







Mohammedin

**ANA MARIA BELLANI MIGOTT**

**CUIDANDO CONSTRUTIVAMENTE DE ENFERMEIROS  
QUE VIVENCIAM SENTIMENTOS DE  
DESVALORIZAÇÃO: Desvelando Questões Existenciais  
entre o Agir Ético e o Técnico da Profissão**

**Passo Fundo  
Julho de 2000.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL - CAPES/UFSC/FAPERGS - UPF

**CUIDANDO CONSTRUTIVAMENTE DE ENFERMEIROS QUE  
VIVENCIAM SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO:  
Desvelando Questões Existenciais entre o Agir Ético e o Técnico da  
Profissão**

**ANA MARIA BELLANI MIGOTT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

**ORIENTADORA**

**Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO**

Passo Fundo  
Julho 2000



JULHO DE 2000


**CUIDANDO CONSTRUTIVAMENTE ENFERMEIROS QUE VIVENCIAM  
SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO: Desvelando Questões Existenciais  
Entre o Agir Ético e o Técnico da Profissão**

**ANA MARIA BELLANI MIGOTT**

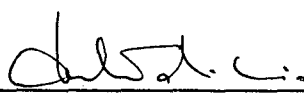
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de


**Mestre em Enfermagem**

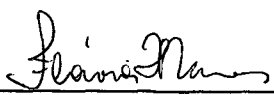
E aprovada em sua forma final em 27 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Assistência em Enfermagem

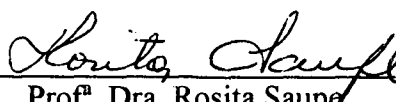
  
\_\_\_\_\_  
Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora da PEN/UFSC

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Zuleica Maria Patricio  
Orientadora/Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Wilson Lunardi Filho  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Flávia Ramos  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rosita Saupé  
Suplente

*Dedico este trabalho à LUIZ, meu marido.*

*Ao fruto de nossa união, GUSTAVO.*

*A meus adorados pais Gentil e Pierina,  
Aos meus irmãos Eli, Maria Antonieta,  
José Pedro e Gentil Filho.*

## AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram direta ou indiretamente, para a minha trajetória, para minha construção neste Mestrado. Seja por gesto, palavra, pensamento ou intenção.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, através do **Curso de Pós-graduação em Enfermagem (PEN)**, pela oportunidade de realizar o curso interinstitucional.

À **Universidade de Passo Fundo**, pelo apoio e acreditar no Curso de Enfermagem, querendo que seus docentes busquem sempre o aperfeiçoamento.

À **professora Dra. Zuleica**, por me orientar, estimular, respeitar, apoiar, guiar, compreender, valorizar e pela possibilidade de convívio.

À **Dra. Rosita**, pela coordenação do Curso de Mestrado em Passo Fundo.

Aos **colegas e professores** do curso de Enfermagem da UPF, pelos conhecimentos adquiridos e pela colaboração.

Aos **colegas de mestrado** que trocaram experiências, transmitiram coragem, amor, estímulo e esperança.

Ao grupo de **orientandas (Adriana, Rejane, Ruth e Helenice)** da Dra. Zuleica, por permitir que o ser de cada uma se expressasse e por montar o **Qualivida**, e pela oportunidade de se relacionar, viajar e dialogar.

Aos **colegas atores deste estudo**, sem o qual ele não seria possível, minha gratidão pelo despojamento e comprometimento com a Enfermagem.

Aos **membros da banca**, tanto da qualificação do relatório com da banca examinadora, pelas sugestões, críticas construtivas e pela disponibilidade de participar.

À **CAPES e FAPERGS**, pelo apoio financeiro.



Aos **funcionários do Curso de Enfermagem e do ICB**, em especial a **Marcinha**, pelos serviços prestados, pela presteza e atenciosidade, durante as situações nas quais se fizeram necessários ou quando solicitados.

À **Dianete, Denise e Nedi**, pelo constante estímulo, carinho, estimulando-me em toda esta caminhada.

À **Luiz** , por te me apoiado, do mesmo modo a **Gustavo**, por ter vindo a este mundo trazendo-me muito carinho, amor e esperança e por estarem sempre junto a mim, estimulando toda esta caminhada e pelos momentos de ausência.

À **Luiz Aniido** pelas palavras de carinho em seu trabalho.

À **desenhista Márcia**, pela sua criatividade.

Aos meus **clientes** de consultórios , por permitir e compreender as trocas de horários.

À **Deus** pela vida.

## RESUMO

**CUIDANDO CONSTRUTIVAMENTE DE ENFERMEIROS QUE VIVENCIAM SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO:** Desvelando Questões Existenciais entre o Agir Ético e o Técnico da Profissão

AUTOR: Ana Maria Bellani Migott

ORIENTADOR: Prof<sup>a</sup>. Enf. Dra. Zuleica Maria Patrício

Este estudo caracterizou-se por uma abordagem qualitativa, estruturado a partir de uma Prática Assistencial desenvolvida na cidade de Passo Fundo-RS, no período de julho à agosto de 1999. Teve como objetivos elaborar, aplicar e avaliar um marco referencial (próprio) junto a enfermeiros que vivenciam sentimentos de desvalorização da profissão. O grupo que participou do estudo foi composto por três enfermeiros assistenciais, encontrados a partir de um estudo exploratório que envolveu 165 profissionais desta região. O instrumento foi aplicado nos quatro hospitais, na secretária municipal de saúde, na delegacia regional estadual de saúde e na rede de ensino superior e médio desta cidade. Para desenvolver o estudo, foram utilizadas técnicas de grupos operativos, entrevistas, técnicas de observação participante, colagens, exercícios de motivação e técnicas comportamentais, como forma de favorecer ao cuidar-pesquisando. Como análise, foi realizada a leitura qualitativa dos registros do diário de campo, buscando as categorias e os temas. Os resultados são apresentados em quatro categorias, sendo elas: as questões de gênero, a interferência familiar na escolha da profissão, as condições inadequadas do ambiente físico e relacionais, além dos aspectos organizacionais do processo de trabalho da enfermagem. Após a análise reflexiva dessas categorias, desvelou-se a imagem da temática, mostrando os sentimentos de desvalorização dos enfermeiros em relação ao seu trabalho, centrado nas questões existenciais, entre o agir ético e o técnico da profissão. Esse modo de agir apresentou-se a partir de uma postura de passividade, abnegação e submissão frente às decisões, o que causa dor e sofrimento para o ser-profissional. O cuidado construtivo veio como umas das formas possíveis de alterar esta estagnação em que se encontra o enfermeiro no seu trabalho e, portanto, no seu processo de viver e ser saudável.

**Palavras-chaves:** enfermagem, agir ético e técnico, sofrimento, trabalho e cuidado construtivo.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL CAPES/USFSC/FAPERS -UPF  
CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

AUTOR: ANA MARIA BELLANI MIGOTT

ORIENTADORA: PROF. ENF. Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO

DISSERTAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PASSO FUNDO/RS, 27/07/2000.

## ABSTRAT

This study was characterized by a qualitative approach, structured starting from an Assistance Practice, developed in Passo Fundo city-RS, in the period from July to August of 1999. It had as objectives to elaborate, apply and evaluate a referring mark (own) close to nurses that live feelings of depreciation of the profession. The group that participated in the study was composed by three assistant nurses, who were found starting from an exploratory study that involved 165 professionals of this area. The instrument was applied at the four hospitals, at Municipal Clerkship of Health, at State Regional Delegacy of Health and in the higher education net and medium of this city. It were used to develop the study techniques of operative groups, interviews, techniques of participant observation, gluing, motivation exercises and techniques of conduct as form of favoring when taking care-researching. As analysis was accomplished the qualitative reading of the registrations of the diary looking for the categories and the themes. The results are presented in four categories: the gender subjects, the family interference in the choice of the profession, the inadequate conditions of the physical atmosphere and relate, besides the aspects of organization of the process of work of the nursing. After the reflexive analysis of those categories, the image of the thematic was watched, showing the feelings of the depreciation of the nurses in relation to their work, centered in the existential subjects, between acting ethical and the technician of the profession. This way of acting came starting from a passivity posture, self-denial, submission front the decisions, which causes pain and suffering for being-person and being-professional. The constructive care appeared as one of the possible ways of altering this stagnation that the male nurse is in his work and therefore in your process of living and be healthy.



## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	vii
ABSTRAT.....	viii
I – INTRODUÇÃO.....	01
1.1. O Campo deste estudo: Contextualizando e justificando o tema.....	01
II – BUSCANDO NA LITERATURA SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO CONSTRUTIVO JUNTO A ENFERMEIROS QUE VIVENCIAM SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO DA PROFISSÃO.....	13
2.1. Considerações Iniciais.....	13
2.2. A Escolha da Profissão: A árvore do trabalho: valorizado/desvalorizado.....	17
2.3. Sofrimento - Trabalho de enfermagem: repercussões sobre o processo de viver saudável.....	24
2.4. Abordagem Sistêmica do Cuidado Construtivo: cuidando-pesquisando.....	29
III – MARCO CONCEITUAL.....	39
3.1. Pressupostos.....	40
3.2. Conceitos do Marco.....	40
3.3. Representação Gráfica do Marco Conceitual.....	45
3.4. Pensando, Refletindo sobre Componente Educação-Cuidado.....	48
IV- PERCURSO METODOLÓGICO DO CUIDAR-PESQUISANDO.....	53
4.1. Tipo de Estudo.....	53
4.2. O Cenário do Estudo.....	55
4.3. Encontrando os sujeitos e definindo a situação de enfermagem.....	56
4.3.1. Operacionalizando o estudo exploratório.....	57
4.4. Desenvolvendo o cuidado construtivo.....	60
4.4.1. Os sujeitos do estudo.....	60
4.4.2. Esclarecendo os sujeitos sobre o cuidado construtivo.....	61
4.4.3. Conhecendo a realidade – Elaborando o cuidado construtivo.....	62
4.5. Preparando para receber os atores do cuidado construtivo, registrando a história.....	65
4.5.1. Organizando e analisando os dados.....	70
4.5.1.1. Avaliação dos primeiros resultados.....	71
4.5.1.2. Devolução dos dados.....	71
4.5.2. Planejando as necessidades.....	71

