas atividades do cuidado um olhar direto, inclinação de tórax para frente, meneios positivos de cabeça, toque, sorriso, gestos, uso de palavras corretas, ou simplesmente o ato de ouvir para favorecer uma comunicação. (Silva, 2002 ; Medina, Barcks, 2002).

Portanto, para que os aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas sejam vistos em sua plenitude, a comunicação continua sendo um tema importante no processo de cuidar, que está extremamente ligado à relação interpessoal. Este envolvimento desencadeia um processo

de enviar e receber mensagens, sendo que a forma como estas mensagens são recebidas e compreendidas pelas pessoas, interferem no comportamento a curto ou a longo prazo (Stefanelli,1990).

Por este motivo, deve-se dar importância à comunicação com as pessoas que cuidamos, pois esta está extremamente relacionada ao sucesso do cuidado, ao sucesso do processo de trabalho da Enfermagem. (Stefanelli, 1990).

Porém, para que este sucesso na assistência de enfermagem, aconteça com qualidade, além da abordagem ampliada ao enfermo, é necessário também, ter um olhar ampliado para as questões do cuidador. As atividades extra ou intra-hospitalares podem influenciar benéfica ou maléfica a atividade que desempenha como profissional, sendo importante e necessário acolher também este trabalhador, assunto que será discutido no contexto da subjetividade do cuidar.

1.3 SUBJETIVIDADE DO CUIDAR

Diante da necessidade de realizar um cuidado ampliado e da sinalização atual para a compreensão, internalização e realização desta assistência pelos profissionais da saúde, é importante também lembrar destes profissionais em sua subjetividade, amparando-os, para que possam cuidar melhor, com prazer e de forma individualizada. Desta maneira, deve-se conhecer e saber quem é esse trabalhador.

Em se falando dos auxiliares de enfermagem, sujeito deste estudo, é necessário lembrar que estes são trabalhadores que nos grandes centros urbanos levantam por volta das quatro ou cinco horas da manhã,

enfrentando transportes coletivos lotados, plantão matutino com grande número de procedimentos, como: (banhos, curativos, admissões e altas), realizando estas tarefas em seis horas de plantão, em uma corrida contra o tempo. Estes profissionais carregam uma carga imensa de responsabilidade, sendo o erro, na maioria das vezes, inaceitável, provocando um estresse físico e mental.

Além disso, após este período de trabalho, alguns, ou a maioria, enfrentam mais um turno no período da tarde, devido ao baixo salário que acomete a classe. Se forem profissionais do sexo feminino, que representam a maioria na enfermagem, quando chegam em casa, acabam realizando uma terceira jornada, agora como mãe, esposa e dona de casa.

Portanto, o significado da realidade social para cada indivíduo envolve suas crenças, valores culturais, contexto familiar, o fator econômico e o meio social, que influenciam em suas práticas profissionais e vivências durante todo o processo de sua existência.

Diante disto, são estes mesmos profissionais que:

[...] constituem o maior contingente de funcionários em instituições hospitalares e se faz presente nas 24 horas do dia, sendo **depositária** das rotinas e procedimentos, bem como **dos sentimentos de todos** que ali circulam. Tem maior possibilidade de **experienciar as dores e sofrimentos** dos pacientes com os quais convive e, conseqüentemente, se vê mais envolvida com a fragilidade humana, no cotidiano de seu trabalho” (Oliveira, 2003, p.12, grifo meu).

Então, é fato reconhecido, que os auxiliares de enfermagem estão mais próximos da pessoa hospitalizada, convivendo com as tensões, preocupações, medos, angústias destes e de seus familiares.

Além disso, estão em uma posição estratégica difícil e intermediária entre o ser cuidado e a equipe da saúde, sendo estes os pólos de pressões. Isto faz com que os profissionais de enfermagem tenham sentimentos, em relação ao ser cuidado, de compaixão, piedade, amor, culpa, ansiedade e mesmo ódio, por estes causarem conflitos internos (Kovács, 1992; Faria, Barboza, Domingos, 2005).

Estes sentimentos serão enfrentados de maneira diferente, dependendo da estrutura psíquica e da personalidade de cada indivíduo.

Além disto, é importante ressaltar que apesar da discussão atual sobre a necessidade do cuidado ampliado com olhar subjetivo, na formação destes profissionais ainda impera o cuidado tecnicista/robotizado, o que dificulta a expressão das dificuldades e descontentamentos das condições de trabalho e o manejo com as situações estressantes e difíceis.

Esta condição causa ansiedade nos profissionais, podendo comprometer o relacionamento e vínculo com a pessoa a ser cuidada.

Para Faria, Barbosa e Domingos (2005), a contenção de emoções constitui uma das principais causas de problemas psicológicos, visto que o profissional de enfermagem se contém em expressar seus dissabores e fraquezas na presença da pessoa hospitalizada. Adquire deste modo, um comportamento estereotipado da sua personalidade, o que pode prejudicar o relacionamento interpessoal, pois o sofrimento da pessoa hospitalizada nem sempre pode ser aliviado.

Esta situação gera uma sensação de impotência no profissional, traduzida por insatisfação pessoal que o distancia de seus objetivos como cuidador, desencadeando sentimentos de insegurança, ansiedade e medo.

Desta forma, faz pensar que as atividades diárias dos profissionais de enfermagem os levam a ter uma qualidade de vida submetida ao estresse; cansaço físico e mental.

Falando sobre a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem, tratando especificamente do ambiente hospitalar e das condições inadequadas de trabalhos, observa-se que grande parte dessas instituições expõe seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social. (Barbosa, Soler 2003; Marziale, 1999; Oliveira, Lisboa, 2004).

A partir desta informação,

[...] o estudo das relações entre saúde-doença-trabalho tem merecido atenção de muitos pesquisadores na área da saúde ocupacional, destacando-se como prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores; prolongada jornada de trabalho; ritmo acelerado de produção; por excesso de tarefas; automação por ações repetitivas com parcelamento de tarefas e remuneração baixa em relação à responsabilidade e complexidade das tarefas executadas. Em tais situações, muitas vezes o trabalho deixa de significar satisfação, ganhos materiais e serviços sociais úteis para tornar-se sofrimento, exploração, doença e morte (Barbosa, Soler, 2003, p.178).

Desta forma, a ocorrência de absenteísmo, se traduz em insatisfação, desmotivação e sobrecarga da equipe de trabalho. Isto faz comprometer a assistência de enfermagem prestada à pessoa hospitalizada, sendo indicativo da existência de problemas extremamente preocupantes (Silva, Marziale, 2000).

Usualmente, a ausência ao trabalho é denominada absenteísmo, apesar de, por definição, absenteísmo significar o hábito de não comparecer, de estar ausente (Faria, Barboza, Domingos, 2005; Ferreira, 1986; Quick, Lapertosa, 1982).

O absenteísmo pode ser classificado como absenteísmo-doença (ausência justificada por licença-saúde); absenteísmo por patologia profissional (acidente de trabalho e/ou doença profissional); absenteísmo legal (amparado por lei como: gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar); absenteísmo-compulsório (suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por impedimento de comparecer ao trabalho) e absenteísmo voluntário (razões particulares não justificadas) (.Quick, Lapertosa,1982).

O trabalhador pode ainda faltar ao trabalho por razões de caráter familiar, por motivos de força maior, por dificuldades ou por problemas financeiros, por problemas de transporte, por baixa motivação para trabalhar; por supervisão precária de chefia e políticas inadequadas da organização (Quick, Lapertosa,1982).

Um outro fator de sofrimento psíquico dos auxiliares de enfermagem está relacionado à hierarquia no trabalho. Com a diminuição de autonomia, submetidos ao saber técnico e científico da chefia de enfermagem e a ocorrência de conflitos nas relações interpessoais no trabalho as chances de ocorrerem transtornos mentais aumentam (Glina,Rocha,Batista,Mendonça, 2001).

Com todo este contexto no local de trabalho, podem surgir nos profissionais sentimentos positivos e negativos que os mobilizam emocionalmente no dia-a-dia, dificultando o trabalho, confundindo-os frente a aspectos técnicos, além de lhes acarretar um grau não desprezível de sofrimento pessoal (Labate, Cassorla,1999).

O investimento na qualidade de vida do profissional de enfermagem contribui não somente para a redução de custos e diminuição de

absenteísmos, mas também para a motivação e auto-estima destes profissionais contribuindo para uma assistência de enfermagem mais humana e livre de riscos ao paciente (Faria,Barboza,Domingos, 2005).

Compreender a importância do cuidado ao cuidador e a necessidade destes profissionais estarem bem física e mentalmente para realizarem um cuidado com qualidade, possibilita abordar a subjetividade no cuidado. Esta propicia estudar as tecnologias do cuidado e abre margem para outras tecnologias mais criativas e próximas de nosso cotidiano, que trabalham com os sentidos, com as imagens e com as encenações. Tecnologias estas que atendem à subjetividade humana, no aspecto social e ecológico da prática de enfermagem (Teixeira, Figueiredo, 2000; Teixeira, 2002).

O estudo da subjetividade torna-se possível à medida que se arrisca a buscar novos métodos que venham a dar conta de questões que o método dedutivo e positivista não concede. Subjetividade abre espaços para novas reinvenções no espaço semiótico, tecnológico e ecológico (Teixeira, 2000, p.111).

A enfermagem é riquíssima, no sentido de ser um lugar teórico e prático de subjetividades (vida e morte, poder e saber, instituinte e instituído, saúde e doença, indivíduo e grupo), aliado ao fato de não nos termos fixados a um método exclusivo de investigação. Isto gera uma flexibilidade para lidarmos com a diversidade do cotidiano e percebemos que para um objeto de pesquisa existem métodos relativos, sendo que nenhum método é totalmente suficiente (Teixeira, 2000).

Sendo os auxiliares de enfermagem o sujeito desta pesquisa, a temática subjetividade e trabalho, está inserida no campo de conhecimento que busca analisar o sujeito trabalhador, definido a partir das vivências e experiências adquiridas no mundo do trabalho. Neste sentido, os sujeitos

ficam contidos às normas sociais, opondo-se às concepções de sujeito autônomo e livre, associado à idéia de indivíduo (Oliveira,Lisboa, 2004).

Portanto, vivenciando este processo surgiu a necessidade de estudar como os auxiliares de enfermagem lidam com os aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas.

Atualmente, trabalhando em um Hospital na cidade de São Paulo e sendo uma das Enfermeiras de um andar misto, que é composto por 31 leitos cirúrgicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a 14 leitos de reabilitação (SUS), no período matutino, foi percebido o quanto é desgastante para as crianças e/ou adultos a hospitalização.

Exemplifica-se este desgaste através das falas: “já estou há muito tempo aqui”; ”vou ficar por mais quanto tempo?”; “posso descer para tomar sol”; “não agüento mais ficar neste quarto”; “quando o médico vai me dar alta?”; “não dormi bem esta noite”; “não agüento mais comer esta comida...mesmo com o cardápio diversificado”. Além das falas, nota-se mudança no comportamento de comunicativo para calado, com feição triste e aborrecida, sempre à espera de uma boa notícia.

O hospital, além de ser considerado histórico e socialmente um lugar de “cura”, é uma empresa que tem por características atender às diversas necessidades do ser humano, especificamente na sua recuperação da saúde, protegendo-o e reparando-o (Torres,Guedes,Torres CR, Ebert, 1990).

Porém é, contraditoriamente também um lugar de separação. Pois quando o indivíduo é hospitalizado, ele é extraído do seu meio familiar e é inserido em um outro meio em que é preciso obedecer a uma ordem

diferente daquela existente em seu meio ambiente original, além de viver a experiência da própria separação e distanciamento de seus familiares (Torres, Guedes, Torres CR, Ebert, 1990).

Desta forma, fica evidente a necessidade de um apoio emocional às pessoas hospitalizadas e em especial às que serão acometidas a um procedimento cirúrgico, pois este ato causa muita ansiedade, medo e insegurança.

É importante que os profissionais do centro cirúrgico e unidade de internação pré e pós-operatória considerem estes sentimentos e estejam preparados para amenizá-los.

Considerando isto, como já dito anteriormente, a comunicação é de extrema importância no processo de trabalho da enfermagem. Dentre esta, devemos nos atentar também aos sinais não-verbais, pois muitas pessoas não conseguem relatar os seus sentimentos, os quais se encontram intensificados neste momento de hospitalização. Mas, através da decodificação dos sinais não-verbais, compreensão e o contato verbal é possível amenizá-los.

Portanto, seria importante e enriquecedor que o profissional de saúde se envolvesse emocionalmente com o paciente se quisesse desenvolver uma relação de ajuda, já que, em qualquer ação de enfermagem, deve ocorrer uma interação como papel principal da profissão (Travelbee, 1982, p.282).

Para favorecer este cuidado *continuum* e a qualidade no cuidar é importante que a equipe de enfermagem trabalhe com coesão e inter-relações positivas, pois se no grupo de trabalho acontecer competição ou conflito com frequência, haverá um prejuízo na prestação dos cuidados de enfermagem.

Além disso, é importante ressaltar que com a sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, o cuidado passa a ser tecnicista e não-reflexivo esquecendo-se do olhar ampliado.

Da mesma maneira, as relações de trabalho em funções de fatores internos e externos à enfermagem, vêm se dando de modo pouco humanizado, interferindo diretamente na própria assistência.

Alguns fatores são importantes para a construção da humanização no trabalho da enfermagem. Um deles está vinculado à qualidade do relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e o outro está vinculado às formas de gestão dos serviços de saúde. Assim, os requisitos básicos colocados para o desenvolvimento de uma assistência humanizada e de qualidade incluem o compromisso da liderança do serviço, a qualidade da gestão, a competência e a criatividade da equipe (Collet, Rozendo, 2003).

Diante disso e da importância da abordagem dos aspectos emocionais às pessoas hospitalizadas, os dirigentes das instituições poderiam estar mais atentos à qualidade da assistência; aos investimentos para a melhoria das condições de trabalho; ao financiamento suficiente do setor saúde para resgatarmos a qualidade da assistência; ao planejamento; à organização e ao gerenciamento coletivo dos serviços de saúde; aos meios que permitem reflexão constante da prática assistencial; à utilização de mecanismos de avaliação e reorganização da assistência (Collet, Rozendo, 2003).

Humanizar em saúde é uma via de mão dupla, pois é um processo que se produz e reproduz na relação usuário-profissional. São atitudes que levam a consideração, o respeito ao outro como um ser autônomo e digno, buscando compreender a singularidade de cada um, bem como as especificidades das necessidades apresentadas em cada momento particular (Collet, Rozendo, 2003, p. 190).