4.5.2.1. A lista das necessidades para receber os atores do cuidado construtivo.....	71
4.6. Pensando, Refletindo Sobre o Componente Ético no Percurso Metodológico.....	73
<b>V – PROCESSO CUIDAR-PESQUISANDO CONSTRUTIVAMENTE COM ENFERMEIROS QUE VIVENCIAM SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO DA PROFISSÃO ENFERMAGEM.....</b>	<b>82</b>
5.1. Os Encontros - Recebendo os Atores e Aplicando o Cuidado Construtivo.....	82
5.1.1. Contatos preliminares – o telefone.....	82
5.2. Os encontros – desenvolvendo o Cuidado Construtivo.....	85
5.2.1. Primeiro Encontro - A confirmação do namoro.....	85
5.2.1.1. Atriz SU.....	85
5.2.1.2. Atriz MA.....	91
5.2.1.3. Ator Gi.....	98
5.2.2. II Encontro - A relação de namoro.....	103
5.2.2.1. Enfermeira SU.....	104
5.2.3. III Encontro – Solidificação do Namoro.....	113
5.2.3.1 Enfermeiro GI.....	113
5.2.4. IV Encontro – Namorando tranquilo.....	118
5.2.4.1. Enfermeira MA.....	118
5.2.5. V Encontro – Dando um tempo no namoro.....	123
5.2.5.1. Enfermeira SU.....	123
5.2.5.2. Enfermeiro GI – Avaliação do 5º Encontro.....	130
5.2.5.3. Enfermeira MA – Avaliação do 5º encontro.....	130
5.3. O encontro coletivo – Despedindo-se do namoro.....	131
5.4. Avaliando a Aplicação do Cuidado Construtivo na Prática Assistencial.....	138
<b>VI – AVALIANDO O CUIDADO CONSTRUTIVO COM OS ENFERMEIROS QUE VIVENCIAM SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO: desvelando questões existenciais entre o agir ético e técnico da profissão.....</b>	<b>144</b>
6.1. As questões de gênero no trabalho de enfermagem.....	145
6.2. A interferência da família na profissão.....	155
6.3. As condições inadequadas do ambiente de trabalho.....	163
6.4. Síntese final entre o agir ético e técnico na profissão.....	203
<b>VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>215</b>
<b>VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>224</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>232</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – A árvore do cuidado construtivo.....	45
<b>Figura 2</b> - O cuidado construtivo.....	47
<b>Figura 3</b> - Mapa da Região Sul, localizando o município de Passo Fundo.....	56
<b>Figura 4</b> - Desenho representativo da avaliação parcial do 1º encontro com a atriz SU	90
<b>Figura 5</b> - Representação do Sentimento de Ser Enfermeira da enfermeira SU.....	104
<b>Figura 6</b> - Exercício retirado do curso de Dinâmica de Grupo orientado pela psicóloga Maria Aparecida Estacia, ministrado no ano de 1996, na UPF – Passo Fundo, RS.....	124



## LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1.....	62
Diagrama 2.....	64
Diagrama 3.....	87
Diagrama 4.....	97
Diagrama 5.....	109
Diagrama 6.....	112
Diagrama 7.....	118
Diagrama 8.....	140
Diagrama 9.....	141

**Alguém perguntou:**

**Afinal como se faz o cuidado?**

**alguém respondeu:**

**ao olhar o outro,**

**ao ver o outro,**

**ao sentir o outro.**

**mas alguém lembrou:**

**é muito mais:**

**é olhar ao outro e a si mesmo**

**é ver ao outro e a si mesmo**

**é sentir ao outro e a si mesmo**

**é ouvir ao outro e a si mesmo**

**e tudo isso deve ser feito sem**

**deixar de olhar , ver e sentir a**

**sociedade onde estamos**

**inseridos ...**

**(Matt)**

## I - INTRODUÇÃO

### 1.1. O Campo deste estudo: Contextualizando e justificando o tema

O trabalho que ora apresento originou-se da minha experiência como docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, do estado do Rio Grande do Sul. Em minha caminhada, vivencio momentos de muito afeto, alegrias, criatividade, mas, também, de tristeza, agressão, estagnação, de negação e descontentamento com que experienciam professores, alunos, clientes, famílias e profissionais, em geral, em relação à enfermagem.

Desde o segundo nível do curso de enfermagem, recebo acadêmicos que, claramente, não querem a enfermagem ou que pensam que seu estudo é muito fácil. São auxiliares e/ou técnicos, com a intenção de aumentar seu salário e serem reconhecidos pela equipe de enfermagem ou, ainda, que não tendo condições de fazer outro curso, optam por ela. Deparo-me com esta situação quando faço a recepção destes alunos, no momento de nosso contato e de apresentações em sala de aula, a cada semestre letivo.

Existe uma variedade de maneiras de receber os alunos, entre estas, uma utilizada por mim, é uma técnica de dinâmica de grupo intitulada o **perfil da turma**, em que se utiliza a representação do corpo humano. Esta técnica possibilita o conhecimento, a integração e, também, permite a interação com as nossas representações. Na dinâmica, os alunos expressam sua criatividade, sensibilidade, suas representações acerca da vida, expectativas futuras em relação à profissão, suas escolhas, sua visão de mundo, etc. Trago, então, algumas das falas para ilustrar estas assertivas:



*“Eu queria medicina; a família não achava que eu tivesse necessidade... Para isto tem que ter alguém da família”.*

*“Ao contrário, sou filho único. Então, fiz vestibular para Enfermagem, estou gostando e fui ficando. Quando terminar, tento medicina”.*

*“Eu queria medicina veterinária ou agronomia, mas meu primo ficou paralítico e, aí, eu comecei a cuidar dele. A família me deu este papel, pois eu posso lidar com sangue. A família sempre me deu o papel de ser seu cuidador (enfermeiro) e todo mundo apoia bastante”.*

*“Eu queria Direito, mas surgiu a Enfermagem. Não passei em Direito, me chamaram para a enfermagem, fui ficando. A família se espanta”.*

*“Eu queria medicina, mas a enfermagem é mais humana. Minha amiga disse que eu sou muito sensível e que eu tinha cara de enfermeira.”*

*“Eu queria fazer Comunicação. Ai, minha avó ficou doente, não tive apoio da família, não passei, então, fui fazer enfermagem para cuidar da avó, mas a família disse que medicina dá mais status.”*

*“Eu queria medicina, mas como passar no vestibular? Então, fiz Enfermagem. Medicina precisa estudar muito.”*

*“Eu queria Odontologia, mas não estava preparada para o vestibular, então, optei por um curso mais fácil.”*

*“Quando minha mãe ficou doente, fui cuidar dela. Não optei por medicina, porque os médicos são muito frios.”*

Isso tudo, aguça minha inquietude, que atinge seu ápice quando, anos mais tarde, encontro egressos que trazem em suas falas e atitudes profissionais um desânimo e o desejo de ter outra profissão, demonstrando insatisfação com a Enfermagem e uma certa queixa da vida.

Muitas dessas falas confirmam Padilha e col. (1997, p.309) dizem quando

*“o espírito de servir e de cuidar do outro se delineia desde a infância, na relação familiar e social (...). As alunas, ao ingressarem no Curso de Enfermagem, trazem consigo significados e*

representações acerca dela, que serão modificados ou confirmados ao longo do curso. Muitos significados foram construídos a partir da formação familiar e social e vêm impregnados de estereótipos e preconceitos, que encaminham o agir diante do curso de graduação, isto é, significados carregados de historicidade sobre o fato, sobre a profissão de escolha e que, posteriormente, direcionam a sua prática profissional.(...)”

A representação das alunas sobre Enfermagem é de uma profissão pouco reconhecida e valorizada socialmente. Esta é percebida pelas acadêmicas de enfermagem de duas formas: de um lado, estão os clientes que recebem o cuidado e a entendem como importante e imprescindível para seu bem-estar e, de outro, a sociedade que ainda não percebe a diferença entre a enfermeira e os demais membros da equipe de enfermagem. Estes sentimentos ocasionam frustrações e diminuem o desejo de continuarem na profissão, entendendo como mais simples procurar outra mais reconhecida e valorizada socialmente.

Retomando Padilha e col. (1997), algumas representações dos alunos de enfermagem são de anjos e super-heróis, visão romântica e ilusória daquele profissional sem dores, sem necessidades, sem horários e sem família. Este ideário de enfermagem, perpassado historicamente, faz com que muitos alunos procurem o curso e depois, ao conviverem com a realidade do cotidiano, que não corresponde àquela visão e percepção anterior, tendem a se decepcionar. Estas autoras vão mais longe em seu artigo e escrevem que é necessário compreender que as representações que os alunos fazem da enfermagem são aquelas que a sociedade introjetou como verdadeiras(...)

A concepção que o senso comum tem da Enfermagem poderá modificar-se à medida que as conquistas filosóficas desta mesma enfermagem passarem do domínio das teorias para o dos técnicos da profissão e à medida que estes as utilizarem em sua atuação, expressando-as e traduzindo-as junto ao público, passando-as do nível do pensamento, da reflexão intelectual para o da ação verdadeira, na qual o agir e o pensar estejam intimamente ligados (Madureira, 1993 *apud* Padilha e col. 1997).

Levanto algumas indagações neste momento: Quem sofre é o enfermeiro? Ou quem

sofre é o ser humano<sup>1</sup>? Qual seu modo de agir? Deverá o enfermeiro ser dedicado, bondoso, fraterno, servil, frágil, abnegado, caritativo?

Estas situações, aliadas às pressões do dia-a-dia do enfermeiro, acabam gerando tensões no profissional. Então, ele necessita de atenção e de cuidados (tanto físicos como emocionais) para que estas “pressões” não venham a causar alterações no seu processo de viver saudável.

Turbilhona meu espírito esta inquietude de doze anos como enfermeira docente, quando me deparo com estas situações de sofrimento em que alunos, familiares, clientes e profissionais encontram-se. Como num magnetismo, estes vivem momentos de desvalorização, de falta de reconhecimento e de inércia de *status* da Profissão Enfermagem. Pergunto-me: o que posso eu fazer para colaborar na mudança de tal situação? Então, vivencio momentos ímpares com a situação ensino-aprendizagem, em relação à prática em oposição à teoria, os indivíduos e a sociedade, em oposição um ao outro, e a busca constante de mudança.

Mudança de vida, de *status*, mudança para um viver saudável, na busca da qualidade de vida do Profissional de Enfermagem: pensar nessa panorâmica é pensar uma forma mais justa de viver as relações de um trabalho mais valorizado e reconhecido, é desejar um trabalho mais construtivo, é desejar um trabalho mais enérgico. Pensar mais liberdade e autonomia para todos que estejam engajados na roda do labor do cuidado. É pensar na qualidade de vida melhor para o ser humano.

Os atores desta modificação são os enfermeiros do futuro (alunos) que farão estas mudanças, mas cabe aos docentes possibilitarem os instrumentos para que isso possa ser uma realidade. Para tanto, todos os Profissionais de Enfermagem devem engajar-se nesta luta. Devemos nós, docentes, buscar as ferramentas para alavancar tal situação e isto se dará com o incremento dos estudos e da ação de cuidar concomitante.

---

<sup>1</sup> Gostaria de esclarecer ao leitor, que entendo o ser humano como integral e não como fragmentado, embora ao longo desse estudo apareça a idéia de fragmentação do ser humano (ser-pessoa, ser-profissional). Esta maneira de escrever é apenas uma forma (tentativa) de dar ênfase a situação “confusa” que o Enfermeiro se encontra quando vivencia sentimentos de desvalorização no seu cotidiano. Isso acaba gerando o conflito existencial, que tensiona e tende a produzir rupturas no ser. No momento da análise e da discussão, retomo a idéia do ser humano como integral, resgatando o ser humano que entra junto com o profissional.

Heráclito, filósofo grego há 2.510 anos, profetizou<sup>2</sup>: **nada é permanente, exceto a mudança**. Se isso já era verdade naquela antiga cultura agrária, há tanto tempo, imaginem isso em nossa época (pós-moderna), chegada ao novo milênio, possuidora de alta tecnologia, quando o mais recente aparelho já se acha obsoleto à hora de sua comercialização. Esse acelerado processo de mudança é evidente atualmente e as verdades de hoje, indubitavelmente torna-se-ão amanhã personagens da história.

Então, olho com os óculos da esperança tal situação. Se tudo tende à mudança, levanto a bandeira para o futuro e meu coração se enche de esperanças, pois enfermeiros, que estejam vivenciando sentimentos de desvalorização da profissão de enfermagem, podem alterar seu processo de viver saudável para alcançar uma melhor qualidade de vida, tanto pessoal, familiar como profissional.

Então, pergunto-me: Por que, com tantos avanços, o enfermeiro ainda vivencia a desvalorização de sua profissão? Essa realidade leva-me a fermentar idéias e maneiras de cuidar que constituem uma das principais razões para considerar um desafio possível, neste mestrado - o **cuidado construtivo** - através do desenvolvimento de um processo de cuidar-pesquisando com **enfermeiros que vivenciam sentimentos de desvalorização da profissão enfermagem**. Através disto, acredito que se possa permitir um cuidado a quem sofre e, ao mesmo tempo, produzir conhecimento, servindo, como em uma espiral, de retroalimentação para o fazer e saber em enfermagem.

Este trabalho pretende servir de “fermento” para a formação dos futuros profissionais em enfermagem, principalmente o enfermeiro.

Patrício (1994) infantiza, coloca que o ensino da graduação em enfermagem do país tem desempenhado um papel importante na continuidade da formação do enfermeiro, ainda insatisfeito com a profissão e consigo próprio. Esta autora continua ressaltando que a realidade da qualidade de vida da população brasileira e do exercício da enfermagem tem sido tema central de eventos nacionais, em que os profissionais são chamados a “mexer”

---

<sup>2</sup> Seleções. Reader's Digest, novembro 1998, Rio de Janeiro, 56º Ano em Português. Para maiores informações consultar:

- Biblioteca de Iniciación Filosófica – Heráclito – Fragmentos. Buenos Aires : Aguilar. 1963.
- Leão, E.C. & Wrublewski, S. Pensamento Humano: Os pensadores originais – Anaximando, Parmênides, Heráclito. Petrópolis ,RJ : Vozes, 1991.
- Os pensadores – Os pré-Socráticos. 1.ed. São Paulo : Abril Cultural, 1973.
- REALE, Giovane. História da Filosofia. São Paulo : Edições Paulinas, 1990. VI, II e III.



nesta realidade. Sem dúvida, o docente enfermeiro tem muitas razões para repensar sua prática.

Então, novamente, observo uma lacuna nesta relação. Estamos solidificando e ampliando técnicas e conhecimentos a respeito da vida dos outros, mas como está o laboratório da vida do enfermeiro? Nota-se uma concentração de assuntos para o cliente, mas como vive quem cuida? Quem são estas pessoas? Como agem estas pessoas? Entre estas e tantas outras indagações, como estão sendo ensinadas essas questões aos graduandos, mestrados e doutorandos?

São estas inquietudes que me fazem refletir sobre que tipo de docência e enfermagem estamos fazendo. Sabemos que foram levantadas muitas inquietudes, que serviram de momentos de reflexão, mas apenas algumas serão respondidas por este estudo.

Talvez, seja uma grande pretensão pensar que se possa construir um modelo de processo de trabalho em enfermagem, fundamentado em um marco próprio, mas tenho que, pelo menos, ter a possibilidade de sonhar, assim como tantas outras o fizeram anteriormente.

Então, quando olho o trabalhador de enfermagem, vejo-o sofrendo. O sofrimento cria a estagnação, cria a desmotivação, cria a negatividade, rouba-lhe a energia, entre outras situações positivas e negativas.

No trabalhador, quando a estagnação está presente, aparece o tédio, a frustração, o desânimo, o desconhecimento, a desvalorização, a impotência. O esgotamento é uma das causas de perda da energia, de estagnação de *status*. Isso poderá provocar sofrimento. Sofrimento individual, familiar e do grupo social. Quando lutamos para sermos reconhecidos por esta ou aquela categoria, quando gastamos energia com outras coisas que não a ação para a mudança, falta-nos forças para o fermento das idéias, do agir, da criação, da alegria e do prazer. Falta-nos força para impulsionar a alavanca do progresso da profissão que se escolheu como sendo aquela para a auto-realização.

Ao olhar esta realidade, evidencio aspectos das relações sociais, das relações do profissional consigo, com a família, com a equipe, com a instituição e com a sociedade. Essa ótica deixa-me inquieta, insegura, pois observo um sofrimento no profissional enfermeiro, ao realizar suas tarefas. Observo a desvalorização, a falta de reconhecimento desta profissão e o sofrimento do ser humano. Estas relações são uma trama muito

complexa, fortemente marcadas pelos interesses divergentes, pelo poder do *status quo*, pela influência da família. Talvez, seja o que está levando a autonomia profissional a uma fragilidade. Então, experimento um desconforto com o meu cotidiano profissional, ao deparar-me com situações de desvalorização, falta de reconhecimento, de fracasso e sofrimento, por parte da enfermagem.

✍O mundo moderno é cheio de facilidades, de tecnologias e de oportunidades. Mas também, é cheio de inseguranças, incertezas, de solidão, sofrimento e de supremacia de uns sobre os outros. Este mundo não é muito diferente do mundo da Enfermagem. A profissão é relegada a um reconhecimento secundário, em que a supremacia de outras categorias sobre a enfermagem ainda é evidente, em que o valor do cuidado é (re)negado, a pressão das instituições e serviços sobre o profissional enfermeiro são evidentes. Neste mundo, o enfermeiro parece não revelar a ninguém seus planos, suas idéias, às vezes, não revelando a ele mesmo e isso poderá trazer-lhe sofrimento (sofre sozinho)✍

O fato de não poder revelar, expressar suas idéias, seus sonhos, seus medos, suas inseguranças é uma das maneiras de segurar seu crescimento. Mas a energia gasta para este controle (o controle das emoções, das paixões, das vicissitudes, da lógica do trabalho da enfermagem), talvez, seja a que, muitas vezes, lhe falta para seu crescimento, para seu enfrentamento, para avançar em sua caminhada. Mas isso tem um custo - o sofrimento. Então, talvez, neste momento, o enfermeiro passe **de cuidador a paciente**.

Quando não pode revelar seus segredos e se expressar, quando as incertezas e inseguranças não podem ser divididas, quando o não reconhecimento e a desvalorização são freqüentes, o ser humano não se torna livre, não aumenta sua autonomia, não vive feliz. Assim, o homem (ser humano) moderno, com tantos convites a relações, num paradoxo, torna-se cada vez mais individualista, esquece que é um ser social, que necessita de trocas como forma de complemento e de realização pessoal. Novamente, esta realidade na Enfermagem não é muito diferente.

O profissional enfermeiro tem-se individualizado?, Se escondido, não tem trocado informações, não tem se realizado? Então pergunto-me: Por quê? É só dele essa atitude? É mais evidente essa realidade por ser enfermeiro? Ou o quê? Pensar nessa panorâmica é pensar numa forma mais justa de viver as relações de trabalho, é desejar um trabalho mais valorizado e reconhecido, é desejar um trabalho mais construtivo, é desejar um trabalho

mais energético. É pensar mais liberdade e autonomia para todos que estejam engajados na roda do labor do cuidado. É pensar no ser humano que está junto com o profissional da enfermagem, é pensar um ser humano mais valorizado.

O **cuidado construtivo**, entre enfermeiro-pesquisador-enfermeiro (cliente), poderá constituir-se em um poderoso antídoto para este esgotamento energético da força de trabalho. Esta nova força que emergirá poderá permitir um viver saudável, poderá fomentar a qualidade de vida do enfermeiro, da própria categoria de enfermagem e do próprio ser. Este novo fermento poderá propiciar a informação, a educação e o cuidar de maneira mais prazerosa. Acredito que poderá ajudar uma nova geração de estudantes, ávida para aprender, a respeitar, a valorizar e a vislumbrar este campo do saber, esta profissão, como desafiante, mas que tem vigor e é emocionante.

A palavra **construtivismo**, nessa virada de milênio, talvez, venha sendo deixada de lado pela grande massa, mas ainda é muito valorizada pela academia, revelando-se, assim, um tema repleto de complexidade que envolve várias relações, vários “quereres” (desejos), direitos e deveres, vários sentimentos.

Hoje, onde o individualismo impera, a mudança de paradigma se faz anunciar e essa busca por constantes tijolos que se encaixem neste tramado quebra-cabeça, que é a vida do trabalho, deve se fazer anunciar também.

As relações (éticos, estéticas, de compartilhamento), o construir juntos, deveria ser um primado universal, pois quando se constrói junto, a vida está protegida, está segura e promove um viver saudável, forma um ser humano. O cuidado construtivo exige relações, trocas. Se esse primado puder ser aceito, poderá ser uma das maneiras de transformar a panorâmica de solidão, de insegurança, de consumo, de sofrimento. Talvez essa maneira **construtivista** possa mudar o mundo do trabalho e, em especial, o da Enfermagem, fazendo este trabalho mais justo (permitindo o agir técnico e ético), mais saudável para as pessoas que nele estão inseridos; promovendo seu reconhecimento e sua valorização.

Pensar assim, construtivamente, não é querer utopias, mas é sonhar com um mundo melhor, é sonhar e dar vazão ao sonho de contribuir para que as pessoas possam melhorar o que fazem, como fazem, e o mundo em que vivem, onde trabalham. É trocar a lente dos óculos para que todos possam ter oportunidades mais justas, oportunidades para expor suas idéias, seus sonhos, seus medos, suas incertezas, para que todos possam crescer e se

desenvolver juntos. Que a construção possa ser para si e para o outro, que a cidadania possa existir.