A importância da comunicação, do cuidado individualizado e ampliado com a pessoa hospitalizada e do cuidado com o ser cuidador, motivou o estudo com os auxiliares de enfermagem, por serem eles, os profissionais que ficam a maior parte do tempo em contato direto com o ser cuidado.

Portanto, o **objetivo** proposto desta pesquisa é: descrever e analisar como os auxiliares de enfermagem enfrentam os aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

No decorrer da pós-graduação, o dia mesclava-se como profissional enfermeira e como mestranda. Durante o trabalho, a equipe de enfermagem conversava sobre expectativas, afazeres e outras atividades extra-hospitalares.

Nestes momentos mais descontraídos, aconteciam as conversas sobre as etapas da dissertação de mestrado. Conversava-se sobre o sujeito do estudo, auxiliares de enfermagem, que fariam parte da pesquisa, sendo o objetivo do trabalho descrever e analisar como os auxiliares de enfermagem enfrentavam os aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas.

A princípio pensava-se em realizar uma pesquisa qualitativa utilizando questões abertas para análise de conteúdo, porém, em uma apresentação do projeto no Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, foi sugerida a técnica de Grupo Focal, a qual pareceu interessante e enriquecedora.

A partir disso, os auxiliares de enfermagem foram envolvidos em todo o processo e caminhar da dissertação, colocando-os a par das etapas e esclarecendo as dúvidas que surgiam tais como: “o que é mestrado?” “para que serve?” “como é feito?” “quantos dias da semana?” “quanto tempo?” “o que estuda?” “e como?”. Inclusive a forma da dinâmica do grupo. Estes assuntos eram conversados naturalmente, conforme o questionamento da equipe e não por uma insistência da pesquisadora.

Nos momentos de participação e interesse da equipe no projeto de pesquisa, perguntava-se sobre a disponibilidade e apreciação em participar

do grupo, e a todo o momento diziam que: “sim....vamos te ajudar no seu trabalho”. Porém, houve um dia em que além desta frase soou de um membro da equipe que “iriam ajudar, para que o trabalho desse certo”. Isso fez refletir. Na verdade, eles participariam do grupo por consideração à pessoa, enfermeira, e não por enxergarem a importância de discutirem sobre este assunto, situação que causou preocupação.

Mesmo assim, as conversas sobre o desenvolvimento da dissertação aconteceram durante todo o ano de 2006 e 2007. Em alguns momentos, por volta do mês de Agosto e Setembro de 2006 surgiam questões de forma singela de alguns auxiliares de enfermagem com frases do tipo: “quando vamos fazer o grupo mesmo?” ou “é neste mês que vamos nos reunir para conversarmos sobre a pesquisa?” através das quais se observava interesse.

Aos poucos a ansiedade foi amenizada, explicando que era necessário que a pesquisa ultrapassasse “etapas de avaliação” como: o Exame de Qualificação e a avaliação e consentimento do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). Somente após a aprovação destes poderia dar início ao grupo.

No mês de Agosto de 2006 aconteceu o exame de qualificação onde ficou decidido sobre a utilização da técnica de Grupo Focal, e no mês de Dezembro do mesmo ano o projeto foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da AACD (Anexo A), dando início à pesquisa.

A critério de esclarecimento, o nome da instituição onde foi realizada a pesquisa é mencionado por fazer parte da primeira cláusula das recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa que diz:

Incluir a citação da instituição “Associação de Assistência à Criança Deficiente”, em trabalhos impressos, eletrônicos, apresentações orais, congressos científicos, meios de comunicação em geral, etc., como um dos locais **PRINCIPAIS** onde desenvolveu-se o trabalho (CEP-AACD nº 78/2006).

De acordo com as normas, segue-se com a pesquisa optando por utilizar a técnica do Grupo Focal, após reflexão sobre o objetivo proposto e a melhor maneira de efetuar-lo sem autoritarismo, com tranquilidade, descontração, sinceridade e resultado. É feito levantamento bibliográfico e estudo detalhado da técnica de coleta de dados.

Segundo os pesquisadores Aschidamini e Saupe (2004) a utilização do Grupo Focal na área da saúde é recente, constando registros a partir da década de 80 como técnica de Pesquisa Qualitativa.

Além disso, o Grupo Focal, em seu caráter subjetivo de investigação, é utilizado como Estratégia Metodológica Qualitativa, já que a Pesquisa Qualitativa caracteriza-se por buscar respostas acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos (Debus, 1997).

A essência desta técnica é a interação entre os participantes e o pesquisador, o que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (Iervolino, Pelicione, 2001).

A organização e sistematização de uma investigação, através dos Grupos Focais, têm seus alicerces em alguns autores que são unânimes quanto aos aspectos operacionais, desde a escolha de seus participantes, do moderador (também chamado facilitador), do observador, do local dos encontros, da elaboração do guia de temas e quesitos fundamentais para o bom andamento das reuniões (Iervolino, Pelicione, 2001; Debus, 1997; Westpal, Bogus, Faria, 1996; Dall’agnol, Trench, 1999).

Diante disto, analisemos alguns aspectos considerados nucleares para a investigação através da técnica do Grupo Focal.

Quanto à definição dos membros que farão parte do Grupo Focal é considerada tarefa relevante uma vez que implica na capacidade de contribuição com os objetivos da pesquisa. A amostra é intencional e os critérios (sexo, idade, escolaridade, diferenças culturais, estado civil e outros) podem variar, devendo ter pelo menos um traço comum importante para o estudo proposto. No caso desta pesquisa, todos eram auxiliares de enfermagem (Westpal, Bogus, Faria, 1996).

A decisão de participar de um Grupo Focal deve ser individual e livre de qualquer coação. Portanto, deve-se ter uma cuidadosa seleção das pessoas a serem convidadas, bem como a necessidade da clareza quanto à explicação do projeto e dos cuidados éticos incluídos no processo, para informar aos selecionados (Aschidamini, Saupe, 2004).

Neste processo, os participantes foram envolvidos desde o início da pesquisa com esclarecimentos de dúvidas e orientações, além de serem convidados a participar com total liberdade para desistir a qualquer momento.

Quanto ao número de participantes, deve-se variar de oito a dez pessoas, devendo, o tamanho do grupo, estar adaptado aos propósitos da tarefa (Iervolino, Pelicione, 2001; Debus, 1997; Dall'agnol, Trench, 1999; Méier, Kudlowiez, 2003).

O ideal é que o total oscile entre no mínimo de seis e no máximo de doze pessoas (Chiesa, Cimpione, 1999).

No caso desta pesquisa, os encontros foram compostos por quatro participantes cada, sendo que dois participantes não se repetiram do primeiro para o segundo encontro. Apesar do número de participantes diferir do proposto na técnica, a dinâmica e conteúdo do grupo não foram prejudicados.

Em relação ao número de encontros, varia de acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa, podendo ser alterado após análise conjunta (do moderador e observador) dos dados completos.

São sugeridas ao menos duas sessões para explorar aspectos nucleares importantes para o tema pesquisado, ou até que a informação obtida deixe de ser nova (Westpal, Bogus, Faria, 1996).

Não existe, portanto, um padrão para o número de sessões de Grupo Focal, dependendo, sobretudo, dos objetivos traçados pelo pesquisador.

Diante destas orientações sobre a técnica do Grupo Focal, o grupo se concretizou. Foram realizados dois encontros, não havendo necessidade de realizar outros, pois os assuntos começaram a se repetir e o objetivo proposto foi alcançado.

Além destas propostas, a técnica do Grupo Focal sugere ter um cuidado especial com a escolha do ambiente. Preferencialmente o local deve ser neutro, isto é, fora do ambiente de trabalho e/ou convívio dos participantes e de fácil acesso. Livre de ruídos, com isolamento acústico, possibilitando a captação das falas, sem muitas interferências (Méier, Kudlowiez, 2003).

A organização do espaço físico deve objetivar a participação e integração do grupo, de maneira que todos estejam dentro do campo de

visão entre si e do moderador, isso fomentará a interação e sentimento de fazer parte do grupo.

Além disso, o tempo de duração proposto pelos pesquisadores citados é de uma a duas horas, para que o cansaço dos participantes e as condições desconfortáveis não venham a interferir nos objetivos da discussão em prejuízo dos resultados.

Portanto, nesta pesquisa o Grupo foi realizado no tempo médio de uma hora e trinta minutos, em uma sala com cadeiras em círculo em um outro bloco da instituição que não o hospital, com a preocupação de abstraí-los do ambiente hospitalar, do toque de campainhas e de pessoas chamando, proporcionando desta forma um momento de tranquilidade e de reflexões em um ambiente silencioso.

Visto estas questões físicas, da técnica restava elaborar o guia de temas, que é de extrema importância na investigação através dos Grupos Focais.

Consta de uma lista de temas e questões qualitativas e abrangentes, que favorecem a discussão, servindo de roteiro para o moderador, facilitando a condução do trabalho grupal ao encontro dos objetivos da pesquisa. A elaboração deste instrumento requer do moderador habilidade, dedicação e clareza dos objetivos do estudo (Méier, Kudlowiez, 2003).

Para chegar a esta lista de temas proposta pela técnica foi realizado um questionário piloto (Anexo C) que pudesse obter conteúdos sobre o assunto pesquisado e utilizá-los como perguntas norteadoras durante o Grupo Focal.

Considero este período como a primeira fase da pesquisa, a qual foi realizada em um período de férias coletivas da instituição. Havia somente um andar da unidade de internação hospitalar funcionando, onde estavam misturados auxiliares de enfermagem e enfermeiros de andares diferentes que não saíram de férias coletivas.

Para dar início a esta primeira etapa da pesquisa, foi explicado aos auxiliares de enfermagem sobre o questionário piloto, e perguntado sobre o interesse em participarem deste momento.

O questionário piloto foi entregue àqueles que aceitaram colaborar. Foi dado a eles um prazo de entrega de cinco dias, porém houve necessidade de relembrar e prorrogar a data de entrega de alguns que ainda não haviam preenchido o questionário.

Dos sete participantes, somente um não entregou no período combinado. Diante desta situação e refletindo sobre os aspectos que envolvem responsabilidade e interesse por atividades que se comprometem em fazer, resolveu-se então, não lembrá-lo.

Após pegar as respostas dos questionários, houve a dedicação em lê-las atentamente, para abstrair temas amplos que pudessem ser lançados no grupo como questões norteadoras, as quais poderiam ajudar a trabalhar com o objetivo da pesquisa.

Diante da riqueza das respostas do questionário, foi possível extrair temas como: relacionamento pessoal; trabalho em equipe; fofoca; empatia e vínculo com a equipe e com a pessoa hospitalizada; saúde do trabalhador; estrutura física e de recursos humanos da instituição.

Tendo todo este material em mãos, entendeu-se que estas pessoas puderam *parar* por alguns minutos e *refletir* sobre o seu dia-a-dia, sendo este um momento, entendido por nós, de cuidado a estas pessoas.

Pensa-se que a partir desta reflexão e escrita elas estariam exteriorizando seus sentimentos e a necessidade de serem ouvidos.

A partir disso, foi elaborado um guia de temas, o roteiro (Anexo D), e o contato com os auxiliares de enfermagem a respeito do início do Grupo Focal, momento que foram questionados sobre a vontade e disponibilidade individual para participarem do encontro.

Perante esta etapa metodológica e física do grupo focal, o moderador tem um papel importante, significativo e relevante para o funcionamento do grupo. Implica no preparo e instrumentalização em todas as fases do processo (Dall'agnol, Trench, 1999).

O moderador experiente adapta-se ao estilo dos participantes, aos objetivos e necessidades do grupo. O moderador não deve comportar-se como professor, juiz ou chefe. Não deve expressar desacordo ou acordo com pontos de vistas expressos pelos componentes do grupo, além disso, o moderador não pode por palavras na boca dos participantes (Debus, 1997).

O moderador é um facilitador do debate, deve ter experiência no manejo com atividades grupais, cultivar a empatia, aptidão para escutar, entusiasmo para conduzir o grupo às discussões e controle de Grupos Focais (Dall'agnol, Trench, 1999).

O observador deve cultivar a atenção, auxiliar o moderador na condução do grupo, tomar nota das principais impressões verbais e não verbais, estar atento à aparelhagem audiovisual. Deve ter facilidade para

síntese e análise e capacidade para intervenção (Aschidamini, Saupe, 2004).

Além disso, ao final de cada sessão ou nos dias seguintes a ela, deve ser realizada uma avaliação acerca das discussões, sentimentos e sensações promovidas naquele encontro. Juntos, moderador e observador, traçam estratégias para as próximas reuniões do Grupo Focal. (Aschidamini, Saupe, 2004).

Diante de toda esta estratégia metodológica do Grupo Focal, a princípio oito pessoas se interessaram em participar do grupo, mesmo assim, foram convidadas outras pessoas que ficaram de pensar. Tendo a média dos participantes, procurou-se reservar com antecedência uma sala ampla, com mesa central e cadeiras ao redor para proporcionar conforto aos participantes.

Visto todos os detalhes, agendou-se a data da realização do primeiro encontro do Grupo Focal que será discutido no item da dinâmica geral dos grupos.

Vale ressaltar que a observadora foi participada de todos os detalhes que haviam acontecido, além de ser um pressuposto metodológico para a realização do Grupo Focal.

A observadora foi escolhida pela pesquisadora por ser uma pessoa de confiança, de relacionamento próximo, com pensamentos semelhantes, por acompanhar o processo de desenvolvimento da dissertação desde o início, por participar da leitura do projeto, da elaboração do questionário piloto e da discussão sobre o tema. Além disso, a sua formação em psicologia lhe dá

condições para participar e realizar o papel de observadora com qualidade, o que facilitou todo esse processo.

Para o desenvolvimento do contexto surgido no grupo optou-se pela análise de conteúdo segundo Bardin (1994, p.31), que diz: “análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, sendo as regras flexíveis e pouco variável a sua definição. Desta forma, o autor coloca que “a técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendido tem que ser reinventada a cada momento” (Bardin, 1994, p.31).

De acordo com Vala (1986) o material adquirido para a análise de conteúdo, provém de discussões, podendo o analista, no caso o pesquisador, inferir sobre uma ou várias destas condições de produção.

Para Franco (1986, p.9,13) a análise de conteúdo “é uma técnica de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um texto”. Diz ainda que durante a análise do conteúdo do discurso em questão, três pressupostos devem ser levados em conta, que são: “toda mensagem falada, escrita ou sensorial contém, potencialmente, uma grande quantidade de informações sobre seu autor; o produtor/autor é antes de tudo um selecionador e essa seleção é arbitrária; a ‘teoria’, da qual o autor é o expositor, determina a sua concepção de realidade”.

Minayo (1999), coloca que a técnica de análise de conteúdo pode ser expressa de cinco formas, que são: análise da expressão; análise das relações; análise de avaliação ou representacional; análise da enunciação e análise temática.

Para esta pesquisa, optou-se para a análise temática, na qual os temas e os comportamentos presentes no discurso apresentam valores de importância (Minayo 1999).

A análise dos conteúdos presentes nas falas do grupo decorreu com o auxílio das leituras do material transcrito, do material teórico estudado e das percepções objetivas e subjetivas da pesquisadora. A mesma, cuidou para não mergulhar sentimentalmente no cenário exposto, por vivenciar das mesmas aflições, angústias e satisfações no ambiente de trabalho destes profissionais e por concordar com algumas falas e sentimentos.

2.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Abreu Sodré (AACD), na cidade de São Paulo, que é constituído de 94 leitos de clínica médica cirúrgica e sete leitos de Unidade de Terapia Intensiva com característica cirúrgica.

É uma instituição filantrópica que atende principalmente pessoas portadoras de deficiência física. Tem grande demanda de pessoas carentes, as quais são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Também há atendimentos para convênios e particulares, dos quais o lucro proveniente subsidia cirurgias do SUS.

É um hospital que atende especialidades de Ortopedia, Urologia, Neurocirurgias e Pediatria, realizando atendimento em ambulatório, centro cirúrgico e unidades de internação.

Em especial, o 2º andar é uma unidade mista, com enfermarias para reabilitação e clínica cirúrgica infantil e adulto, sendo composta de 14 e 31 leitos respectivamente.

2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos desta pesquisa são os auxiliares de enfermagem que trabalham no Hospital em estudo, no período diurno.

Nos encontros realizados houve maior participação de mulheres com um total de quatro para dois homens, sendo um grupo com faixa etária média de 25 anos e com somente dois participantes com mais de dez anos de profissão.

Portanto, para Minayo (1999, p.269) “a qualidade da análise substitui a quantidade do material”, podendo optar-se por um número limitado de participantes, o que justifica nosso grupo.

2.3 COLETA DE DADOS

Optou-se pela pesquisa qualitativa, e juntamente a esta, utilizou-se a técnica do Grupo Focal, já descrito anteriormente.

Procurou-se determinar qual seria a melhor estratégia para responder ao objetivo do estudo. Os autores Debus; Ressel, Gualda, Gonzáles e Méier, Kudlowiez apresentam estruturas diferentes na organização do grupo focal, porém com o mesmo objetivo de integração, como mostrado adiante.

Para Debus (1997), as sessões geralmente ocorrem ao redor de uma mesa de conferências e/ou de forma aleatória onde os participantes se sintam à vontade. Deve-se atentar para que as cadeiras não atribuam uma idéia de prestígio, pois os participantes que se assentam ao lado do moderador ou à cabeceira da mesa podem se sentir prestigiados; deve-se permitir que o moderador tenha visão de todos os participantes para melhor monitorar o grupo, estimular a participação dos tímidos e controlar os

dominantes; providenciar o crachá com o nome dos participantes para chamá-los pelo nome, facilitando o controle e a interação do grupo.

Com base em outros estudos Aschidamini e Saupe (2004) indicam a disposição dos assentos em círculo, salientando que a cada encontro o moderador e o observador, mudem de lugar, evitando sentar um ao lado do outro para não dar idéia de centralização.

Méier e Kudlowiez (2003) priorizaram a disposição das cadeiras em semicírculo. O moderador e o observador posicionam-se entre os participantes, não havendo lugar fixo.

Com isso, percebe-se a preocupação dos autores pesquisados com a participação e integração grupal quanto à organização do espaço físico e a escolha de local adequado e acolhedor para as sessões de Grupo Focal.

Para esta pesquisa, escolheu-se uma estrutura grupal, onde as cadeiras ficam organizadas em círculo e sem uso de mesa central, para que os movimentos não verbais fossem melhores observados, principalmente os de membros inferiores. A escolha da cadeira foi do próprio participante, ficando o moderador e observador por último para não influenciar na escolha do membro do grupo.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Associação de Assistência a Crianças Deficientes (AACD) – Hospital Abreu Sodré e somente após a sua aprovação, iniciou-se as sessões do Grupo Focal.

A primeira sessão do grupo foi precedida de esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa. A pesquisadora solicitou a permissão para usar um gravador em fita K7 e MP₃ a fim de assegurar o registro de todos os dados, garantindo o caráter confidencial, bem como o compromisso de informá-los sobre o resultado do trabalho, logo que finalizado. Nesse momento também foi assinado o termo de consentimento pós-informado, tanto pela pesquisadora quanto pelos integrantes do grupo. (Anexo B)

3 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

3.1 DINÂMICA GERAL DOS GRUPOS

Os conteúdos adquiridos através da técnica do Grupo Focal são de natureza qualitativa. Isto implica na análise qualitativa sem a intervenção estatística.

Na utilização dos Grupos Focais há erros comuns na interpretação dos dados que são: quantificar os Grupos Focais; tomar literalmente os comentários dos participantes, em vez de aprofundar os seus significados. A análise dos dados deve ser feita levando em consideração o contexto social, visto que são dados potencialmente subjetivos (Debus,1997).

São propostas duas formas para proceder à análise: através do sumário etnográfico e da codificação dos dados via análise de conteúdo. O primeiro apresenta-se “nas citações textuais dos participantes do grupo” enquanto o segundo enfatiza a “descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões e em quais contextos isso ocorre”. Os métodos citados não são excludentes entre si, podem ser combinados em um só momento de análise (Iervolino, Pelicione, 2001, p.119).

Para que a análise apresente uma riqueza em seu conteúdo, optou-se por descrever o sumário etnográfico e análise de conteúdos concomitante, para que clarifique todos os passos da realização do grupo.

Inicialmente, descreve-se toda a dinâmica dos dois grupos para depois iniciar a análise, pois nos dois encontros surgiram assuntos semelhantes, não sendo possível fazer uma análise dicotomizada devido à

confluência dos assuntos. É no sumário etnográfico que grande parte dos registros da observadora se encontra.

É importante ressaltar, que se optou em realizar os encontros do Grupo Focal no horário de serviço devido à indisponibilidade dos auxiliares de enfermagem em participar em outro horário.

No dia escolhido para a realização do primeiro encontro do Grupo Focal, todos, pesquisadora e participantes, estavam de plantão. O que mobilizou a pesquisadora, em realizar um pedido formal à gerência de enfermagem para dispensa de uma hora no final do plantão para os funcionários da manhã e de meia hora do início do plantão para os funcionários da tarde. Isto foi feito mesmo com o projeto já aceito pelo comitê de ética e a liberação feita verbalmente pela supervisora de enfermagem.

No dia do primeiro grupo, o tempo estava nublado, porém sem chuva. A observadora chegou com uma hora de antecedência e se familiarizou com os gravadores. No mesmo instante ficou-se sabendo que a sala, reservada há uma semana, estava sendo utilizada por um grupo de pessoas que passaria a manhã toda em reunião e o horário de reserva seria utilizado por eles. Isso causou um grande incômodo com misto de descontentamento e frustração, questionando novamente sobre a responsabilidade que pessoas assumem e não cumprem.

Além disso, algumas pessoas que iriam participar do grupo já haviam justificado a ausência devido ao grande número de cirurgias e demanda de serviço, não sendo possível sair da unidade.

Mesmo assim, conforme o combinado, pesquisadora e a observadora, encontravam-se no horário e local marcado com o grupo.

A sala reservada ainda encontrava-se ocupada e assim que saiu a primeira pessoa, no caso uma enfermeira, foi questionada sobre a reserva do horário seguinte daquela sala, havendo a necessidade de iniciar a atividade. Foi pedido dez minutos de paciência enquanto terminavam a reunião. Passado o tempo, a mesma já se sentindo incomodada improvisou uma outra sala para o grupo, onde puderam se acomodar.

Havia cadeiras suficientes, mas a sala estava abafada, por isso, foi solicitado o controle do ar condicionado e o mesmo foi ligado.

Como houve a mudança de sala, o secretário da recepção foi avisado que poderiam chegar mais pessoas, sendo orientado para encaminhá-las para a sala onde estava sendo realizado o grupo.

O local previamente reservado era uma sala de reuniões com mesa central e cadeiras ao redor. A sala improvisada era uma sala menor com cadeiras em círculo, sem mesa central. Ao final do primeiro encontro foi discutido entre a moderadora e observadora o objeto mesa, pois a mesma dificultaria a visibilidade de detalhes registrados pela observadora, o que nos fez pensar em reservar a próxima sala sem mesa.

Estando presente duas pessoas das que se propuseram em participar do grupo, foi falado a respeito do sigilo e da alteração do nome, ficando a critério da pesquisadora alterar para os nomes fictícios.

Devido o adiantado da hora o grupo foi iniciado por volta das 11:30 com Flor do Campo e Cravo Vermelho que chegaram no horário.

A princípio, foi pedido aos participantes um momento a fim da moderadora e observadora organizarem os gravadores sendo que dos três que estavam preparados, somente um falhou. Tratava-se de um gravador de MP₃.

A participante Flor do Campo percebeu a aflição da moderadora no momento e ofereceu o seu MP₃, mas como havia mais dois gravadores além desse, não foi preciso.

Quando tudo organizado pela dupla, moderadora e observadora, iniciou-se o grupo explicando o objetivo da pesquisa e a necessidade do termo de consentimento.

Foi explicado a eles sobre a primeira fase da pesquisa, da qual o Cravo Vermelho havia participado e a Flor do Campo não. O grupo foi iniciado com a pergunta: “como lidam com o aspecto emocional das pessoas hospitalizadas, no momento em que estão trabalhando?”.

Neste momento foi percebido pela observadora que os participantes sentavam-se lado a lado, com os pés cruzados. Após o consenso da dupla, Flor do Campo iniciou a fala demonstrando vergonha e ansiedade. Ao contrário, Cravo Vermelho tinha a voz bastante firme, porém ao falar apertava a caneta na mão.

Após certo tempo de grupo, os outros participantes Camélia Rosada e Lírio, chegaram justificando o atraso por não acharem a sala. Receberam informação errada do secretário pelo qual tinham sido orientados. O grupo seguiu então com quatro pessoas.

Lírio manteve a voz tranqüila e Camélia Rosada apertava as mãos entre as pernas cruzadas e olhava fixamente para a observadora enquanto falava.

No decorrer do grupo outras observações foram feitas em relação aos participantes.

Os movimentos realizados por Cravo Vermelho e Camélia Rosada durante a fala de Lírio eram: o balançar inquietante das pernas e gestos de forma positiva com a cabeça, sorriso e complemento da fala de Lírio, respectivamente; Flor do Campo demonstrava emoção em sua voz durante a fala, mas enquanto falava sobre empatia mantinha os braços cruzados e Cravo Vermelho escrevia em um papel.

Na metade do grupo houve um clima de tensão por discordância de pensamentos, onde Cravo Vermelho era o único opositor do grupo. Comportava-se com franzir das sobrancelhas, roer de unha, balanço das pernas e olhar em direção ao gravador sempre que não concordava com o assunto, em uma intenção de mudança de foco. Tentando se esquivar, sorria sarcasticamente e batia o seu dedo no queixo no momento que falavam sobre pontos positivos da profissão, além de escrever no papel e roer as unhas quando Lírio falava sobre reconhecimento profissional pela instituição.

Porém, durante a fala do Cravo Vermelho o grupo comportou-se com olhar fixo ao chão, gesticulando negativamente com a cabeça, sinalizando não concordar com os pensamentos do colega do grupo, que se tratava de um cuidado mecanizado e do reconhecimento profissional considerando-o somente “[...]mais um.[...]” perante a empresa.

Percebendo esta tensão de discordância no grupo, a participante Camélia Rosada ameniza dizendo: “[...] não me incomodo e gosto de outras opiniões[...]”, porém Lírio falou: “[...]não consigo ouvir opiniões que sejam diferentes da minha[...]” além de procurar elementos na fala de Cravo Vermelho para contradizê-lo. Neste momento, Cravo Vermelho fazia sons com a boca como estivesse suspirando fundo e não revidou.

Durante o grupo Camélia Rosada precisou se retirar da sala pedindo licença, pois seu celular tocava insistentemente.

No fechamento, foi percebido pela observadora e moderadora que o grupo, mas principalmente Flor do Campo, estava preocupado com o trabalho da moderadora no sentido de alcançar o objetivo proposto, sendo decidido pelo grupo realizar novos encontros.

A observadora fez apontamentos sobre alguns participantes que acredito ser relevante colocá-los.

A observadora percebeu que Cravo Vermelho a princípio demonstrou estar muito seguro em sua fala, não sendo abalado pelo grupo, porém, do meio do encontro em diante, se calou, podendo não estar mais disposto a falar. Alertou para a possibilidade de Lírio não comparecer no próximo encontro por verbalizar a dificuldade de lidar com idéias contrárias às suas.

Interessante que os participantes referidos acima, de fato não compareceram ao segundo encontro. Somente Cravo Vermelho justificou sua ausência.

No segundo encontro, o dia estava fresco com um sol discreto.

A pesquisadora estava de folga e pode chegar com meia hora de antecedência juntamente com a observadora. Pôde-se entrar na sala,

climatizá-la, organizar o posicionamento das cadeiras em círculo, retirando a mesa do centro, para que a observadora pudesse visualizar por completo os participantes, arrumando os gravadores no centro do círculo.

A pesquisadora encontrava-se mais tranqüila em relação ao grupo anterior, mas ainda um pouco ansiosa. A primeira participante, Violeta, chegou antes do horário combinado, conversou-se sobre assuntos diferentes enquanto se aguardava aos outros participantes. No horário combinado, chegou Rosa Vermelha que se acomodou timidamente.

Aguardaram-se mais quinze minutos e como não chegava mais nenhum integrante do grupo, optou-se por iniciar o grupo somente com duas participantes. Este momento causou preocupação em relação ao número de pessoas e fez questionar porque as pessoas do grupo anterior que haviam decidido por fazer novamente o grupo não haviam chegado.