Mas como buscar esse ser humano consciente? Como buscar esse homem (ser humano) que constrói? Esta resposta é tão ampla, como amplo é o fenômeno da vida. Isso demonstra que o ser humano está constantemente se construindo, está constantemente buscando o tijolo desta construção que se encaixe neste tramado quebra-cabeça. Pois ele é incompleto e finito. Mas encontrar respostas a esses encaixes é uma maneira de crescimento e de ajuste na vida cotidiana. É essa busca constante de peças que traz a motivação, a felicidade, a liberdade, para tentar tornar a vida mais confortável, justa, mais confiável, prazerosa e saudável. Indubitavelmente, isso dependerá de quantas, como e quão intensas são as barreiras que ele tem de ultrapassar. Sabe-se que as respostas para estas questões são complexas e, talvez, não as encontre, assim como esta proposta não pode dar conta da totalidade de tão rebuscado tramado.

Num recorte nessas inquietudes e interrogações, para dar conta de atender às perspectivas deste estudo, meu olhar direciona-se para os seguintes objetivos:

**\*Elaborar um marco referencial, com base na teoria sistêmica, para embasar o processo de cuidar de enfermeiros que estejam vivenciando situações de desvalorização da profissão enfermagem, tendo como palco a proposta do cuidado construtivo;**

**\*Aplicar o marco referencial junto a enfermeiros residentes no município de Passo Fundo, tendo como propósito o processo de transformação da realidade, que esteja limitando seu processo de viver saudável;**

**\*Avaliar a aplicação do marco junto a enfermeiros que vivenciam sentimentos de desvalorização da profissão.**

Neste momento, o propósito específico da dissertação é colocar um olhar qualitativo, especialmente nos dados do processo de Cuidar Construtivamente de Enfermeiros que Vivenciam Sentimentos de Desvalorização, para discutir o tema, que considero mais destacado: o Desvelamento de Questões Existenciais do Ser Humano Enfermeiro: entre o agir ético e o técnico da profissão.

Portanto, a relação valorização, desvalorização, sofrimento profissional e pessoal

com apoio na literatura foi objeto deste estudo, com trabalhadores da enfermagem, especialmente o enfermeiro.

Frente à realidade nas relações laborais da enfermagem, acredito que devam ser feitos alguns ajustes para podermos mudar essa situação. Acredito, ainda que, através de um cuidado construtivo, o enfermeiro poderá tentar mudar sua posição, consolidar a enfermagem como uma profissão valorizada e reconhecida e estabelece-se, cada vez mais, como agente atuante na transformação deste *status quo* de sua profissão, de sua vida e da sociedade.

Esta dissertação é composta de 8 capítulos, sendo que o primeiro, como vimos, introduz a temática do cuidar-pesquisando, o objeto de estudo, assim como os objetivos do mesmo.

No segundo capítulo, apresento os fundamentos teóricos, que guiaram e embasaram o caminho do estudo e análise dos dados da prática.

O terceiro capítulo é referente ao marco conceitual, traz os pressupostos, os conceitos que compõem este marco, a representação gráfica do mesmo, bem como pensando e refletindo sobre o processo de educar-cuidar.

No quarto capítulo, trago o percurso metodológico empreendido no decorrer do estudo, explicando os caminhos percorridos para desenvolver o cuidar-pesquisando e alcançar as metas estabelecidas.

No quinto capítulo mostro como foi desenvolvido o cuidado construtivo, os encontros, as técnicas, as expressões do diálogo construtivo, bem como avaliando a aplicação do cuidado construtivo na prática assistencial.

No sexto capítulo, apresento a ação da aplicação do marco na prática assistencial e as reflexões acerca dos componentes do processo de viver dos enfermeiros do estudo e, especialmente, do tema que emergiu da análise destes componentes sobre o Desvelamento das Questões Existenciais do Ser Humano Enfermeiro: entre o agir ético e o técnico da profissão.

O capítulo sétimo refere-se às considerações finais, onde são tecidos algumas considerações do que se espera que este estudo possa contribuir, ainda que restritamente, aos estudos em relação a desvalorização-valorização, sofrimento e trabalho.

Finalmente, no oitavo capítulo trago as referências bibliográficas e posteriormente os anexos.

**Llvros.....Livros**  
**E manda o povo pensar!**  
**O livro caindo n'alma**  
**É gérmen - que faz a palma**  
**É chuva - que faz o mar**  
**É amizade - que faz o amor**  
**É o olhar e ouvir - que faz o cuidar**  
**(adaptação de Castro Alves )**



## **II - BUSCANDO NA LITERATURA SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO CONSTRUTIVO JUNTO A ENFERMEIROS QUE VIVENCIAM SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO DA PROFISSÃO**

Neste capítulo tenho por objetivo apresentar uma visão geral e breve do assunto e familiarizar o leitor com o que foi encontrado na literatura pesquisada. Os assuntos são abordados sob a perspectiva de considerações iniciais, de conceitos permeando as partes, escolha da profissão, sofrimento, abordagem sistêmica do cuidado construtivo. Em cada um destes itens, delimitarei somente os aspectos que foram de interesse para o desenvolvimento deste estudo.

### **2.1. Considerações Iniciais**

Silva (1986) apresenta as raízes semânticas da palavra enfermagem que, em português significa, o agente que cuida dos enfermos, daqueles que não estão firmes. Já em inglês, origina-se do verbo *to nurse*, que significa nutrir. A primeira visão, mais ligada a doença e a outra, mais ligada ao afeto.

O profissional de enfermagem sofre determinadas pressões no seu cotidiano de trabalho, que interferem positivamente e/ou negativamente no seu dia-a-dia. Quando estas pressões forem frequentes e com uma certa carga energética tensional como, por exemplo, “desvalorização”, o enfermeiro, como numa forma de adaptação ao processo de viver saudável, é compelido a várias situações como, por exemplo, à inércia e à passividade, assim, ficando “habitado” com uma situação que não consegue modificar, aparecendo o

seu sofrimento.

As pressões são tantas e variadas e entre elas encontram-se os conceitos e preconceitos (profissão submissa, de padrões domésticos) que existem em relação à enfermagem. Para Padilha e col. (1997, p. 308), “a enfermagem, em relação à sociedade, é permeada pelos conceitos, preconceitos e estereótipos que se estabelecem na sua trajetória histórica e que influenciam, até hoje, a concepção do que é, a que vem e qual o seu significado, enquanto profissão da saúde composta de gente que cuida de gente.”

A realidade histórica ainda anda muito devagar neste sentido. Mantém no seio da sociedade, uma imagem social ou representação que, muitas vezes, é reproduzida pela família, pela instituição, pelos serviços, por outras categorias e, até, pelo próprio enfermeiro. Esta situação acaba gerando sofrimento para a enfermagem, para o enfermeiro, família, para o cliente.

Na concepção de Rubin e Carvalho (1998, p. 25), “não há dúvida de que a compreensão do comportamento dos enfermeiros na sociedade e as características de suas ações interventivas profissionais carregam as marcas do seu desenvolvimento histórico e cultural. Tal concepção coloca o profissional de enfermagem no campo dos oprimidos/opressores (...)”

✍ Nesta visão, as pressões que a Enfermagem sofre, o mercado de trabalho com sua jornada e remuneração, a falta de autonomia, são alguns dos fatores que levam muitos profissionais ao descontentamento com a profissão, ocorrendo muitas vezes o êxodo profissional.

Neste sentido, Secaf e Rodrigues (1998) escreveram que algumas coisas faltam e outras têm em excesso na enfermagem. As faltas ficam por conta da remuneração não adequada, falta de prestígio/reconhecimento, de liberdade para desenvolver o seu trabalho, de espírito de equipe/união de classe, de condições de trabalho, de perspectivas futuras, de estímulo ao aperfeiçoamento/crescimento, de contato com o paciente, de retorno profissional, habilidades técnicas. Os excessos vem dos plantões, do horário de trabalho, da burocracia, da submissão, da impotência, da competitividade entre os enfermeiros, dos papéis a desempenhar, da cobrança e do *stress*.

Dejours proferiu uma palestra, na Federação dos Trabalhadores da Metalurgia, da Confederação Geral dos trabalhadores - São Paulo, em 1982 e nesta o autor expressa que o

trabalho tem um papel fundamental na vida e, portanto, na saúde dos indivíduos. O autor expressa, ainda, que é importante determinar o que, no processo de trabalho, atinge a saúde mental dos indivíduos sendo taxativo em afirmar que a organização do trabalho, isto é, a divisão das tarefas, o conteúdo dessas e a divisão dos homens para obedecer à divisão de tarefas, são os responsáveis pelo sofrimento mental do trabalhador.

Os profissionais que evadiram da profissão relatam algumas características adquiridas com a profissão. Aqui Secaf e Rodrigues (1998) colocam que as características adquiridas foram: disciplina, humanidade, paciência, sentindo prático, improvisador e organizacional, responsabilidade e dignidade, higiene nas atividades, visão diferente da vida, auto-disciplina com a própria saúde, técnicas de isolamento, capacidade de realizar cronogramas de trabalho, encaminhamentos corretos de doentes.

Nos estudos de Ramos (1997, p. 327), esta autora apresenta

“que a imagem que o trabalhador constrói de si se faz em referência ao tempo vivido e lugar ocupado numa rede de outras existências, no cruzar de pessoas e coisas que continuamente ganham e perdem o sentido para sua existência. Se o trabalho ocupa grande parte deste tempo e espaço vivido, é de se esperar que este se preocupe com a relação de si com o mundo, e deve estar irremediavelmente aderido às percepções e experiências que faz de si como trabalhador, ou que faz do mundo do seu trabalho”.

A mesma autora relata ainda que os trabalhadores expressam a percepção da diferença entre momentos em que se sentem eles mesmos - fazendo do seu jeito - e outros momentos em que fazem o jeito dos outros - agem por assumir papéis, responsabilidades e condutas definidas e esperadas. Evidencia-se o quanto o processo de autoconhecimento permeia a experiência laboral de buscar dignidade e satisfação no trabalho. O trabalhador, então, descobre uma capacidade de adaptação e de sacrifício. Estes são, para o trabalhador, mecanismos para a “ausência de identificação” e servem para realizar da melhor maneira possível e em si próprio; o que sente possível do seu ideal e modelo, mas que precisa encontrar ressonância. Para tal, precisa de alguém com quem se identificar, precisa de espaço para se manifestar. Esta adaptação e sacrifício vêm para minimizar a perda do auto-referencial, da auto-estima, da identidade de trabalhador. E isto possui várias

denominações: responsabilidade, compromisso, necessidade.

Então neste sentido, os autores acima citados deixam transparecer que os papéis da enfermagem estão “muito” definidos e, de modo limitante, o que muitas vezes causa sofrimento e impede que o trabalho, seja portador de sentidos e de valores assumidos.

Talvez, os papéis não sejam os desejados (pelo enfermeiro) talvez ele fique invisível (no social), talvez o papel submete (no institucional) o profissional, mas ele existe como tal, o que ocorre é uma ambiguidade no discurso da enfermagem e, isso, gera situações de sofrimento que interferem no processo de viver e ser saudável desse profissional.

Em relação a isso, Dejours (1982) diz que é importante para os trabalhadores elucidarem a trajetória que vai do comportamento livre, que contém uma tentativa de transformar a realidade ambiente, conforme os desejos do sujeito, ao comportamento estereotipado do operário-massa, onde a exclusão do desejo e a repressão dos comportamentos livres levam ao sofrimento do homem.

Codo e col. (1993) dizem que o trabalho sempre é um exercício entre o homem e o meio, entre a objetividade e a subjetividade. Portanto, o trabalhador há que discernir que o trabalho permanece como portador da sua identidade. Assim, o trabalho é um ato humano.

Lunardi Filho e Leopardi (1999) escrevem que o trabalho é uma maneira de transformar a matéria natural em objeto de cultura, pelo homem. Rodrigues (1991) relata que, dependendo da relação do homem com o trabalho, esta poderá ser percebida como indesejada, labuta penosa e humilhante, como um fardo pesado que impede que a vida seja vivida. Por outro lado, pode ser percebida como algo que dá sentido à vida, eleva o *status*, define identidade pessoal e impulsiona o crescimento humano.

Dejours (1982), entre outros autores, colocam que o trabalho poderá ter implicações como sendo um desencadeador de saúde, bem-estar, ou de doença, de desestruturação mental e de loucura. Lunardi e Lunardi Filho (1999), baseados em Dejours, colocam que a transformação do sofrimento em criatividade exige uma organização do trabalho flexível, que permita o pleno emprego das aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e utilizar-se de gestos capazes de lhe proporcionar prazer, transformando um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante.

## 2.2. A Escolha da Profissão: A árvore do trabalho: valorizado/desvalorizado

A decisão de uma escolha profissional não é nada fácil. Demanda muitos fatores: o gosto, as oportunidades, as características pessoais, o mercado de trabalho, os desejos familiares, a influência dos amigos, o desenvolvimento econômico e tecnológico, entre outros. Decidir pela profissão é decidir pela vida, pela qualidade desta vida. É criar um processo de viver saudável. É objetivar-se e subjetivar-se. É ser trabalhador. É Ser Humano. Então, optar por esta ou aquela profissão é uma trajetória marcada por influências sistemicamente vividas.

Escolher uma profissão é uma das tarefas mais importantes na vida de uma pessoa. Jovens muitas vezes o fazem pela imposição da sociedade, da escola, da família, dos amigos e de si mesmos. Hernandez (1983) *apud* Strey (1997, p.102) informa que:

“um projeto profissional, como qualquer projeto de vida, é determinado pelas condições reais de vida que abarcam, além das ideologias vigentes, os laços familiares, as determinações de classe, as influências demográficas e outros aspectos que irão fazer a história de cada um. Uma história diferente e, conseqüentemente, uma construção diferenciada.”

Na concepção de Strey (1997), a família e o trabalho são instituições centrais na vida das pessoas, dos grupos, da sociedade e da cultura.

Luchiari (1996), em seu artigo “Os desejos familiares e a escolha profissional dos filhos”, escreve que a escolha da profissão é marcada pela trajetória profissional familiar; e que os desejos dos pais e avós são fundamentais para o jovem. Existe a influência da família na escolha profissional e que esta confirma as expectativas manifestadas pelos familiares.

Da mesma forma, Strey (1997) ratifica a citação acima e comenta que as percepções que as pessoas têm de si mesmas e a elaboração de esquemas sobre o sentido de suas vidas aparecem a partir de valores que são introjetados no decorrer do seu desenvolvimento, transmitidas pela família, escola, socialização e pela própria vivência individual na vida cotidiana. O projeto profissional começa a formar-se muito cedo, pela influência familiar, política, religiosa, econômica, social e desenvolve-se ao longo do ciclo vital, fazendo parte dos planos de vida de cada pessoa. A carreira profissional do ser

humano é marcada por muitas variáveis e estas poderiam fazer o sujeito ser feliz ou sofrer com a profissão que escolheu.

Carter & Mcgoldrick (1995, p.174), apresentam que

“o indivíduo que ainda não está comprometido com um caminho profissional ou escolha ocupacional fica vulnerável à dúvida em relação a si mesmo, à substancial perda da auto-estima e à depressão. A vulnerabilidade e a defensividade que provavelmente acompanham o indivíduo, muitas vezes interagem de maneira contraprodutiva, com ansiedade aumentada na geração paterna, em relação a acreditar na capacidade dos filhos e também a qual é o papel destinado a cada membro.”

Questões de expectativa, competitividade e diferenças em relação às realizações profissionais, entre hierarquias familiares, inibem uma maior diferenciação do eu em relação à família, o que acaba por comprometer a carreira profissional do indivíduo. Para o jovem adulto, a competitividade reativa para superar os pais ou, no outro extremo, a oposição reativa de mostra-lhes como eles estavam errados em suas escolhas de vida, freqüentemente, compromete a energia necessária no mundo externo, vinculando-a a envolvimento familiares improdutivos. Essas lutas podem, então, provocar desvios inadequados no caminho profissional, afastando o indivíduo daquilo que seria mais apropriado para suas reais capacidades e necessidades.

Neste sentido, Luchiar (1996) comenta e acrescenta que as identificações com o grupo familiar e os valores que este outorga às diferentes profissões influenciam o jovem. A escolha dos filhos insere-se numa família em que o passado vivido por ela é parte fundamental nas representações que os jovens fazem de si mesmos, de suas aptidões para vencer numa determinada profissão e dos valores que são atribuídos às profissões.

Pelas observações de Patrício (1996, p. 49),

“a família, enquanto um contexto físico, sociocultural, espiritual, energético e afetivo, tanto pode ser um recurso (possibilidade) para o crescimento e desenvolvimento saudável de seus membros, como também pode ser uma limitação nesse processo, através de imposição de normas e tarefas que não façam parte do sistema de valores dos seus membros, ou para as quais estes ainda

não estejam preparados; da limitação da liberdade, na opressão; e através do não provimento de recursos, incluindo o cuidado, para o atendimento das necessidades para um desenvolvimento saudável.”

Retomando esta autora (1990), cada família se reproduz e define papéis e tarefas a seus membros a partir dos padrões intrafamiliares (microcultura) e da região em que vive (macrocultura).

A história do indivíduo mescla-se com a da família. Esta confunde-se com a existência do homem na sociedade, através do trabalho/atividade e de sua maneira de fazer escolhas na vida. Enfim, com sua maneira de viver a vida. A construção do indivíduo é a história do trabalho. Codo e col. (1993) neste particular, referem que inicialmente o trabalho é, portanto, maneira de o indivíduo existir, objetivar-se e, ao objetivar-se, subjetivar-se.

É através do trabalho/atividade que o ser humano se mantém no mundo social. Então, buscando sua definição etmológica, encontramos: Cunha (1982) *apud* Albornoz (1992) que estabelece uma diferença, entre estas palavras. Trabalho, derivado do latim *tripalium*, que significa torturar e/ou instrumento de tortura. Tem idéia inicial de sofrer; posteriormente, passou-se para idéia de esforçar-se, de lutar e, por fim, trabalhar, ocupar-se de algum mister, exercer o seu ofício (esta palavra entrou, no português, no séc. XIII). Já a palavra atividade significa “que exerce a ação, que age, vivo, ágil”, também originária do latim *activitas* (teve entrada, no português, no séc. XVI).

A história do labor vem evidenciada de experiências de “sofrimento”, como vimos na sua origem etmológica. A própria história considerava a situação “trabalho” como negativo. Desde Aristóteles, Platão e da Era Cristã, considerava-se o trabalho com algo senil, ignosil, assim ratificando a questão do sofrimento (Mondin, 1980).

Camargo e Patrício (1999), ao escreverem sobre as origens do trabalho, trazem que os gregos atribuíram dois sentidos a este: *phonos* (referência a esforço e penalidade) e *ergon* (criação e obra de arte). Estas autoras acrescentam, ainda, que pensar em *ergon* é pensar que o trabalho possa proporcionar prazer e equivale ao brincar da criança. Assim, quando este trabalho passa a ser obrigatório ou enfadonho, ele perde sua característica lúdica (Camargo, 1989).



Patrício (1996), escreve que “o significado do trabalho na qualidade de vida do ser humano está inserido na possibilidade não só de satisfações monetárias, mas também de prazer pelo próprio trabalho”.

Mas no cotidiano da vida laboral, a maioria dos seres humanos, são privados de encontrar prazer no próprio processo de trabalho, no produto de seu trabalho, além da pouca remuneração e o não reconhecimento, ficando sujeitos a doenças tanto físicas como mentais. Estas, mesmo quando não incapacitam o trabalhador, o limitam na satisfação com o próprio trabalho (Camargo e Patrício, 1999).

A palavra trabalho, que apareceu na língua portuguesa três séculos antes da palavra atividade, no sentido cotidiano, é encontrada como sinônimo de atividade, ocupação, ofício, profissão, tarefa, distinguindo-se de lazer e aparecendo, ainda, como resultado de uma determinada ação. Enquanto a palavra atividade, no sentido corrente, aparece como sinônimo de ação, profissão, trabalho, buscar alguma coisa. A filosofia atribui a esta palavra um sentido de qualidade de ser em atos. Vários outros significados são atribuídos á estes vocábulos, porém é quase unânime a relação como atividade racional do homem para produção de bens materiais e espirituais.

Então o significado destas palavras, para a enfermagem, fica nebuloso, pois estas se confundem com as questões da enfermagem (com as questões de valorização e desvalorização da categoria, pela maciça representação da mulher nesta profissão, entre outros exemplos), confundem-se com o significado da enfermagem (nutrir, enfermo...). O trabalho/atividade tem uma magia na sua essência.

Codo e col. (1993) referem que o trabalho é mágico porque é duplo: carrega em si a maldição da mercadoria e o fantasma do dinheiro. Tem caráter contraditório, o antagonismo entre o valor e o valor de troca. Essa dualidade do trabalho fica confusa e mais confusa em algumas atividades/profissões em que esta dicotomia é ainda mais acirrada, em profissões que são consideradas de menor valia, de menor *status* social, ditas “domésticas”, essa dualidade expressa-se de forma tal sobre os indivíduos que pode afetar o processo de viver saudável.

Na enfermagem, isto evidencia-se ao longo da história, através da luta para o seu reconhecimento, da luta para saber qual o valor do cuidado, da luta para ratificar a categoria como uma profissão, como um trabalho, como uma atividade de valor. Um

valor que está implícito no cuidado, mas que fica invisível.

Com relação às necessidades para o trabalho em saúde, Mandu & Almeida (1999) apresentam que este requer a consideração do sistema social, ou seja, todo trabalho orienta-se por necessidades sociais que o justificam. O ser humano deve ser compreendido como um ser, cujas necessidades originam-se em uma trama social conflitante de ações, de condutas, de normas, valores, de relações de trabalho, de consumo e de poder.