Mas afinal, havia duas pessoas presentes, e se estavam é porque estavam interessadas. Enfim, foram feitas explicações sobre as funções da pesquisadora/moderadora e observadora; foram entregues os termos de consentimento; foi falado brevemente sobre a técnica do Grupo Focal e sobre os assuntos do grupo anterior. Neste momento as participantes fizeram movimentos de negação com a cabeça.

As duas participantes leram o termo de consentimento e iniciaram uma discussão interessante para a proposta do grupo. Falaram sobre o relacionamento com acompanhantes e pessoas hospitalizadas, mas ainda não tínhamos iniciado propriamente o grupo, com a gravação, o que não possibilitou o registro das falas.

Iniciamos o grupo com a questão: “como lidar com os aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas?”.

Ao iniciarmos os dois participantes cruzaram os pés. Rosa Vermelha ao se apresentar cruzou também os braços e Violeta expressava um sorriso nervoso. Flor do Campo chegou justificando o seu atraso e avisou que precisava sair ao meio dia, pois iria trabalhar à tarde também.

Mesmo com o atraso, a participante se interou rapidamente, com voz calma, gesticulando bastante com as mãos, mantendo os pés cruzados a princípio, mas com o tempo parecia estar bem à vontade, com as pernas esticadas em direção ao centro da roda e com o corpo relaxado.

Rosa Vermelha ao falar de sentimentos e emoções mantinha uma voz calma, gesticulava com as mãos e manteve os pés cruzados. Falou pouco, somente sorria e fazia gestos com a cabeça concordando com os colegas.

Violeta, também calma, utilizava bastante as mãos e aparentava estar atenta ao que os colegas falavam. Camélia Rosada também chegou justificando o atraso. Ao sentar, deu um tapinha na perna da Rosa Vermelha com um sorriso no rosto e foi retribuída da mesma maneira. Envergou-se em direção ao gravador olhando-o bem e retornou ao seu encosto.

Camélia Rosada olhava fixamente para a observadora, como no primeiro encontro, durante as falas. Esteve a maior parte do tempo com as pernas cruzadas e gesticulando bastante com as mãos. Estava falante e bem agitada, sendo a que mais verbalizou.

Esta atitude de Camélia Rosada, de olhar fixamente para a observadora, foi discutida entre moderadora e observadora. Pensou-se na possibilidade deste comportamento ser decorrente da dificuldade de

verbalizar sentimentos e de se expor diante de uma superior, no caso a pesquisadora, superior direta deste participante.

Percebendo esta situação no decorrer do grupo, por alguns instantes houve inversão de papéis. A pesquisadora passou a observar o grupo e a observadora retribuía o contato visual com Camélia Rosada, com o intuito de não comprometer a fala e desenvolvimento do grupo.

O clima no grupo estava calmo, sem divergências. O celular da Rosa Vermelha tocou várias vezes e então ela resolveu guardá-lo na bolsa.

Manteve-se a maior parte do tempo com os braços e pernas cruzadas e quando descruzava os braços, mexia em suas unhas calmamente e depois voltava à postura anterior. Ficou mais à vontade quando contou uma situação de satisfação profissional, mas ao terminar fechou os braços novamente.

Diante destes relatos, observa-se claramente o uso dos sinais não verbais pelos participantes do grupo como: membros cruzados, o gesticular das mãos, o mexer nas unhas e movimentos faciais. Durante os encontros, todos os participantes utilizaram os sinais não verbais.

Segundo Silva (2002), a comunicação não verbal ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos. Todos estes comportamentos têm seu significado e nos transmite uma mensagem a qual captamos e podemos responder.

No grupo a linguagem não verbal mais presente foi a cinésica ou linguagem do corpo que

[...] descreve as posições e movimentação do corpo humano que possui significado na comunicação interpessoal, nas diferentes culturas. A análise cinésica incide sobre todas as partes do corpo, ressaltando-se que as expressões faciais são bastante utilizadas para demonstrar sentimentos. Aceita-se que determinadas expressões faciais estão associadas à emoções que são comuns a todos os seres humanos, embora cada cultura existam usos diferenciados deste repertório (Silva, 1991 p. 129).

Apesar de todas estas emoções demonstradas pelo não verbal, ao término do grupo, os participantes fizeram uma avaliação dizendo que este momento de grupo foi muito bom e interessante, um espaço reservado para falar e desabafar sem medo de coação, retaliação e ou até demissão. Um momento que se sentiram cuidados e que “ficaram mais leves”. Um lugar onde podem falar coisas que não podem ser ditas no momento de trabalho, expressar sentimentos, verbalizando a necessidade de haver um momento deste contínuo no local de trabalho servindo de apoio ao profissional para que possam trabalhar bem e melhor.

Portanto, a partir da apresentação da dinâmica do grupo inicia-se a análise temática a qual foi agrupada em uma grande categoria nomeada de:

Cuidado com emoções!!!

Que possui subtemas descritos abaixo, que serão discutidos e analisados a seguir.

- 1- *Como lidar com a pessoa hospitalizada;*
- 2- *O dia-a-dia;*
- 3- *Exigências do mundo profissional;*
- 4- *Quem somos nós?;*
- 5- *O Respiro!!!.*

3.1.1 Como lidar com a pessoa hospitalizada

Ao iniciarmos o grupo com a questão: “Como lidam com o aspecto emocional da pessoa hospitalizada?”, Flor do Campo começou responder com timidez, mas disse *“[...] ao mesmo tempo em que consigo lidar bem, é complicado [...]”*.

Diz não querer *“[...] deixar o paciente sem uma resposta, sem um retorno [...]”*, acrescentando que *“[...] não posso deixar de dar atenção à parte emocional [...]”* da pessoa hospitalizada, dizendo que isso *“[...] faz parte de todo o tratamento [...]”*.

Medina e Backes (2002) colocam que é através da comunicação e da interação entre o cuidador e o ser cuidado, há possibilidade de identificar e compreender os fatores causadores de ansiedade, medo, desconforto ou outros sentimentos, podendo amenizá-los e tornar a assistência de enfermagem humanizada.

Complementando este raciocínio as autoras Peduzzi e Anselmi (2002, p.394) relatam que:

para o trabalho de enfermagem a análise da dimensão intersubjetiva do processo é extremamente importante, pois trata-se de uma prática na qual a intervenção técnica está sempre permeada pela interação estando as dimensões ética e comunicativa imediatamente associadas à dimensão técnica.

Diante desta realidade, Flor do Campo continua dizendo que: *“[...] quando estou tendo que fazer mil coisas ao mesmo tempo e às vezes tenho que parar para ficar conversando com a pessoa hospitalizada, é complicado [...]”*.

Esta fala vem de encontro com a realidade atual da enfermagem onde protocolos e regras devem ser seguidas em um curto período de tempo,

esquecendo-se de que pessoas cuidam de pessoas e não máquinas cuidam de objetos.

Contudo, mesmo deparando com esta rotina desenfreada Flor do Campo coloca que além de realizar a parte técnica da enfermagem *“[...] tem o outro lado de poder olhar o aspecto emocional do paciente, ver se o paciente está deprimido, conversar com ele e tomar alguma conduta como: falar para enfermeira ou médico. Isso é importante, trabalhar com ele, vendo o porquê está daquele jeito, se é por causa da falta da família, se é pela doença, se é pela cirurgia [...]”*.

Nesta fala é nítido que este profissional percebe a necessidade e importância da abordagem subjetiva da pessoa hospitalizada, ficando dividida nas duas atividades de assistência de enfermagem.

Esta ponte que favorece o profissional ir e vir nos cuidados técnicos e subjetivos, podendo ficar no meio deste caminho, dividida em o que fazer, como referido na fala de Flor do Campo, é definido por Machado e Colvero (1999) como cuidado *continuum*. Porém, este cuidado não é dado, deve ser construído pelo próprio profissional sendo dinâmico, o que favorece o cuidado diário. Situação comum na enfermagem, que na maioria das vezes acaba ficando somente no cuidado técnico devido à sobrecarga de tarefas.

Portanto, a partir da percepção do profissional, a construção de um cuidado permeado por confiança e segurança pode ser facilitada proporcionando vínculo e empatia ao relacionamento interpessoal do cuidador e ser cuidado.

Para Ferreira (1986, p.636), a empatia é a capacidade de “sentir o que sentiria se tivesse em situação vivida por outra pessoa” e vínculo é a

condição de ligar-se; relacionar-se, os quais devem ser desenvolvidos a fim de que possamos ser cuidadores.

A enfermagem é uma profissão que trabalha diretamente com pessoas que estão precisando de ajuda, seja uma simples orientação ou algo mais complexo que necessite de suporte tecnológico como drogas ou aparelhos.

Sawada (1991), coloca que em todos os procedimentos de enfermagem é inevitável o contato com a pessoa, por isso a comunicação é um dos instrumentos mais importantes utilizados pelos profissionais de enfermagem.

Este conceito vem de encontro com a fala de Flor do Campo quando diz que: “[...] *temos que ser mais afetivos nas relações, estamos lidando com pessoas [...]*”. Esta fala, também representa um alerta para a enfermagem sobre a necessidade de relacionar-se melhor, tratar o ser cuidado como uma pessoa que tem sentimentos, desejos e não como um objeto doente.

Desta forma, é importante e necessário que o profissional da enfermagem se coloque no lugar do ser cuidado, entendendo a necessidade deste indivíduo em todo o seu contexto, construindo vínculo durante o tempo de cuidado, ou seja, criando uma relação harmônica e de confiança.

A empatia e a comunicação são formas de interação entre o cuidador e ser cuidado. São essenciais no processo de atendimento à pessoa hospitalizada, pois o objetivo da assistência de enfermagem é proporcionar um cuidado em que a pessoa possa se sentir segura, através do atendimento individualizado, no qual o saber técnico e científico não oculte a subjetividade do ser cuidado (Medina, Backes, 2002).

Os pacientes hospitalizados percebem o cuidado na forma de atenção, carinho, colaboração e sentem-se gratos pelo atendimento recebido, porém demonstram passividade e até subordinação, aceitando o que é feito sem questionar (Waldow, 2006).

No trecho *“[...] o paciente gosta de tomar banho à noite, falam que banho é de manhã, paciente não quer isso! Acho que não tem um livro falando que o paciente tem que tomar banho de manhã, à tarde ou à noite, tem que ter esse respeito [...] (Camélia Rosada)”* é percebido a imposição de normas e regras à pessoa hospitalizada, que quando submetida contra a sua vontade se torna passiva do seu próprio cuidado.

Nesta mesma fala, este integrante do grupo demonstra que entende a importância da individualidade da pessoa hospitalizada, o respeitando.

Mas, o grupo vai além desta discussão passando a falar sobre a despersonalização do ser cuidado representada pela fala:

“[...] imagina uma pessoa que sempre tomou banho sozinha, nunca gostou que nenhum filho, nem mulher entrasse no seu banheiro, de repente, vê alguém catando uma bucha e esfregando... é complicado, então tem que ter o respeito [...] (Camélia Rosada)”.

Estas situações de passividade, subordinação e despersonalização são freqüentes na enfermagem, até porque em alguns momentos a pessoa hospitalizada realmente está impossibilitada de realizar a própria higiene íntima, ficando dependente do profissional da enfermagem.

Por este motivo, a empatia, responsabilidade, profissionalismo, respeito e bom senso são importantes na assistência de enfermagem.

Como cuidadores temos que ver o outro efetivamente, senti-lo, permitir o contato afetivo, a troca de experiência e saberes. Para cuidar é preciso colocar-se e deixar que o outro se manifeste. Temos que resgatar o respeito ao ser cuidado, permitindo que ele assuma o controle do seu processo de cuidar, que possa através da relação de cuidado, ver-se como ativo e comprometido com ele (Vianna, 2000 p. 115).

Para Waldow (2006), o cuidador ao conhecer os hábitos, padrões e comportamentos da pessoa que cuida estará mais apto a entender certas atitudes e comportamentos, proporcionando um cuidado real e significativo.

Isto é verbalizado por Flor do Campo quando diz: “[...] *a gente conhece o paciente, ainda mais quando é um contato de todos os dias, sabe como ele é, como ele te responde um bom dia, um tudo bem, então você percebe de um dia para o outro ou de uns dias passados que ele está diferente da parte emocional [...]*”.

A importância do conhecimento do ser cuidado favorecer um cuidado significativo. O vínculo e a empatia entre o cuidador e ser cuidado, também contribuem para a percepção do cuidador em relação ao aspecto emocional da pessoa cuidada.

Isso nos mostra que o profissional no seu dia-a-dia pode perceber ou não a condição do aspecto emocional da pessoa hospitalizada.

Em contra partida, não é fácil visualizar como a pessoa hospitalizada se expressa, mas podem-se observar as áreas expressivas apesar de serem menos visíveis. Estas podem ser verificadas através dos sinais não verbais, como: sorrisos, aparência tranqüila ou não, podendo contribuir para uma assistência de enfermagem ampliada.

Neste contexto da discussão sobre a importância e necessidade do vínculo, empatia e abordagem do aspecto emocional da pessoa

hospitalizada no cuidado de enfermagem é colocada por Flor do Campo uma frase interessante a qual chamou atenção quando diz que: “[...] *procuro ter vínculo e empatia primeiro com a profissão para ver se que aquilo que faço, gosto [...]*”.

Esta frase faz refletir sobre a importância da identificação do profissional com a profissão e o quanto isto é importante para que haja motivação, satisfação e conseqüentemente a realização de um bom trabalho.

Para Medina e Backes (2002, p.527), “o conhecimento pessoal é necessário para podermos tentar conhecer e compreender o ser cuidado”. Pois, os componentes e atitudes são entendidos como de cuidado e são compostos por uma vasta lista, onde se destacam: respeito, gentileza, amabilidade, consideração, compaixão, disponibilidade, interesse, segurança e oferecimento de apoio, confiança, conforto e solidariedade (Waldow, 2006).

Entretanto, ainda neste contexto de relacionamento interpessoal o grupo chamou a atenção quando verbalizou que o vínculo com as pessoas cuidadas algumas vezes se estende para o contexto extra-hospitalar sem a crítica do limite da linha tênue do pessoal e profissional. Esta situação pode ser observada através das falas:

“[...] com os pacientes eu continuo com amizade, me escrevem, me ligam! (Rosa Vermelha)”;

“[...] tem muita gente que me critica, porque eu tenho um envolvimento muito próximo com os pacientes, e bastante, eu como na casa

de um monte de paciente, eu vou almoçar, eu vou.....levo pra passear [...] (Flor do Campo)”.

Apesar de concordar, este outro integrante do grupo faz a observação, da qual se pode entender como uma leve crítica à situação quando diz que não é com todos os pacientes que se permite ter um relacionamento extra-hospitalar quando coloca: *“[...] tem aqueles que você sabe que não vai dar pra ter uma relação de amizade (Camélia Rosada)”.*

Portanto, entende-se que apesar da grande dificuldade que alguns auxiliares de enfermagem têm em relacionar-se emocionalmente com o ser cuidado outros ultrapassam o limite do profissional para o pessoal. Estas atitudes na enfermagem não são vistas com bons olhos, mas se não refletirmos sobre este tipo de relação estamos deixando de ver o profissional como um ser humano, despersonalizando-o diante da sua profissão.

Diante de todo este envolvimento que pode ocorrer entre o ser cuidado e cuidador, este ainda precisa enfrentar os aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas.

Os cuidadores quase sempre não estão preparados ou orientados sobre o manejo desta questão, o que traz muita angústia e ansiedade durante estas situações como é demonstrado nas falas de Flor do Campo e Camélia Rosada respectivamente, quando verbalizam: *“[...] cada um se vira como pode”; “[...] a gente aprende sozinha a lidar com isso, a gente tem que saber lidar com isso, muitas vezes a gente está prestes a explodir, com vontade de falar chega, e aí a gente agüenta, engole, porque estar aqui não é uma situação fácil, a gente tem que tentar estar na pele deles [...]”.*

Apesar de toda angústia e raiva que se observa na fala acima por não conseguir manejar a situação vivenciada, a empatia com a pessoa hospitalizada aparece no reconhecimento de que estar hospitalizado seja como enfermo ou acompanhante causa um desequilíbrio emocional, justificando a situação.

A mesma situação também aparece na fala de Lírio quando diz: “[...] *somos nós as pessoas que vamos ter que suportá-lo e tentar compreendê-lo [...]*”, pois “[...] *quando eles não têm ninguém para desabafar, tantos os aspectos bons quanto os ruins, eles acabam desabafando sobre nós mesmos esta carga que eles carregam*”.

O que fica claro que a enfermagem é a depositária dos sentimentos das pessoas que cuidam e de seus acompanhantes, sendo os auxiliares de enfermagem o alvo principal dos questionamentos e desabafos. Isto acarreta uma sobrecarga de estresse psíquico que pode interferir no desenvolvimento da assistência de enfermagem.

Esta situação fica explícita em outra fala de Lírio quando verbaliza: *“nós auxiliares, técnicos e enfermeiros somos as pessoas que lidamos lado a lado dos pacientes, nós estamos mais próximos deles”*.

Desta forma, para “suportar” estas questões emocionais, não só os auxiliares de enfermagem, mas a equipe, sentindo-se despreparados em lidar com a dor, sofrimento ou com o aspecto emocional da pessoa hospitalizada criam estratégias defensivas para enfrentar a perversidade do dia-a-dia do trabalho, utilizando mecanismos de defesa contra suas próprias emoções que funcionam como anestésicos durante o cuidado de enfermagem (Collet, Rozendo, 2003).

É importante colocar também, que este grupo ao verbalizar sobre o cuidado da pessoa hospitalizada estende este cuidado aos acompanhantes. Neste momento, há reflexão, pois ao mesmo tempo em que falam da dificuldade compreendem a necessidade e o papel deste no cuidado do ser enfermo.

Ocasião demonstrada pelas falas:

“[...] não tem só o aspecto emocional do paciente tem também o dos acompanhantes, muitas vezes são eles que dão trabalho [...] (Camélia Rosada)”;

“[...] os acompanhantes, as mães, que são tão difíceis de estar lidando, às vezes elas não entendem a correria que a gente tem [...] (Violeta)”.

Em contra partida, Flor do Campo coloca um outro lado da relação com os acompanhantes, que é a condição da parceria, da ajuda, da troca de informações sobre os hábitos do ser cuidado. Evento que agrega, ajuda e facilita no cuidado. Mas, Flor do Campo, também não descarta a dificuldade deste relacionamento, como observado na fala:

“tenho um pouco que agradecer a elas, estavam me ajudando, [...] mas é difícil”.

A este contexto, Camélia Rosada sugere que o manejo com o aspecto emocional da pessoa hospitalizada e acompanhante *“[...] deveriam começar desde a escola”.*

No dia-a-dia não é fácil lidar com estas situações, seguindo a proposta feita por Camélia Rosada, poderemos ter profissionais mais preparados para lidar com estes momentos, compreendendo a importância do cuidado subjetivo.

Para Leite e Vila (2005), a informação correta e o preparo para lidar também com o sofrimento dos acompanhantes é estratégia imprescindível para um cuidado holístico da pessoa hospitalizada.

Senão situações como:

“[...] você fica com vontade de xingar, fica pink, roxo, até com enxaqueca, ai engole e sai do quarto e chama a enfermeira e fala ô vai resolver que a casa tá caindo [...] lá dentro tá feio (Camélia Rosada)”; e

“[...] a paciente chegou lá e foi me ensinar a posicionar a perna dela, só que ela foi meio desaforada comigo e ai eu acabei sendo também (Rosa Vermelha)” continuarão se repetindo, deixando a desejar ao relacionamento interpessoal e às decisões próprias do ser cuidado.

Porém, mais do que esbravejar ou não aceitar a decisão imposta do ser cuidado, o profissional passa a ter *“de engolir”* a situação vivenciada por não conseguir lidar com o sentimento da pessoa hospitalizada como é demonstrado pela fala:

“Pior, é que a gente tem que engolir mesmo, não tem outra solução pra fazer, se não ficar se policiando [...] (Violeta)” o que pode causar um sofrimento psíquico importante no profissional da enfermagem, interferindo na assistência de enfermagem.

Portanto, apesar da necessidade de cuidar da pessoa hospitalizada de forma ampliada, também é importante entender este profissional como uma pessoa envolvida por um contexto psicossocial, que tem sentimentos e limites. Não tratá-lo simplesmente como um tarefero, cumpridor regras, tarefas e horários, (apesar de em alguns momentos se portarem como tal),

pois são seres humanos sujeitos a erros e muitas vezes falharão no cuidado mesmo havendo boas intenções.

São pessoas com problemas e felicidades como qualquer outro cidadão e estando no trabalho na condição de humanos e não de máquinas produtoras de serviços, não conseguem se desvincular totalmente dos seus sentimentos o que pode dificultar a visualização e compreensão do outro, o ser cuidado, no seu aspecto emocional.

Este raciocínio é verbalizado por Camélia Rosada; Lírio e Flor do Campo, respectivamente quando dizem: “[...] *tem problemas, dos quais, alguns conseguem deixar lá fora e outros não, porque é ser humano [...]* (Camélia Rosada)”;

“[...] é difícil sair de casa com problema e deixar atrás da porta, como todo mundo e a maioria das chefias falam: o seu problema tem que deixar atrás da porta [...]”, “[...] é difícil deixar atrás da porta e o paciente quer sempre que entre com sorriso [...] (Lírio)”;

“[...] a maioria das pessoas da enfermagem não estão 100% bem [...] como uma pessoa assim consegue olhar o aspecto emocional de uma outra pessoa e abrir o horizonte para poder ver se aquela pessoa está respondendo, ou não está, se está crescendo o problema emocional dela ou não está, como uma pessoa que está passando por um problema emocional seu vai abrir para ver o dos outros [...] (Flor do Campo)”.

Fica claro nesta última fala que é difícil para o trabalhador de enfermagem cuidar do aspecto emocional da pessoa hospitalizada se não consegue cuidar de si próprio. Portanto, é muito importante que as

instituições se preocupem com a condição subjetiva do funcionário, pois isso, reflete diretamente na qualidade de assistência e saúde do trabalhador.

Contudo, é interessante observar que no mesmo grupo onde há um descompasso no cuidado da enfermagem entre a visualização da importância do cuidado subjetivo e o descontrole em situações de interrelação com o ser cuidado ou acompanhante, há a reflexão dos acontecimentos como pode ser observado através da fala:

“[...] lidar com pessoas é complicado, porque lida com sentimentos, com pensamentos diferentes, caráter, religião, o que for, é tudo diferente, cada um [...] (Camélia Rosada)” nos levando a concluir que situações como esbravejar ou não aceitar a decisão imposta do ser cuidado, citadas acima, acontecem nos momentos do limite do relacionamento interpessoal entre cuidador e ser cuidado.

Esta discussão acima é um dos grandes geradores de estresse físico e mental do profissional da enfermagem. A seguir falaremos sobre o dia-a-dia destes profissionais no ambiente hospitalar.

3.1.2 O dia-a-dia

A Enfermagem é uma profissão totalmente envolvida pelo cuidado, abordagem e contato com o ser cuidado, o que pode acarretar problemas de relação interpessoal, dificuldade no bom andamento do trabalho, levando a uma duvidosa assistência de enfermagem.

Portanto, é importante cuidar também do trabalhador. Pois, da equipe de enfermagem são os auxiliares de enfermagem que se aproximam por mais tempo da pessoa hospitalizada devido aos procedimentos técnicos que

realizam diariamente e várias vezes ao dia como os banhos, medicações, curativos, sinais vitais, entre outros.

Estas atividades facilitam o envolvimento, a empatia e o vínculo, que são extremamente importantes na assistência de enfermagem, mas também podem favorecer o estresse físico e mental destes profissionais.

O estresse físico acontece devido o grande número de tarefas que são realizadas em um curto espaço de tempo sobrecarregando este profissional.

Estas situações de elevada tensão emocional, associadas à longa jornada de trabalho, condições de insalubridade no ambiente de trabalho, baixa remuneração e duplo emprego acarretam em absenteísmo em larga escala. Este por sua vez, aumenta a carga de trabalho da equipe, pois a necessidade do paciente independe do contingente de pessoal em serviço (Schmidt, 1984, p.90).

Isto pode ser confirmado através das falas: *“acho que também a sobrecarga de trabalho é uma coisa que faz as pessoas não trabalharem muito bem [...] (Flor do Campo)”*; *“[...] a área da saúde é uma área que te sobrecarrega [...] (Lírio)”*.

Além do excesso de atividades realizadas, também se inclui neste ponto o número de empregos dos trabalhadores da enfermagem. Devido ao baixo salário que acomete a classe, os profissionais trabalham em mais de um emprego, o que pode interferir diretamente na qualidade do trabalho. Estão cansados, com maior dificuldade de concentração e se irritam facilmente em situações estressantes, não conseguindo fazer uma abordagem/assistência ampliada à pessoa hospitalizada. O que pode acarretar também um sofrimento mental.

Segundo Argenta e Pires (2000), os profissionais de enfermagem que atuam em hospitais, na grande maioria, convivem com a falta de condições adequadas de trabalho, tendo que dar conta de prestar cuidados com qualidade às pessoas hospitalizadas e seus acompanhantes.

Porém, apesar desta contradição da necessidade de realizar um cuidado *continuum*, sem estrutura da instituição e/ou do profissional tanto na parte psíquica quanto física, os autores citados acima relatam ainda que esses trabalhadores, na sua maioria, utilizam o seu potencial criativo ao prestarem o cuidado às pessoas hospitalizadas, tentando fazer o melhor.

Interessante que, este grupo, enfatizou que o profissional da enfermagem sofre mais com o estresse mental do que o físico, dizendo que a enfermagem durante o seu atendimento lida muito com o lado psicológico tanto do ser cuidado como de si próprio como representado na fala:

“[...] a gente que trabalha na saúde é diferente de qualquer outra profissão, na nossa área a gente cansa o lado psicológico [...] pra gente acaba sendo estressante, porque a gente aprende que a gente tem que trabalhar muito isso na gente de não revidar o que o paciente trás de ruim pra você, então você tentar trabalhar o paciente [...] não é fácil e isso é o que a gente vive todos os dias. Este aspecto é muito difícil pra gente (Lírio)”.

Neste trecho percebe-se a dimensão do estresse mental diário que o trabalhador sofre ao lidar com questões psíquicas do ser cuidado a qual é tão intensa, que a vontade de “revidar” pode acontecer.

Este episódio pode estar relacionado também ao fato do profissional não estar preparado para manejar a situação do aspecto emocional da pessoa hospitalizada e não só ao estresse mental que vive.

Argenta e Pires (2000), relatam que informalmente ou indiretamente os trabalhadores têm demonstrado insatisfação em relação ao seu processo de trabalho. Mostram seu descontentamento verbalmente, em situações de conflitos com a equipe de trabalho, na forma como atendem os enfermos e acompanhantes e na apresentação de freqüentes atestados médicos ou faltas injustificadas, bem como, através de uma postura de indiferença frente à instituição.

Portanto, pelos motivos do estresse físico e mental e do descontentamento, o grupo verbaliza a importância e solicita várias vezes a necessidade de um órgão de apoio aos trabalhadores para que os sentimentos tanto pessoais como profissionais possam ser verbalizados e amenizados. A melhoria psíquica deste profissional e conseqüentemente a melhora no rendimento profissional e na assistência de enfermagem seria assim, favorecida.

Isto se observa nas falas:

“[...] a gente de verdade não tem esse suporte de como lidar com certos tipos de paciente, de acompanhante, a gente não tem mesmo. Não só os paciente, mas também os profissionais deveriam ter um suporte psicológico porque não temos [...] (Camélia Rosada)”;

“[...] acho que deveria ter alguma coisa, algum tipo de trabalho. Esta pesquisa é muito boa porque assim o que a gente está expressando hoje com certeza vai ser trabalhado em melhoria [...] por isso, eu acho que deveria ter alguma coisa que pudesse trabalhar esse nosso lado essa nossa forma de trabalhar, na expectativa de melhorar alguma coisa, que a gente pudesse ter um respaldo, que pudéssemos ter alguma coisa que nos

ajudasse a viver tudo isso que a gente vive. Porque nós não temos, trabalha você mesmo e pronto eu não vejo nada que possa a nos ajudar a tentar melhorar esse nosso lado, a tentar a melhorar essa nossa vivência (Lírio)”;

Nas duas falas seguintes os integrantes do grupo, continuam solicitando um grupo de apoio, porém mostrando a real necessidade disto fazendo reflexões sobre o que foi falado no primeiro encontro.

“Precisava ter um grupo pra poder conversar, todo mundo, pra cada um expor o que está sentindo, o que é importante e o que não é! Porque você vê com foi feio [...] vê da outra vez o que aconteceu, da mágoa que tem [...] (Flor do Campo)”;

“a gente falou mais da gente, não falamos nada talvez do trabalho, mas sim da gente da nossa indignação, de falta de reconhecimento, falta de coleguismo, falta de um monte de coisa, só existiu faltas no nosso assunto (Camélia Rosada)”.