No tocante à representação social do trabalho, na área de saúde, Nascimento (1996) diz que, desde muito cedo, houve uma dicotomia entre o curar e o cuidar. O primeiro, é mais identificado para a profissão medicina e o segundo, mais relacionado à profissão enfermagem, evidenciando a intencionalidade de o primeiro ser relacionado ao papel masculino e o segundo ao papel feminino, para a sociedade como um todo. O direcionamento para estas profissões dá-se de acordo com a educação diferenciada, com relação ao papel de gênero.

A mesma autora relata que, ainda, se tem a idéia que a escolha da profissão dá-se como um destino a ser cumprido, principalmente, pelas mulheres e trazem a bandeira da vocação, que é entendida como uma inclinação natural de papéis ao exercício de algo.

Sobre vocação, Belotti (1993) em seu trabalho relacionado a profissões, relata que esta palavra está atrelada e é usada para justificar a escolha pela profissão enfermagem, assim como para docência e afirma que as mulheres buscam profissões cuja essência mantenha essa vocação “feminina” de realizar as atividades, mantendo, assim, o desinteresse pelo aspecto econômico da profissão, o altruísmo e, principalmente, o espírito de sacrifício.

Esta mesma autora acrescenta que a palavra vocação é, na maioria das vezes, utilizada como requisito para o exercício de atividades ou profissões que se ocupam de seres humanos, e em situações nas quais se exige muito empenho ou dedicação a tarefas, até, desagradáveis. E coloca, neste rol, as profissões relacionadas ao cuidado com crianças, pessoas idosas e pessoas doentes, seja física ou mentalmente.

Nascimento (1996) assinala, ainda, que a conquista de novos valores para as profissões ditas femininas é uma luta difícil, mas não impossível. É de fundamental importância para a profissão enfermagem e para que as enfermeiras dêem um salto para a luta contra a discriminação, da qual são vítimas. Esta autora reporta que a origem da

enfermagem tanto no Brasil, como na Europa e Estados Unidos, guarda estreita relação com a própria história das mulheres. A profissão surge no auge das profundas desigualdades de gênero, em que aos homens é conferido grande prestígio em detrimento das mulheres.

Santos e col. (1988) afirmam que a imagem social da profissão enfermagem, até hoje, tem representado um problema para seus profissionais. Esta imagem confere-lhes uma carga negativa e é, muitas vezes, corroborada pela comunicação de massa, pelas instituições que exercem grande poder sobre as pessoas e a sociedade. Em consequência disto, ocorre uma certa desvalorização do trabalho destes profissionais e um baixo *status* em relação a outras profissões.

Santos e col.(1998), citando Watsom, (1982) e Hammmmer & Tufts, (1985), em relação à imagem profissional, escrevem que se ouve que as pessoas optaram pela enfermagem por ser uma profissão que ajuda os outros e por ser uma profissão possível de ajudar a humanidade. Entretanto, é difícil ouvir-se dizer que se escolheu enfermagem porque se gostaria de ser um profissional bem sucedido, como algum enfermeiro que se tenha conhecido. Isto sugere que os enfermeiros, em geral, não têm sido profissionais-modelos a ponto de influenciarem e atraírem os estudantes para a profissão. Estes autores, ainda, colocam que, para que se processem mudanças, deveriam ocorrer mudanças na auto-imagem e no auto-conceito, começando pelo próprio enfermeiro.

Socialmente, o estereótipo do enfermeiro como “auxiliar” do médico parece estar fortemente arraigado, na população, assim como o da enfermeira realizando algum trabalho desenvolvido por médicos ou que cumpre ordens médicas, estão presentes, ainda hoje. Isso se evidencia, quando os valores definidos para homens são de inteligência, capacidade de raciocínio e que da mulher e da enfermeira não são tão exigidos estes valores. Este aspecto é reforçado pela população, ao considerar que a formação do médico e do enfermeiro ocorrem num *continuum*, havendo uma menor exigência e uma menor duração do curso de enfermagem em relação ao curso de medicina. Então pode-se dizer que a imagem é um fator determinante na escolha da profissão e está diretamente relacionada ao poder, autonomia e ao *status* desta atividade.

Medeiros (1994) considera a (in) definição do papel do enfermeiro como consequência da divisão técnica do trabalho e isso dificulta a clareza da imagem da

profissão. Castellanos et al. (1989) enfatizam que o enfermeiro não se insere nos assuntos políticos do setor saúde e isso favorece a sua alienação ao trabalho.

Em relação ao exposto, Medeiros & Tavares (1997) dizem que a identificação da enfermagem como profissão feminina vem, há muito tempo, sendo também uma consequência da divisão técnica do trabalho e predomina por muito tempo constituindo um fator de desvalorização da categoria, em virtude de ser considerada de baixo custo e fácil submissão.

Padilha e col. (1997) ratificam esta idéia, quando, ao citarem Garcia e Boehs (1995), trazem à percepção dos alunos de graduação, sobre a profissão enfermagem. Os alunos verbalizam que, dentre os atributos para ser um enfermeiro destacam-se os seguintes: amizade, compreensão, afeto, ajuda, doação de si, caridade, etc. As mesmas autoras reforçam a idéia de visão da enfermagem como uma profissão de salvação, de garantia de um lugar no céu, sendo as enfermeiras vistas como anjos a proteger as vidas humanas (como se elas, também, não fossem humanas e não tivessem suas próprias necessidades).

Segundo ainda os questionamentos destes mesmos autores, no âmbito do mercado de trabalho, a enfermagem parece que não é identificada como uma profissão, mas sim apenas como força de trabalho assalariada, que executa parcelas simples do processo produtivo. Portanto, esperam da enfermeira, que ela esteja sempre pronta a atender necessidades dos outros profissionais da saúde, a saber de tudo o que ocorre a sua volta e a ser capaz de fazer tudo o que for preciso para o bom funcionamento do setor saúde.

Garcia e Boehs (1995), ao estudar as percepções dos alunos de enfermagem, notaram que esta profissão é vista como não valorizada pelos médicos, pelos empregadores, pela sociedade e pelo “poder econômico” (aqui representado pelos baixos salários pagos às enfermeiras). E que esta situação já era evidente, na década de 50.

Para Verdi (1993), um aspecto criticado na postura da enfermeira parece ser a falta de compromisso com a profissão, expressada pela não crítica, o que a torna uma grande seguidora de “normas” estipuladas pelas instituições empregadoras. O papel de submissão parece estar ligado, a sua insegurança, ao medo de se expor, de expor suas idéias, de questionar o que, em última análise, permite concluir estar relacionado com o medo de se libertar.

Em um outro momento de seu estudo, Verdi (1993) observou que a enfermeira tem

falta de desenvolvimento intelectual, isto é, ela não estuda, não reflete, não discute. A estas atitudes são aludidas à postura tarefaira que assume, o que acaba dando-lhe insegurança, falta de consciência política e, conseqüentemente, falta de participação. Esta autora, ainda, acrescenta que a postura da enfermeira é de se “colocar em cima do muro”.

Entretanto, a par destas colocações, numa atitude madura, a enfermagem vale a pena ser conquistada. É uma profissão com um caminho longo pela frente, inclusive o de proporcionar sucesso profissional (Padilha e col., 1997).

### **2.3. Sofrimento - Trabalho de enfermagem: repercussões sobre o processo de viver saudável**

No setor de saúde, o processo de trabalho não gera, como produto final uma mercadoria específica, mas sim um serviço. Assim, o trabalho de enfermagem é caracterizado pela produção de serviço (cuidado) e como tal, um produto complexo, quando comparado à produção de bens ou mercadoria. Seu produto é com o indivíduo sadio ou enfermo e é um resultado do trabalho dos componentes da equipe de enfermagem e outros profissionais da saúde (Benito, 1994).

Todo trabalho, seja produtor de mercadoria ou serviço, deve gerar satisfação para o trabalhador. Isso é condição para que o ser humano realize-se como ser social. A satisfação é um aspecto que influencia o desenvolvimento, tanto pessoal como o desenvolvimento de seu trabalho.

Lunardi e Lunardi Filho (1999), citando Silva (1992), colocam que o trabalho também poderá significar escravidão, exploração, sofrimento, doença e morte, quando o ser humano é utilizado como meio vivo de produção e no servir, principalmente quando as suas ações forem de obediência e ausência de liberdade e quando ocorre a exploração máxima do trabalho.

Para Santos e col. (1988), a projeção de uma imagem positiva de seu trabalho e a ocupação de um espaço profissional são questões buscadas pela maioria das pessoas que trabalham e isto é um ponto essencial à auto-realização do ser.

Neste sentido, a perda de poder e de espaço e as distorções da imagem profissional

do enfermeiro trazem, como consequência, sentimentos de frustração, insatisfação e amargura. A questão da imagem profissional da enfermagem faz sentir-se, no dia-a-dia, como consequência a baixa remuneração, falta de *status*, queda do nível de ensino nas escolas de enfermagem, falta de participação política, desvalorização da categoria e desgastes (Santos e col., 1988).

O problema da imagem profissional do enfermeiro diz respeito a todos os enfermeiros e, ao mesmo tempo, a cada um deles em particular, pois a imagem do grupo é reflexo direto da imagem profissional individual. Cabe a cada enfermeiro, individualmente, a responsabilidade da projeção de uma imagem profissional positiva para que a imagem global possa, conseqüentemente, ser transformada (Santos e col., 1988).

Ratificando essa idéia, Clark (1986) diz que é necessário que os enfermeiros examinem a origem de seus sentimentos sobre si mesmos e sua profissão, aliviando toda a bagagem emocional negativa, tornando-se mais ativos e positivos, ao invés de alimentarem auto-compaixão. Assim, estarão contribuindo para mudanças efetivas na imagem profissional.

Os indivíduos com um auto-conceito positivo estão mais aptos a realizarem suas aspirações, seu trabalho e são, geralmente, mais saudáveis e mais produtivos do que aqueles com um auto-conceito mais negativo (Francis & Munjas apud Hammer & Tufts, 1985, in Santos e col., 1988).

O estereótipo do enfermeiro mantido pela sociedade afeta a qualidade de pessoas ingressantes na profissão. Observa-se isso através de alunos que ingressam nos cursos de enfermagem tendo, como primeira opção, outra escolha que não a enfermagem. Isto parece significar desinteresse dos estudantes em ingressarem na profissão, o que por sua vez pode ser resultado de uma imagem profissional estereotipada. A imagem estereotipada, mais as questões de auto-estima podem acarretar um baixo grau de auto-realização, alterando o processo de viver saudável destes alunos, como profissionais (Santos e col., 1988.)

Lunardi Filho (1998) escreve que o trabalho e a sublimação são pontos fundamentais para uma saúde mental. Quando o trabalho não permite as sublimações, ocorre o impedimento da satisfação e prazer no trabalho. Acrescentado a esta questão da sublimação, Santos (1997) escreve que, mesmo que esta ocorra como mecanismo de

proteção psíquica, ainda há que se considerar a possibilidade da mesma configurar-se como defesa conservadora, isto é, constituir-se como alienação.