Já na fala:

“Ficou mais alegre hoje. Acho que era importante poder cada um expor [...] às vezes a pessoa consegue trabalhar melhor, sente que está tendo um retorno, sei lá! Cada um sente uma coisa, mas eu acho que é legal (Flor do Campo)”.

Neste trecho foi feita uma comparação entre o primeiro e segundo encontro do grupo focal, com a reflexão do favorecimento que o grupo de apoio pode trazer quando dá liberdade de expressar sentimentos, incômodos, frustrações, dificuldades, anseios, conquistas, satisfações e felicidade. Livre de coação, amenizando a ansiedade e o nervosismo,

proporcionando tranquilidade e promovendo o desenvolvimento de um bom trabalho.

Diante desta percepção, Waldow (2006), coloca que um grupo de profissionais sentindo-se fortalecido, pode propor uma ampliação com a ajuda de outros profissionais da organização, trabalhando o cuidado humano nos diversos setores e departamentos. Semelhante ao que foi analisado no grupo estudado.

Além da realização de grupos terapêuticos para os profissionais, há várias atividades lúdicas e recreativas que podem ser incluídas, se estendendo para algumas reivindicações com as respectivas justificativas quanto a incentivos para os cuidadores/trabalhadores, tais como bônus, promoções e gratificações salariais, estímulos para aprimoramento, acompanhados de compensação salarial justa.

Porém, o programa ou projeto evidentemente deve ser planejado em função das características e das necessidades de cada grupo na organização.

O investimento na qualidade de vida do profissional da enfermagem contribui não somente para a redução de custos e diminuição de absenteísmo, mas também para a motivação e auto-estima contribuindo para uma assistência de enfermagem mais humana e livre de riscos à pessoa hospitalizada (Faria, Barbosa e Domingos, 2005, p. 19).

3.1.3 Exigências do mundo Profissional

Neste sub-item abordaremos questões sobre o mercado de trabalho e exigências das empresas aos trabalhadores, que podem comprometer o cuidado subjetivo.

Ao mesmo tempo em que estamos falando da necessidade do apoio emocional ao trabalhador, estes mesmos profissionais estão envolvidos por um mercado de trabalho que exige profissionais qualificados tecnicamente, com um olhar ampliado, mas ainda deixa a desejar a exigência do manejo destes profissionais com o cuidado subjetivo.

Cravo Vermelho verbaliza esta situação dizendo:

“[...] hoje não se contrata mais uma figura tarefera, hoje se contrata pessoas que tenha um nível maior de paciência, de postura, de ética porque isso já mudou muito na enfermagem, hoje ninguém fica no mercado quem não tem uma visão ampla de tudo, quem não respeita o próximo, quem não se entende, quem não se coloca no lugar do outro, não em forma de vantagem, mas em forma de caráter mesmo”.

Lírio complementa dizendo que: *“[...] hoje em dia o mercado está muito competitivo, mas tem que fazer a diferença, tem que mostrar aqui, que pode ser melhor [...]”.*

Portanto, estes trabalhadores, além de enfrentarem o estresse físico e mental, ainda precisam estar preparados para lidar com um mercado competitivo e exigente que os obriga muitas vezes a agirem como máquinas pensantes a fim de cumprir a missão da instituição. Isto se observa na falas que seguem:

“[...] a gente tem que trabalhar, a gente não pode “desfocalizar”, a gente é profissional [...] as empresas elas querem pessoas disponíveis, elas querem pessoas dedicadas e focadas, então cada um da área da saúde, como a gente não vende produto nenhum, o nosso produto é o cliente, que na verdade a gente não vende, a gente trabalha com ele, a gente tem que

vender serviço individualizado [...] todos seguem um protocolo, mas cada um manuseia de forma diferente (Cravo Vermelho)”.

“[...] a empresa paga para eu separar uma coisa da outra [...] Você é um número, não vai ter respaldo, é um número, se não tem perfil, está fora, o mercado é assim (Cravo Vermelho)”.

Nesta última fala de Cravo Vermelho percebe-se que há uma contradição de seus próprios argumentos em relação ao tipo de profissional interessante para o mercado de trabalho. Isto leva-nos a pensar que o próprio profissional acaba não sabendo que tipo de cuidado realizar e como realizar. Fica em dúvida entre o cuidado mecânico, com regras e protocolos ou um cuidado *continuum* que se conecta com o afeto.

Certamente para uma instituição hospitalar é importante que os dois tipos de cuidado sejam realizados, mas diante da enorme quantidade de tarefas, em um curto período de tempo, às seis horas de plantão, com qual qualidade será realizado o cuidado subjetivo? Será este um conjunto de cuidado ideal demais para a realidade atual da enfermagem?

Este é o ponto, onde o ideal proposto como assistência de enfermagem de qualidade, com um olhar holístico, se torna inviável quando a empresa quer buscar resultados. Nesta situação, este profissional se vê forçado a seguir regras e protocolos, esquecendo-se de olhar para a pessoa a ser cuidada, esquecendo-se até que mesmo seguindo regras e protocolos têm a possibilidade de realizar o cuidado *continuum*, utilizando a ponte, da dinâmica do cuidado, do ir e vir, do técnico ao subjetivo.

Estas colocações de Cravo Vermelho geraram desconforto no grupo, pois nem todos compartilham da mesma opinião. Deixaram claro que se o

profissional se considera cumpridor de tarefas não tem como cuidar senão de maneira robotizada. Situação que fica demonstrada nas falas: “[...] se ficar se considerando um número, acaba considerando o outro um número também (Camélia Rosada)”; “[...] acho que a gente acaba deixando muito a desejar, a pessoa, quando trabalha mecânica [...]](Violeta).

Para Waldow (2006), é bastante comum trabalhadores da área da enfermagem desenvolverem apenas tarefas, cumprindo obrigações de trabalho, apenas como uma atividade de remuneração, um meio de sobrevivência. Neste caso, não existe um real envolvimento, um compromisso com a profissão ou mesmo atitude.

A autora continua dizendo que às vezes são cuidadores responsáveis, eficientes, mas que demonstram uma atitude bastante distante e fria com as pessoas hospitalizadas. Esta situação pode ser representada pela fala:

“[...] você bate o seu cartão, tem que fazer um bom trabalho seja ele penoso ou não, trabalhoso ou não porque na hora que bater o seu cartão de volta aí você resgata o seu cartão pessoal [...] (Cravo Vermelho)”.

Contudo, a mesma autora coloca que pouco adianta cuidadores serem sensíveis às necessidades das pessoas hospitalizadas se não existir apoio e coleguismo, se outros valores predominarem, tais como a produtividade e a competitividade.

Vale ressaltar que a estrutura do mercado de trabalho em saúde não oferece oportunidade e flexibilização de horários ou facilidades que permita especialmente uma profissão tipicamente feminina conciliar as atividades profissionais com as domésticas e familiares, levando-as a abandonar a profissão (Argemani,Gomes,Mendes, 2000).

Diante destas questões que os profissionais de enfermagem enfrentam diariamente, desde a necessidade de cumprir com suas atividades, tentando realizar um cuidado ampliado sem deixar o paciente sem resposta, comentaremos agora como isso pode refletir na pessoa-profissional de enfermagem.

3.1.4 Quem somos nós?

Este sub-item trata de falas que indicam questões referentes à profissão de forma geral e ampliada.

A enfermagem é uma profissão antiga e que vem galgando o seu reconhecimento desde o seu surgimento.

No início, uma profissão sem valor por ser constituída de pessoas imorais perante a sociedade; depois, para ser reconhecida era importante por além de cuidar das necessidades básicas dos enfermos, também pela importância de saber as técnicas de cuidado. A evolução da medicina acarretou a necessidade do saber científico. E hoje, mesmo com o saber técnico e científico ainda não conquistou o reconhecimento social, econômico e nem mesmo de sua própria classe.

O surgimento da categoria dos auxiliares de enfermagem acontece no decorrer da evolução da história da enfermagem, surgindo a princípio com Florence, quando divide a classe em nurses e ladies nurses, sendo as nurses chefiadas pelas ladies nurses. No Brasil, o registro do ensino regular destes profissionais aconteceu na década de 30, no estado de Minas Gerais.

Diante desta questão histórica da enfermagem Cravo Vermelho tenta justificar a falta de reconhecimento, representada na seguinte frase:

“[...] a enfermagem tem os seus caos, ela tem os seus dilemas, ela não é estruturada, ela tem uma remuneração desigual, ela tem todos os aspectos assim, mas ela também vem de uma história diferente, a gente veio lá quebrando [...] enfermeira era mulher fácil, homem é gay, então a gente já vem manchado desde a história da enfermagem”.

Segundo Collière (1989, p.292),

o cuidar é na maioria das vezes vivido como uma atividade subdesenvolvida, inferiorizada, portadora ainda dos estigmas do papel moral, de uma ação doméstica ultrapassada, ou sofrendo da ignorância em que se deixaram instalar os cuidados que eram ditos “não técnicos” considerando-se a técnica o único domínio a exigir conhecimentos e um saber científico que se considerava só reservado ao tratamento.

Além disso, Waldow (2006) coloca que os profissionais de enfermagem consideravam a enfermagem somente como um emprego e não como uma carreira, além da falta de conhecimento ao assumir responsabilidade nas decisões. O que viabiliza o desrespeito e a desvalorização da enfermagem, o que torna o reconhecimento mais difícil.

Desta forma, estas questões ainda permeiam a sociedade e são percebidas através da desvalorização da classe a qual é representada pela fala de Flor do Campo quando verbaliza: *“a maioria das pessoas nem sabe direito o que o enfermeiro faz, o que auxiliar faz, acho que leva tudo com se fosse a mesma coisa [...]”.*

Collière (1989), no intuito de buscar a valorização da enfermagem coloca que a enfermagem além de demonstrar que os cuidados de enfermagem são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, o que dá legitimidade a

profissão, deve fazer a prova de que a prestação de enfermagem tem uma identidade que lhe é própria tanto no campo da competência, processo de cuidados, no limites e das dimensões sociais, econômicas e políticas.

Perante esta dificuldade, do *“reconhecimento profissional”* nas três ordens (social, econômica e da própria classe) e por vivenciar situações desagradáveis neste contexto, surge no grupo uma discussão importante sobre o reconhecimento em geral da enfermagem pelas instituições. Questionam de que forma serão reconhecidos por outras pessoas se as próprias chefias não os reconhecem.

Os trechos sobre esta discussão podem ser vistos através das falas:

“[...] às vezes a nossa chefia não olha por nós, imagina o que está acima da nossa chefia, não vai olhar mesmo, o nosso reconhecimento está ali, no chão, está bem pequenininho (Camélia Rosada)”.

“[...] não somos valorizados como eu acho que deve [...] eu acho que pecam [...] (Flor do Campo)”.

Flor do Campo vai além do reconhecimento da chefia, fala sobre a necessidade do auto reconhecimento como profissional, reforçando que a própria enfermagem se penaliza e se critica. Situação verbalizada na fala:

“enfermagem é tudo igual [...] enfermeiro briga na passagem de plantão [...] um sai falando mal do outro, isso não vai mudar nunca! (Flor do Campo)”.

A mesma integrante do grupo, segue com o raciocínio refletindo que: *“assim não vai, não transforma, se daqui pra lá não transforma, não vai esperar resposta de lá pra cá [...] como é que vai olhar para você se nem você se vê!”*

Neste ponto, Flor do Campo reflete sobre a importância de cada profissional começar a se enxergar primeiramente como pessoa, depois como profissional, com ética e respeito, para que haja uma transformação interna e a partir daí, iniciar transformações profissionais que irão refletir na harmonia profissional e conseqüentemente no reconhecimento da enfermagem.

Esta questão faz repensar o nosso dia-a-dia. Para haver a mobilização interna destes profissionais é necessário e importante que os trabalhadores comecem a ser estimulados, valorizados e reconhecidos pelos seus superiores para que a partir deste ponto possam estender este reconhecimento a outros planos e fazer da enfermagem além de uma profissão uma arte.

Isto vem de encontro com a fala de Lírio quando coloca que: *“deveria haver estímulos, porque estímulo é bom, estímulo força a valorizar você mesmo”*.

Porque senão, falas como: *“[...] não perde nenhum minuto do tempo para falar nada de bom, mas perde 10 horas pra escrachar todo mundo”*, ficam constantes no dia-a-dia da enfermagem, dificultando ainda mais a valorização pessoal e profissional.

Acrescido a esta questão da falta de reconhecimento existente na enfermagem, estes profissionais precisam lidar também no seu dia-a-dia com o “suportar” traduzido como um sofrimento pessoal. Sofrimento relacionado ao vínculo com o ser cuidado, do sofrer com as dores e angústias de quem cuida, do não saber lidar com estas situações e ter que *suportar*.

Estas questões ficam expostas nas falas:

“[...] quando a gente inicia na profissão, entra pra fazer um procedimento às vezes se sente sensibilizado, ali está suportando, se segurando pra não chorar. Agora não, porque com o passar do tempo a gente se torna um pouco insensível [...]”(Lírio)”;

“[...] eu não suporto nada! [...] acho que tem dias que eu vejo alguma coisa que fico triste, eu não estou suportando, eu estou trabalhando comigo, com o meu sentimento. Eu tenho direito de ver uma coisa e ficar triste (Flor do Campo)”.

Apesar de dizer que *não suporta nada*, Flor do Campo acaba falando que: *“acho a palavra suportar meio pesada, mas nessa hora a palavra é suportar”* e continua dizendo que:

“[...] nada impede do profissional de se emocionar, de ter sentimento, de gostar ou não gostar de alguma coisa, de ficar triste. Uma coisa não impede a outra, hoje em dia às vezes vira muita coisa mecânica[...] (Flor do Campo)”.

É evidente que cada profissional age diferente, um suportando, outro chorando e o outro tentando se entender. Isto acontece também por razões diferentes, tais como:

“eu gosto desta profissão por mais que tenha isso! (Flor do Campo);

“tem momento muito pesado, que você acaba segurando o seu sentimento ali [...] (Lírio)”;

“por gostar da profissão, por tentar mudar o fato, por todos os motivos [...] eu preciso do emprego (Lírio)”.

Portanto, percebe-se que estas pessoas se propõem a sentirem sentimentos de angústias, tristezas e outros por gostarem da profissão e também por uma questão mais ampla que é a social a necessidade de um emprego.

Estes desgastes de ordem psíquica, levam estes profissionais a apresentarem problemas de saúde, sendo necessário até o absenteísmo, como é verbalizado por Camélia Rosada:

“A enfermagem é tão estressante, o que tem de profissional afastado por depressão na Caixa. É um absurdo!”

Diante da incidência de problemas de saúde na enfermagem pode ser considerado indicativo da necessidade de implantação imediata de um programa preventivo junto à instituição, buscando melhorar a qualidade de vida e de saúde dos profissionais (Silva, Marziale, 2003).

Porém, há outros fatores que colaboram com estes sofrimentos diários que estão relacionados com o envolvimento de outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional que ao invés de trabalhar em equipe acabam prejudicando o trabalho do outro colega.

Situações como essa são percebidas através das falas:

“[...] metem o “bedelho” demais! Queimam a nossa imagem, não sabem do nosso trabalho! (Camélia Rosada)”

“[...] eu vi a fisioterapeuta chegar e falar: “Olha o que estão fazendo com você, heim!”, “O calcâneo está pegando na cama, vai dar ferida”! Ô! O que a enfermagem está fazendo! (Violeta)”

Diante desta acusação Flor do Campo verbaliza: *“olha o que um outro profissional faz com a sua relação com o paciente”*. E Camélia Rosada

completa o raciocínio dizendo: *“às vezes você passou dias pra adquirir confiança daquele paciente e uma pessoa, com uma palavra, destrói tudo isso”*.

Isto significa que esta equipe multiprofissional não trabalha integrada e principalmente, com uma ética duvidosa, pois jamais se deve acusar qualquer profissional diante do ser cuidado. Esta atitude causa insegurança, medo e desconfiança da pessoa hospitalizada perante o cuidador, comprometendo totalmente o desenvolvimento do cuidado. E no caso, o cuidado da enfermagem, pois são os profissionais que ficam “[...] 24 horas com o paciente” (Flor do Campo).

Para Leite e Villa (2005), as boas relações entre equipe devem ser estimuladas a todo o momento, pois um dos maiores estressores enfrentados pelos funcionários é a falta de coleguismo e de compromisso da equipe de saúde.

Quando se trabalha em equipe laços de confiança e respeito se formam, a partir do momento que este é quebrado começam a existir atitudes de desconfiança, criando barreiras e defesas que dificultam o andamento da assistência ao ser cuidado (Santos, Marques, Bernardes, 2001).

Segundo Waldow (2006), um grupo forte e unido, dentro de uma perspectiva comum, obtém maior satisfação refletindo isso nas suas ações e comportamentos. Conseqüentemente, a auto-estima é reforçada entre os membros da equipe que, com certeza, mostrarão maior segurança e determinação, sentindo-se capazes para atuar como advogados das pessoas a serem cuidadas ou serem menos “tarefeiros”.

Estas situações poderiam ser percebidas pelas chefias, a fim de proporcionar um grupo de apoio a estes profissionais para melhorar a qualidade de vida deste trabalhador e conseqüentemente o rendimento no trabalho e manejo do cuidado às pessoas hospitalizadas. Proporcionado desta forma também uma satisfação profissional.

“Uma equipe de auxiliares de enfermagem mais segura no seu cotidiano, capaz de atender o paciente, sendo respeitada holisticamente, vai trazer como resultado final maior satisfação e equilíbrio profissional” (Santos, Marques e Bernardes, 2001, p.50).

Se os profissionais se sentem frustrados, se não existe clima de harmonia, de confiança e de respeito, é difícil desempenhar um bom trabalho e fazer com que as pessoas percebam que a enfermagem é muito mais do que um simples cuidado técnico a pessoa hospitalizada.

Desta forma, as políticas de cuidado poderiam girar em torno de estratégias de fortalecimento da categoria, que mostrassem que o cuidado faz a diferença, consagrando a enfermagem como um todo, construindo uma identidade gradativa, assegurando competência, segurança profissional ou assertividade principalmente o orgulho de ser profissional de enfermagem (Waldow, 2006).

Como conseqüência disto, a mesma autora completa que poderão ser conquistadas as melhores formas de manejo no cuidado de enfermagem e possibilidade de garantir espaço decisório para que as condições de trabalho se dêem de forma a assegurar credibilidade e reconhecimento, calcados na qualidade do cuidado.

3.1.4 O respiro!!!!

Neste outro sub-item são abordadas questões referentes a falas de satisfação profissional, sendo esta a de menor discussão no grupo, prevalecendo às temáticas discutidas anteriormente.

Durante a dinâmica do grupo, tanto no primeiro como no segundo encontro houve rápidas discussões sobre a satisfação no trabalho. No primeiro encontro, o assunto iniciou-se quando o grupo discutia sobre os problemas da enfermagem e Cravo Vermelho sentindo-se incomodado com tantos argumentos negativos à profissão se coloca dizendo: *“você fala da enfermagem, mas tem o lado bom!”*, momento que o grupo volta-se para discutir os lados positivos da enfermagem e a satisfação de trabalhar nesta área.

Flor do Campo completa dizendo que: *“não há um ponto positivo, há vários na enfermagem”*, mas a discussão sobre este tema não ganha forças.

Para Del Cura e Rodrigues (1999) o ser humano avalia suas experiências profissionais utilizando a bagagem de atitudes, crenças e valores que traz consigo, o que resulta em um estado emocional que, se é agradável produz a satisfação, se desagradável, leva à insatisfação.

Cada integrante do grupo deu a sua opinião sobre os pontos positivos na enfermagem e logo voltaram a falar sobre a falta do reconhecimento profissional. No momento da discussão dos momentos bons na enfermagem, surgiram frases como:

“[...] eu gosto daqui, às vezes acontecem coisas que chateiam, mas eu gosto, eu acho gratificante. É uma lição de vida isso aqui, quem não aprender, não tem mais como [...] (Rosa Vermelha)”.

“Essa loucura é boa, eu por enquanto gosto! Espero gostar pro resto da vida! (Camélia Rosada)”.

“[...] eu adoro hospital, eu quero trabalhar com hospital a vida inteira.” (Cravo Vermelho).

“o lado positivo é assim: acho que todo mundo quando se destina a fazer a enfermagem é porque gosta, outros apreendem a gostar, está salvando vidas [...] (Lírio)”.

Schmidt e Dantas (2006) relatam que a satisfação no trabalho é considerada um dos indicadores de Qualidade de Vida no Trabalho, portanto bem-estar e qualidade de vida no trabalho são fatores que influenciam na assistência de enfermagem como um todo.

Mesmo com uma rápida discussão do grupo sobre a satisfação no trabalho e diante de todas estas questões que permeiam o dia-a-dia da enfermagem, no qual parece ser tão penoso trabalhar, tendo que lidar com o sofrimento alheio, com o não reconhecimento profissional, com as dificuldades de relacionamento, e com o próprio sofrimento pessoal e profissional, pode-se destacar trechos que mostram o prazer destes profissionais quando falam a respeito do cuidado.

Momento que o grupo respira fundo e concorda com Flor do Campo quando diz: *“aqui todo mundo falou que é difícil, mas todo mundo falou que é bom!”*. Esta concordância foi representada pelo balançar para frente e para trás da cabeça de todos os integrantes do grupo.

Del Cura e Rodrigues (1999) colocam que a satisfação no trabalho pode atuar sobre inúmeras facetas do comportamento, desde o profissional até o social, interferindo na saúde mental deste trabalhador.

Diante da satisfação em trabalhar na enfermagem Flor do Campo ultrapassa este sentimento para além do seu próprio prazer, abordando questões sobre a satisfação de poder proporcionar o bem estar à pessoa cuidada, sentindo-se importante e responsável, como é observado na fala:

“[...] você ir lá dar um banho, fazer um curativo, limpar o rosto, dar uma dieta pra uma pessoa que era aquilo que ela estava precisando naquela hora isso é muito bom, assim eu saio mais forte de tudo isso (Flor do Campo)”.

A satisfação profissional também vem de um bom relacionamento entre o ser cuidado e cuidador, onde é possível o profissional construir vínculo de tal forma que não gosta de imaginar a alta do enfermo, o que lhe pode lhe trazer sofrimento. Isto pode ser observado na fala: *“quando ela for embora, eu vou sentar e chorar[...] de saudade (Camélia Rosada)”.*

Esta questão tem o seu lado positivo e negativo. Positivo por se observar um cuidado integrado, pois sentimentos como este não se constroem se o cuidado subjetivo não for abordado. Negativo, por causar um sofrimento tanto no profissional como no ser cuidado, principalmente se este for criança, pois há quebra do vínculo.

Outra questão que os auxiliares de enfermagem do grupo trouxeram a respeito da satisfação profissional foi em relação às experiências emocionais fortes com a pessoa hospitalizada, as quais significaram muito e os fez lembrar com prazer destes momentos.

Estas situações pareceram ser um dos motivadores do ser auxiliar de enfermagem.

Esta situação pode ser representada pelas falas: *“cuidei dele toda a internação [...] chegou em coma, olha como ele saiu [...] andando, lembrou de mim e disse que ia fazer uma serenata pra mim [...] é uma coisa gratificante demais [...] uma alegria! (Rosa Vermelha)”*.

“eu cuidava de uma criança [...] chamava ela de Ronaldinha, estava na época da copa, só pra desconstrair [...] ela ficou bem mal e quando acordou[...] a primeira coisa que ela fez foi perguntar: Cadê a que me chama de Ronaldina?[...] não esqueço essa frase, eu estava na porta [...] uma pessoa tanto tempo desacordada e quando acorda a primeira coisa que pergunta é de você. É de arrepiar!!!! (Flor do Campo)”.

Pode-se fazer um paralelo com outra pesquisa descrita por Sznalwar e Uchida (2004, p.95), onde afirmam que:

apesar de tantos problemas apontados, há vários aspectos que relatam serem positivos, principalmente porque gostam do que fazem, pois no fundo considerando todas as adversidades e a aparente contradição no discurso, sentem-se úteis e fazendo o melhor que podem, mesmo havendo sinais claros de reconhecimento, sabem que estão fazendo um trabalho importante e que isso ajuda a viver os percalços da profissão.

Portanto, percebe-se que apesar de todas as dificuldades existentes na enfermagem, esta é vencida pelo prazer e recompensas vindas principalmente do ser cuidado, momento que paramos, refletimos, respiramos e sorrimos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de uma realidade vivenciada na enfermagem, observando as atividades dos auxiliares de enfermagem no dia-a-dia, a correria contra o tempo, para realizarem as tarefas propostas pela instituição, a necessidade de outro emprego devido ao baixo salário e na maioria das vezes o terceiro turno em casa, percebeu-se que estes são alguns dos fatores contribuintes para o estresse físico e mental que acomete estes profissionais.

Infelizmente, esta é a pura realidade dos trabalhadores da enfermagem que contradiz todos os preceitos de um bom atendimento exigido pelas instituições e pessoas a serem cuidadas.

As questões sociais, econômicas e pessoais interferem diretamente no rendimento profissional destes auxiliares de enfermagem o que torna quase inatingível um cuidado ampliado. Visão que se confirma ao chegar a este ponto da dissertação, neste capítulo final que aponta questões da enfermagem que ainda devem ser mudadas, elaboradas, revistas e pensadas.

Com a proposta de trabalhar com a metodologia qualitativa utilizando a técnica do Grupo Focal foi trabalhado com a orientadora sobre a importância da pesquisadora se conter em seus desejos e sentimentos durante o grupo, deixando a dinâmica fluir de forma natural e tranquila.

Mesmo assim, a vontade de obter as respostas de acordo com o objetivo se manteve e foi necessário trabalhar internamente com a frustração, quando no primeiro encontro, o grupo permeou somente os aspectos emocionais dos auxiliares de enfermagem o que ficou

representado pela fala de uma das participantes no momento da avaliação do grupo quando disse: *“a gente falou mais da gente, não falamos nada talvez do trabalho, mas sim da gente, da nossa indignação, de falta de reconhecimento, falta de coleguismo, falta de um monte de coisa, só existiu faltas no nosso assunto (Camélia Rosada)”*.

Já no segundo encontro, o grupo pode falar mais sobre as dificuldades de lidar com as pessoas hospitalizadas e seus acompanhantes. Além da satisfação que sentem em trabalhar em hospital e com pessoas enfermas, principalmente quando há recuperação.

Compreendeu-se, portanto, que primeiramente, este grupo de pessoas/trabalhadores precisava ser acolhido, cuidado e ouvido quanto aos seus sofrimentos e desprazeres profissionais, até mesmo enquanto pessoas, individualizadas, para depois conseguirem falar sobre suas atividades, satisfações e insatisfações como auxiliares de enfermagem.

Como se observa na fala de Flor do Campo: *“tem a sobrecarga de trabalho [...] você acumula um monte de função: trabalho, estudo [...] e acaba não tendo tempo pra você. A maioria das pessoas da enfermagem não tem tempo pra ele”*.

Cabe ressaltar, que provavelmente, estes profissionais participantes do grupo, sentiram-se envolvidos com o assunto a ser discutido, participando da pesquisa com outro intuito além da ajuda, como sinalizado na trajetória metodológica.

Diante do convívio diário com os auxiliares de enfermagem participantes desta pesquisa, foi necessário que a pesquisadora ficasse atenta aos seus sentimentos, principalmente na análise, se afastando do

cenário estudado, pois compartilha de emoções semelhantes de dificuldades e de satisfações relatadas por estes profissionais ao longo do grupo focal. Situação que dificultou em alguns momentos a análise, na visualização e percepção de assuntos relacionados a vigor e satisfação em trabalhar na enfermagem, ficando evidente que por mais que seja instigante e prazeroso trabalhar na enfermagem há vários obstáculos que interferem neste prazer.

Estes obstáculos foram os mais apontados pelos auxiliares de enfermagem, que também não os permitem enxergar com facilidade os pontos positivos como representado na fala: *“às vezes a gente não consegue nem perceber aquele resultado, mas que é positivo, foi embora e está tudo bem (Camélia Rosada)”*.

Durante o percorrer da análise percebeu-se que estes profissionais precisam ser olhados mais atentamente por seus superiores, no intuito de serem valorizados e estimulados para melhorarem no rendimento devido ao reconhecimento profissional.

Atualmente estes profissionais são cobrados na eficiência e eficácia do seu trabalho, mas nem sempre têm respaldos físicos, técnicos, científicos e emocionais para isso, o que causa um sofrimento importante.