Lunardi Filho (1998) vai além, neste sentido, e escreve que a sublimação não tem vez num trabalho desqualificado o que dificulta a articulação, pelo indivíduo, na busca de seu reconhecimento social.

Um trabalho por suas características próprias, muitas vezes, já é fonte de tensões e isso, aliado a uma imagem “indesejada”, leva a um incremento das dificuldades e a um esgotamento da energia, resultando em pouca saúde laboral. Aparecem o cansaço, as somatizações, os hábitos prejudiciais (vícios), o que acaba gerando sofrimento no profissional.

Chanlat (1993), citado por Lunardi e Lunardi Filho (1999), afirma que a qualidade de vida nas organizações atuais deixa muito a desejar. Estes locais, muitas vezes, são propícios ao sofrimento, à violência física e psicológica, ao tédio e, mesmo ao desespero. Isso porque na maioria das organizações, ocorre um acelerado crescimento tecnológico, sem, no entanto, ocorrer um crescimento humanístico equivalente (Lunardi Filho, 1998).

Esta realidade não é muito divergente da realidade das instituições hospitalares, na qual valorizam mais a tecnologia de ponta do que as pessoas que ali labutam diariamente.

Retomando Lunardi Filho (1999), este autor apresenta que as relações entre sofrimento e organização não se direcionam sempre no sentido da promessa de felicidade no mundo exterior e promessa de infelicidade, enquanto no interior da empresa. Neste sentido, Dejours (1993) *apud* Lunardi Filho (1995) relata que existem dois tipos de sofrimento: o sofrimento criativo (em que o sujeito elabora situações criativas para mediar o processo do trabalho-sofrimento, e aí o trabalho passa a ser fonte de prazer) e o sofrimento patológico (as soluções não são criativas, a produção fica baixa e a saúde fica abalada). Isto ocorre, quando o trabalho se opõe à livre atividade do aparelho psíquico, uma vez que este depende do seu livre funcionamento, dialeticamente articulado com o conteúdo da tarefa, expresso, por sua vez, na própria tarefa e revigorado por esta.

Santos (1997) acrescenta que a percepção do desgaste com as condições de trabalho, a sensação de esgotamento psíquico, que as auxiliares de enfermagem expressam, revelam seu sofrimento com os limites da organização. Também, relata que a ocorrência de freqüentes doenças entre este grupo profissional, assim como o uso de psicotrópicos

podem ser indicadores de fraturas nos mecanismos de defesa .

Para Lunardi e Lunardi Filho (1999) o trabalho da enfermagem, caracterizado pelo predomínio do cuidado de pessoas doentes, é desenvolvido de modo contínuo, ou seja, é um trabalho cotidiano. Nele os profissionais se deparam com dores, perdas, sofrimento e morte, impondo sofrimentos e desgastes tanto físicos como mentais a quem o executa. Estes sofrimentos e desgastes, aliados à forma de organização do trabalho, que muitas vezes é percebida como autocrática e autoritária, portanto limitadora da criatividade, levam os trabalhadores a não serem sujeitos de seu próprio comportamento e fazer profissional.

Em estudos anteriores (1995, 1997), o autor afirma que a percepção da realidade vivenciada por enfermeiros em relação ao trabalho, somada à impossibilidade de prestar um atendimento dentro das condições mínimas de qualidade, criam sentimentos que contribuem, num movimento de circularidade, para o sofrimento no trabalho, com repercursões tanto na qualidade de vida do profissional enfermeiro, como no trabalho e fora dele, como nos seus sentimentos de bem-estar.

Ao meu ver, uma forma de sublimação utilizada pelo enfermeiro é preocupar-se mais com a saúde do cliente, ao invés de preocupar-se com a sua própria saúde. É expressar cotidianamente seu bem estar, parecendo que é um super herói, sem dor, uma “estátua de ferro”, que não sofre desgastes. Em relação a isto, Lunardi e Lunardi Filho (1999) escrevem que, “o sofrimento, no cotidiano das exigências da profissão, leva, historicamente, muitos trabalhadores a (des)cuidarem-se de si como um ser (humano) que também tem possibilidades de viver, ser e sentir-se saudável”.

André & Silva (1999, p. 370), em seu artigo, escrevem que a

“felicidade não está centrada no trabalho e nos ganhos obtidos se o emocional, que sustenta a vida cotidiana, entrar em desequilíbrio. O trabalho, por si só, não lhes garante a harmonização subjetiva(...). A auto-imagem estruturada no e pelo trabalho esconde muitas situações significativas pelo seu duplo papel com reflexo profundo na vida, expresso em sofrimento e desgaste biopsíquico”.

Lunardi Filho (1997), quando se refere ao trabalho em saúde e ao trabalho da enfermagem, reflete que a falta de eco aos apelos e o descaso para com os problemas sentidos, o trabalho tendo que ser realizado, mesmo sem condições ou dispondo de alguma



condição, somente após muita insistência, geram sentimentos de indignação. Continua este autor relatando que a relação autocrática e ameaçadora dos superiores em relação aos subalternos, gera sentimentos hostis. A impotência e o medo de atitudes de represálias e/ou punitivas e a necessidade de manter o emprego abafam qualquer manifestação, conduzindo a um sofrimento intenso, traduzido por tristeza, mágoa e arraso. Percebe-se assim o descrédito e a falta de reconhecimento, colocando o sujeito num processo de castração que inviabiliza as tentativas de mudança e inovações.

Lopes (1988), afirma que a enfermagem vive uma realidade de dupla opressão: realiza seu trabalho a partir de uma visão idealizada da profissão que se contrapõe a um dia-a-dia que nada tem de poético. A realidade mostra um ramo de trabalho explorado, gerador de tensões, com carga excessiva de trabalho, mal remunerado e com pouco poder de barganha, frente à classe dominante.

As influências do trabalho não se atrelam somente ao seu âmbito. Têm repercussões extra-trabalho, na vida pessoal e privada do trabalhador. Na enfermagem, esta realidade é bem evidente. O horário noturno é desgastante e gera transtornos orgânicos, como alteração do sono, da alimentação, etc. Os plantões de doze horas, são percebidos como um sofrimento, principalmente, aos domingos e feriados porque impõe restrições à vida familiar e social, cuja organização se dá em função dos horários de trabalho, bem como as justificativas para não se fazer presente aos diversos eventos, também são do âmbito do trabalho. Acrescidos a isto tudo, vem a relação com o salário, que se constitui em fator de sofrimento, pelo baixa remuneração oferecida ao enfermeiro (Lunardi Filho, 1997).

Na enfermagem, outro fator de angústias e sofrimento, são as constantes trocas de setores que, na maioria das vezes, não passa pela discussão com o enfermeiro que vai ser remanejado. A falta de material disponível, o excesso de tarefas e de deveres, as cobranças recaem sobre a categoria em detrimento de outras, ou seja, o pouco tempo para o contato direto com o paciente e as críticas constante ao trabalho de enfermagem, tanto interna como externamente, fazem o enfermeiro sofrer.

Com efeito, Lunardi Filho (1997) afirma que grande parte do sofrimento do trabalho da enfermagem reside na organização do trabalho e, especialmente, nas condições de trabalho, de forma real, dramática e quase absoluta. As condições de trabalho são impeditivas do prazer e geradoras de sofrimento e parecem suplantar ou relegar a um plano

secundário, até mesmo, os sofrimentos decorrentes de sua forma de organização.

A organização do trabalho atinge dois pontos: o conteúdo das tarefas e as relações humanas. Observa-se que não só ataca o corpo das pessoas, mas também a cabeças delas, bem como sua própria alma. O estudo sobre organização do trabalho mostra um paradoxo: de um lado, a organização do trabalho e do outro o funcionamento mental, mostrando que há organizações que são hábeis e perigosas para o funcionamento mental. Estas organizações atacam o funcionamento mental, ou seja, o desejo do trabalhador. E quando este desejo é atacado, provoca perturbações, sofrimentos e, eventualmente, doenças mentais e físicas (Dejours, 1986).

Medeiros e Tavares (1997) acrescentam a isso que, de fato, a maior parte dos enfermeiros ainda se concentra nos serviços de caráter institucionais, que exigem deles um trabalho alienado e que atenda aos seus interesses das instituições. Por outro lado, o trabalho em saúde parece não ser ainda um trabalho em equipe, pois não se articula de forma harmoniosa em que as categorias busquem um planejamento de atividades conjuntas para elaborarem uma melhor assistência.

#### **2.4 - Abordagem Sistêmica do Cuidado Construtivo: cuidando-pesquisando**

Seixas (1996) faz um resumo quanto à teoria sistêmica que passamos a apresentar: é um modelo de abordagem de uma realidade complexa, para descrevê-la, compreendê-la e transformá-la. Como modelo para o conhecimento e compreensão, passa a ser, também, um modelo de organização de uma realidade que se constrói, permitindo-nos reordenação, operacionalização e transformação da realidade. A teoria geral dos sistemas ocupar-se de todo o campo da comunicação e controle, dentro dos sistemas, quer sejam materiais quer sejam sociais.

Entende-se por sistema um conjunto de partes integrantes que guardam entre si mecanismos de bloqueio e comunicação, que se organizam para alcançar objetivos comuns. Esta integração de partes faz com que o sistema se constitua de tal forma que qualquer alteração produzida em uma de suas partes redundará em alterações no conjunto todo. Assim, os sistemas sofrem mudanças e seu ajustamento, então, é contínuo.

A característica do padrão de interação em um sistema é a causalidade circular, circularidade ou idéia de rede. O padrão de interação circular ou de rede tende a repetir-se, envolvendo todos os componentes do sistema, até que se encontrem alternativas diferentes para modificá-los e rompa-se a recursividade circular.

Seixas (1996) ainda diz que a noção de circularidade surgiu como questionamento da relação linear de causa e efeito. O esquema linear começou a não mais responder às perguntas das Ciências, principalmente, as humanas e biológicas e surgiu o esquema sistêmico de causação circular ou de multicausalidade para responder a questões mais complexas, dentro de uma perspectiva probalística e não mais determinista dos fatos. Então, o sistema de circularidade ampliou-se. Neste, o observador, ao observar um sistema, percebe-o de uma determinada maneira, isto é, percebe-o e forma com ele outro sistema do qual é participante ativo ou parte integrante. Todo sistema vivente observado é observado por outro sistema vivente. Desta evolução ainda surgem os sistemas observantes ou Construtivismo, que teve sua origem, assim como a teoria sistêmica, a partir da teoria cibernética.

No estudo de Marcelino e col (1999), constata-se que, do ponto de vista etmológico, o vocábulo construtivismo deriva dos termos latinos referentes ao ato de construir, constituir, estruturar ou formar.