Diante das discussões surgidas no grupo, percebeu-se que estes profissionais entendem a dificuldades das empresas em propor estes aparatos, mas ao mesmo tempo solicitam energicamente por este cuidado, visando melhorar a qualidade do trabalho.

Qualidade esta imposta pela sociedade, pelas empresas e até mesmo pelas escolas de ensino médio e superior.

Ao logo das discussões ocorridas nos encontros, estes profissionais também verbalizaram a importância e a necessidade desta qualidade, chamada por muitos como um atendimento holístico. Mas verbalizaram que diante de todas as dificuldades colocadas não conseguem realizar este cuidado, ficando na maioria das vezes somente no cuidado técnico.

Situação que os culpabiliza, deixando-os pensativos sobre o cuidar da pessoa de uma maneira ampliada. Situação que os faz tráfegar do cuidado técnico/científico ao cuidado subjetivo, sem a necessidade de abordar completamente a pessoa na sua subjetividade, mas atentando-se a um cuidado individualizado e respeitoso.

Pois, como verbalizado por Camélia Rosada: “[...] lidar com pessoas é complicado, porque lida com sentimentos, com pensamentos diferentes, caráter, religião, o que for, é tudo diferente, cada um [...]”.

Portanto, é possível compreender diante das falas desses auxiliares de enfermagem, que para realizarem um atendimento permeado por confiança, empatia, vínculo, boa técnica e cuidado subjetivo, estes profissionais também devem ser cuidados da mesma forma pelos seus superiores e então, poderão proporcionar um cuidado *continuum*.

Diante disto, esta pesquisa possibilitará futuramente seguir com uma proposta sugerida pelo próprio grupo, de melhoria destas condições de trabalho na enfermagem, com a realização de grupos de apoio. Pedido que fica evidente nas falas: “[...] um encontro pro resto da vida” (Flor do Campo) e “[...] uma terapia em grupo” (Camélia Rosada) à instituição do local de estudo, na intenção de os proporcionar um cuidado e amparo tanto

profissional quanto pessoal, o qual refletirá no rendimento e qualidade de trabalho.

Finalizando, cabe ressaltar, que como pesquisadora atuante no processo de cuidar participo da mesma dificuldade na realização do cuidado ampliado, o que me fez refletir, em alguns momentos, sobre a proposta da realização deste cuidado, pois eu também não consigo realizá-lo.

Questionava-me: o que é que estou fazendo? Com qual condição realizamos o cuidado *continuum*? Chegando a pensar na quase inviabilidade desta atividade profissional.

Concluo que todas as questões sociais, econômicas e pessoais influenciam na realização deste cuidado e que a enfermagem junto da instituição empregadora têm muito a crescer. Através de propostas vindas das pessoas que trabalham na linha de frente, que vivenciam diariamente o cuidar e sabem como, o que e onde pode melhorar.

REFERÊNCIAS

- Angerami ELS, Gomes DLS, Mendes IJM. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. *Rev Lat Am Enferm*. 2000;8(5):52-7.
- Argenta IM, Pires DEP. Refletindo o processo de trabalho de enfermagem em um hospital público. *Texto Contexto Enferm*. 2000;2(9 Pt 1):288-97.
- Armelin MVAL. Apoio emocional as pessoas hospitalizadas [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
- Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enferm*. 2004;9(1):9-14.
- Barbosa DB, Soler ZASG. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(2):177-83.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1994.
- Barros S, Egry EY. O Louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica *sub judice*. São Paulo: Cabral; 2001. p. 24-125.
- Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000. Concretização do cuidado; p.133-56.
- Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(2):189-92.
- Colière MF. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). *Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem*. São Paulo; 2001.
- Cura MLAD, Rodrigues ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev Lat Am Enferm*. 1999;7(4):21-8.
- Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 1999;20(1):5-25.
- Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In:

Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília; 1999. p. 306-24.

Debus M. Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Manual da FAMEMA. Marília; 1998.

Faria AC, Barboza DB, Domingos NAM. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. Arq Ciên Saúde. 2005;12(1):14-20.

Franco MLPB. O que é análise de conteúdo. São Paulo: PUC; 1986.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

Glina DMR, Rocha LE, Batista ML, Mendonça MGV. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. Cad Saúde Pública. 2001;17(3):607-16.

Herculian JG. A utilização de conceitos de psiquiatria e saúde mental em um atendimento na Unidade de Pediatria [monografia]. Marília: Aprimoramento Básico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Marília; 2002.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Iervolino AS, Pelicione MC. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(2):115-21.

Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. Profissionais de saúde diante da morte; p. 226-43.

Labate RC, Cassorla RMS. A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. Rev Bras Psiq. 1999;21(2):101-5.

Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(2):145-50.

Machado AL, Colvero LA. O cuidado de enfermagem: olhando através da subjetividade. Acta Paul Enferm. 1999;12(2):66-72.

Machado AL, Colvero LA. O cuidado de enfermagem: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. *Rev Baiana Enferm.* 2003;18(1/2):51-5.

Marziale MHP. Abordagem ergonômica do trabalho de enfermagem [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

Medina RF, Backes VMS. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. *Rev Bras Enferm.* 2002;55(5):522-7.

Mendes IAC, Leite JL, Trevisan MA, Trezza MCSF, Santos RM. A Produção tecnológica e a interface com a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2000;55(5):556-61.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Oliveira MAF. O relacionamento terapêutico na prática do enfermeiro: uma reflexão crítica [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.

Oliveira EB, Lisboa MTL. Análise da produção científica da vertente saúde do trabalhador de enfermagem: subjetividade e trabalho. *Rev Enferm UERJ.* 2004; 12(1):24-9.

Oliveira E. Saúde mental das enfermeiras que cuidam da paciente com câncer na mama [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Ogata MN, Rodrigues ARF. Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira. *Rev Paul Enferm.* 1995;14(2/3):77-85.

Paixão W. História da enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis; 1979. Precursores da enfermagem moderna; p. 39-45.

Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidade do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev Lat Am Enferm.* 2006;14(1):54-60.

Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2002;4(55):392-8.

Quick TC, Lapertosa, JB. Análise do absenteísmo em Usina Siderúrgica. *Rev Bras Saúde Ocup.* 1982;10(40):62-7.

Santos ACCF, Marques BMS, Bernardes MMR. Sentimentos detectados em auxiliares de enfermagem no cuidado a pacientes em investigação de tuberculose pulmonar. *Rev Enferm UERJ.* 2001;9(1):45-51.

Sawada NO. A dimensão não-verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória. *Rev Paul Enferm.* 1991;(n. esp):42-7.

Silva DMPS, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scientiarum Health Scienc.* 2003;25(2):191-7.

Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Lat Am Enferm.* 2000;8(5):44-51.

Silva GB. *Enfermagem profissional: análise crítica.* 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.

Silva MJP. A enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. *Rev Paul Enferm.* 1990;9(3):114-9.

Silva MJP. Percebendo os sentimentos de maneira não-verbal. *Rev Paul Enferm.* 1991;10(3):128-32.

Silva MJP. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.* 2ª ed. São Paulo: Gente; 2002. A comunicação na área da saúde; p. 13-20.

Silveira MFA, Sobral VRS, Junqueira CSA. Para além da cruz e da espada: revelando o poder do simbolismo na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(3):74-85.

Stefanelli MC. *Comunicação em enfermagem: teoria, ensino e pesquisa [tese livre-docência].* São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1990.

Sznelwar L, Uchida S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. *Rev Produção.* 2004;3(14):87-98.

Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica as satisfação. *Rev Lat Am Enferm.* 2006;14(1):54-60.

Schmidt MJ. Natureza das condições de trabalho da enfermagem. *Rev Paul Enferm.* 1984;4(3):89-94.

Tavares JL. *Enfermagem psiquiátrica no Brasil: reflexões sobre o ensino e a prática.* *Rev Baiana Enferm.* 1997;10(1/2):19-29.

Travelbee J. *Intervencion en enfermeria psiquiatrica.* 2ª ed. Cali, Colômbia: Tallers Gráficos de Carvajal; 1982.

Teixeira ER, Figueiredo NMA. A pesquisa da subjetividade em enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2000;8(2):108-13.

Teixeira ER. O ensaio teórico filosófico sobre o desejo no cuidado numa perspectiva interdisciplinar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2002;6(2):305-17.

Torres WC, Guedes WG, Torres RC, Ebert T. A criança terminal: vivência no luto antecipado. *Arq Bras Psicol*. 1990;42(1):31-6.

Vala J. A análise de conteúdo. In: Silva AS, Pinto JM, organizadores. *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento; 1986. p. 101-28.

Vianna ACA. Sensibilização: uma forma de educação para o cuidado. *Rev Gaúcha Enferm*. 2000;21(n. esp):113-20.

Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996;120(6):472-81.

Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 7-190.

ANEXOS

ANEXO A

São Paulo, 21 de Dezembro de 2006.
CEP - AACD – nº 78/2006 (C/c: Diretoria Clínica)

Ilma. Sra.
JULIANA GONÇALVES HERCULIAN.
Diretoria Clínica – AACD / SP

Prezado Pesquisador:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Associação de Assistência à Criança Deficiente, instituído em 28/02/2002, e de acordo com as NORMAS DE PESQUISA EM SAÚDE da Resolução nº 01/88, do Conselho Nacional de Saúde, outorgadas pelo Decreto nº 93.933 de 14 de Janeiro de 1987 e publicadas no periódico Bioética 1995;3:137-154 analisou e **APROVOU** o projeto de pesquisa intitulado: "OS AUXILIARES DE ENFERMAGEM E OS ASPECTOS EMOCIONAIS DAS PESSOAS HOSPITALIZADAS."

De acordo com as resoluções internas do CEP, solicitamos aos pesquisadores que atendam às recomendações abaixo, nas quais ENQUADRE-SE o projeto de pesquisa apresentado:

1. Incluir a citação da instituição "**ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE**", em trabalhos impressos, eletrônicos, apresentações orais, congressos científicos, meios de comunicação em geral, etc., como um dos locais **PRINCIPAIS** onde desenvolveu-se o trabalho;
2. Enviar à Diretoria Clínica, cópia(s) do resultado final do trabalho (publicação em periódicos, capítulos de livros, apresentações em congressos e reuniões científicas, etc.), como forma de monitoramento e retorno ao CEP no que tange aos resultados obtidos, forma de apresentação e cumprimento em relação à recomendação 1;
3. Anexar "**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**", nos prontuários dos pacientes, deixando uma segunda via com os mesmos e uma terceira via em poder do pesquisador. Este aparente excesso de segurança resguarda "*pesquisadores*" e "*instituição*" de pendências e discussões ético-jurídicas posteriores acerca do trabalho realizado;
4. Nos casos de profissionais da instituição (AACD) matriculados em programas de pós-graduação "*strict sensu*" (níveis Mestrado e Doutorado), "*lato sensu*" (Especialização, Aperfeiçoamento ou Extensão) ou programas de Pós-Doutoramento, **NÃO** será permitido o uso de horário institucional para realização de cursos, cumprimentos de créditos, disciplinas, reuniões e demais atividades ligadas à Pós-Graduação;
5. Mudanças substanciais quanto ao tema ou metodologia empregados deverão ser submetidas novamente à apreciação do CEP;
6. No caso de trabalhos interinstitucionais, enviar à Diretoria Clínica cópia do parecer do CEP da instituição envolvida e, se for o caso, com os modelos locais de "termo de consentimento livre e esclarecido" utilizados.

Atenciosamente e colocando-nos à disposição,

Dr. Luís Garcia Alonso
Médico Geneticista
Presidente do CEP

Dr. Antonio Carlos Fernandes
Diretor Clínico
Membro Titular do CEP

Dr. Marcelo J. J. Ares
Médico Fisiatra
Membro Titular do CEP

Estou de acordo com o parecer e as recomendações do CEP – AACD

10/05/07

Pesquisador Responsável

5.000 atendimentos/dia em 2005, nas 07 unidades: SP(Ibirapuera, Mooca e Osasco), Pernambuco, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Rio de Janeiro

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE
CENTRO DE REABILITAÇÃO DR. RENATO DA COSTA BOMFIM

Considerada de Utilidade Pública Lei Estadual, 2091 de 27.12.52 - Decreto Federal nº 1.325 de 30.08.62 - Decreto Municipal nº 19.265 de 25.11.83
Rua Borges Lagoa, 1505 - São Paulo - SP - 04038-004 - www.aacd.org.br - PABX: (11) 5576-0777- Fax: (11) 5576-0871

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo descrever como os auxiliares de enfermagem enfrentam os aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas.

Esta pesquisa poderá contribuir com o preparo dos auxiliares de enfermagem e conseqüentemente com a qualidade da assistência oferecida por eles aos indivíduos hospitalizados.

O material será coletado através de um questionário piloto com perguntas abertas e de sessões de Grupo Focal que serão gravadas em fita K7 e posteriormente transcritas e analisadas pela própria pesquisadora responsável.

Caso aceite participar desse estudo, de acordo com as exigências éticas em pesquisa com seres humanos, queira por favor, preencher o termo de consentimento abaixo.

Eu _____ RG. nº _____, abaixo assino, concordando em participar deste estudo, de livre e espontânea vontade, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão e estou ciente que terei:

- A garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- A segurança de que não serei identificado e será mantido o caráter confidencial da informação;
- A segurança de que a minha participação não terá qualquer prejuízo a mim e à Instituição onde trabalho;
- As despesas decorrentes da participação da pesquisa garantidas pelo pesquisador;
- As informações sobre os resultados do estudo.

Autorizo gravação: sim () não () São Paulo, de _____ de 2007.

Assinatura do participante

Coloco-me à disposição para perguntas ou qualquer esclarecimento que possa ter, no telefone abaixo. Este termo terá duas vias, uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.

Pesquisadora responsável: Juliana Gonçalves Herculian RG. 30323353-9
Fone: (11) 5576 0777 – ramal 636 / Secretaria do TCLE (11) 30617548
Orientadora: Ana Lúcia Machado – fone: (11) 30617571

Data: ____/____/____

Ass: _____

ANEXO C - QUESTIONÁRIO

1. Como você lida com o aspecto emocional da pessoa hospitalizada?

2. Quais as maiores facilidades e dificuldades que enfrenta na sua profissão?

ANEXO D - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

1. Como se sentem cuidando de uma pessoa hospitalizada?
2. Como lidam com os aspectos emocionais?
3. Comente uma situação vivenciada no trabalho.
4. De que maneira poderíamos melhorar a saúde mental do trabalhador?
5. Para vocês há alguma maneira de melhorar a qualidade de assistência à pessoa hospitalizada?