O construtivismo é uma escola de pensamento que estuda a relação entre o conhecimento e a realidade, dentro de uma perspectiva evolutiva. Glaserfed (1984) *apud* Seixas (1996) postula que o construtivismo é um organismo que não é capaz de reconhecer, descrever ou copiar a realidade e que só pode construir um modelo que se ajuste a ela. Segundo o Construtivismo, a “verdade” e a “realidade” de cada um estão apoiadas em uma construção social e consensual. Este consenso é que servirá de orientação aos construtores. A realidade está fora e é independente do observador; este, então, deve assumir a responsabilidade de como construir esta realidade e das consequências deste modo de construir. Aqui, o cuidador deixa de ser o *expert*, que sabe para onde deve levar o cliente, e passa a ser uma figura integrante do sistema co-formado com os clientes. No seio deste sistema, o cuidador ajuda a construir realidades alternativas, que abrem caminho para novas visões de mundo, que podem provocar mudanças nos sistemas, favorecendo o cliente a reorganizar-se.

Continuando, Seixas (1996) escreve que o construtivismo social sustenta que vivemos um mundo produzido por interações linguísticas e que compreendemos este mundo a partir de descrições (ou histórias) que evoluem e discursos segundo os quais organizamos e damos significado à nossa experiência. O significado é co-construído por ação social e diálogo. Isto fomenta o pressuposto de que toda a realidade é uma construção social. A realidade constrói-se na interação de grupos que atuam de forma relativamente coordenada. Esta construção não é feita com uma liberdade absoluta, mas depende de um consenso. Nasce daí uma posição ética, fundamentada na responsabilidade por novas construções do mundo e as ações que as acompanham. É um processo contínuo de co-construção da realidade. A habilidade do observador participante está em abrir portas para a elaboração de novos significados através de perguntas ou dramatizações que permitam o contato uns com os outros, sem comportamentos sistemáticos.

Macedo (⇒1996), ao escrever sobre a epistemologia genética - Construtivismo, disciplina criada por Jean Piaget<sup>3</sup>, relata que este método reporta-nos para uma visão histórico-crítico em relação à maneira de aprender e se desenvolver, e que as formas de ensino são compatíveis com o construtivismo epistemológico, pois permite variadas formas e maneiras, desde que se comprometam com os princípios quanto à **atividade**, à **tematização** e **interdependência**.

No princípio de **atividade**, a atividade não significa ativismo. Mais importante do que a ação são os esquemas de ação (ver, ouvir, pegar, etc). A atividade do sujeito cognoscente, qualificada pelos esquemas que a tornam possível, é condição para o conhecimento.

De acordo com este mesmo autor, a **tematização** é uma resultante de respostas que foram encontradas, no nível seguinte, para o que foi colocado no nível anterior como questão ou pergunta pelo sujeito. Supõe um nível seguinte porque tais respostas seriam estruturalmente impossíveis ou contraditórias, no nível anterior. Por exemplo: certas questões formuladas no nível sensorio-motor do desenvolvimento implicam a passagem para o nível simbólico; certos temas formulados no nível simbólico supõem a passagem ao

---

<sup>3</sup> Para maiores informações consultar:

PIAJET, Jean. **Epistemologia Genética**. São Paulo : Martins Fontes, 1990.  
\_\_\_\_\_. **Biologia e conhecimento**. 2.ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1996.

nível operatório, e, assim, sucessivamente. E, finalmente, o princípio da **interdependência** pressupõe uma visão dialética ou relacional do desenvolvimento do conhecimento. Aqui, há a qualificação do nível do diálogo ou da interação entre estrutura e gênese ou entre sujeito e objeto. Ocorre uma resultante de uma interação, com qualidade interdependente, que será sempre na direção do que é melhor para o sistema.

Uma interação com qualidade interdependente, isto é, dialética e relacional, implica que os termos nela envolvidos comportem-se como **parte e todo** ao mesmo tempo. Parte, porque em uma visão de sistema nada pode ser considerado, independentemente. Todos são parte de uma rede que, por diferenciá-los, os integra em um sistema único, global, holístico. Ser parte de é ser dependente. A dependência supõe, igualmente, ser todo, e não parte. O todo corresponde à condição de ser ou fazer o melhor, dentro dos limites. Existe uma zona de proximidade em que só podemos ajudar, nunca fazer pelo outro, pois isso, mais que indesejável, é impossível. Ser todo, em um contexto de interdependência, é ser único (como pessoa ou grupo), é poder ser responsável por si mesmo, ser autor de suas decisões, de sua história ou destino. Por isso, a interdependência tem uma qualidade *majorante*, de uma relação para melhor, que promove o crescimento. Enquanto parte, nos libera, enquanto todo, nos reduz a nós mesmos, de preferência ao melhor de nós mesmos. Cada parte deve ser considerada em função das outras, mas, simultaneamente, cada qual compõe um todo, com suas características e especificidades. A interdependência tem uma função construtivista.

O cuidado construtivo poderá ser um procedimento/metodologia que forneça uma reconstituição social na área de enfermagem. A realidade social não é um fato pronto e acabado, por isso não pode ser observado imparcialmente por alguém que se coloca de fora da situação de assistência. Então, entendemos que o cuidado construtivo, centrado na teoria sistêmica, com foco na observação participante, possa ser um meio de se aproximar desta realidade.

De acordo com Patrício (1994, p. 64), as expressões pesquisa-ação e pesquisa participante são, freqüentemente, dadas como sinônimos. Esta autora tem se utilizado das duas denominações em atividades que caracterizam o “trabalho de campo”. Costuma utilizar a expressão “Pesquisa-ação”, quando a ação faz parte do momento do levantamento de dados, ou seja, quando a análise dos dados é concomitante ao processo

que se desenvolve com o cliente (pesquisado) e esta determina a intervenção (cuidado), no mesmo momento, ainda que esta seja, apenas, de valorização dos dados para o planejamento de ações futuras.

O cuidador-pesquisador tem a facilidade de trabalhar em tão apertada relação, podendo ter a visão de co-construir com o grupo, a partir da interação e da situação vivida por eles, uma nova visão da realidade, que permita identificar novos meios para superar as situações traumatizantes que alteram a qualidade de viver saudável.

Um bom cuidador é alguém permanentemente pesquisador, participante, com envolvimento subjetivo, mas constantemente questionando-se, a fim de não se deixar envolver de maneira acritica e de forma definitiva. É desnecessário argumentar sobre os resultados sociais deste tipo de cuidar-pesquisar<sup>4</sup>, uma vez que o aperfeiçoamento das técnicas deste modo de agir terá como consequência, a facilidade de modificar padrões relacionais considerados disfuncionais.

Assim, a inserção do cuidador-pesquisador é condição central para que o processo de cuidar-pesquisando possa ocorrer com a participação ativa dos clientes como protagonistas e não apenas como pacientes. Cabe, aqui, ressaltar que o cuidador-pesquisador participante tem que ser aceito como realmente é, ou seja, alguém que vem de fora, que se dispõe a realizar com um grupo um estudo ou processo terapêutico, mas que, num determinado momento, irá embora. Isto é realmente importante, tanto para o cuidador como para o cliente, porque se deixar absorver pelo cliente é seguir as normas dele, então, poderá perder seu enfoque teórico e transformara-se-á em mais um membro do mesmo grupo. Não poderá ocorrer o engolfamento nas relações, pois este não poderá mais problematizar e contribuir para compreensão da prática relacional vivida pelo cliente.

Seixas (1996, p.73) diz que

“o cuidador-pesquisador pode utilizar uma gama de instrumentos no processo de cuidar-pesquisar. Desde que estes estimulem a livre expressão das pessoas que participam do cuidado, porém, não

---

<sup>4</sup> Patrício (1994, p. 61), a autora escreve que “Definir filosofia com reflexão é ver um conhecimento não do 1º grau, mas do 2º, um conhecimento do conhecimento, um saber do saber”. Como desenvolver esse conhecimento do 2º grau, esse “saber do saber” da enfermagem?

Isso é possível através da prática refletida do cotidiano de cuidar, do processo de pensar – fazer enfermagem: Sendo assim, entende-se que cuidar insere pesquisar e pesquisar insere cuidar (Patrício, 1988).

podem sair do foco ou tema a ser pesquisado. Dentro deste campo temático, tudo é pertinente, nada é desprezível. Não se deve considerar só o que é dito verbalmente, mas também a forma como é dito; deve-se também observar a comunicação não verbal, para tanto, muito são úteis o vídeo, o gravador, filmadora, uma equipe de observadores e as técnicas de ação.”

Segundo Moreno (1972, p. 83), “as relações sociais não são perceptíveis a olho nu. Elas fazem parte da matriz sociométrica<sup>5</sup> dos grupos, que é impedida de vir à tona pela estrutura social dos mesmos, que procura dominar e não permitir a eclosão da trama relacional ou co-inconsciente que subjaz à estrutura aparente do cliente”. Seixas (1996, p.73) apresenta que “o cuidador-pesquisador deve fazer emergir do grupo os temas e as contradições entre o falar e o agir, entre a percepção de si e dos outros e o conflito entre os padrões de comportamento e os sonhos ou desejos de cada um, trazendo á tona a matriz sociométrica, para revelar a parte que está reprimida e, então, possa, com maior facilidade, transformá-la”. O cuidar-pesquisar pretende desvendar, em conjunto, a realidade do cliente, como ela é vivida por este e saber como cada um a percebe e como se relacionam diante dela. Desta maneira, valoriza-se uma multivisão e não a descoberta de uma verdade única.

Marcelino e col. (1999) enfatizam que a perspectiva construtivista não é um livro de receitas, mas um conjunto articulado de princípios, em que é possível diagnosticar, julgar e tomar decisões. Os mesmos autores relatam, ainda, que o construtivismo permite uma re-interpretação das coisas.

Piaget, Vygotsky<sup>6</sup>, Wallon<sup>7</sup> e outros autores, quando se referem ao construtivismo, falam que ele apresenta o pressuposto fundamental de que o indivíduo é o centro do seu próprio percurso, em direção ao conhecimento.

---

<sup>5</sup> De acordo com Gil (1999) podemos entender essa expressão como as fontes ou origens das propriedades psicológicas das populações, portanto, a sociometria procura captar e mapear as relações de atração e repulsão entre os membros de um grupo social. Através da matriz sociométrica pode-se verificar: a) a posição que cada um dos componentes ocupa no grupo, bem como o que julga ocupar; b) a estrutura sociométrica do grupo: rede de comunicação, foco de tensões, subgrupos; c) as relações de afinidade e de conflito entre componentes do grupo; d) a dinâmica dos grupos, modificações dos quadros e evolução dos processos grupais.

Para maiores informações:

<sup>6</sup> VYGOTSKY, L.S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo : Martins Fontes, 1993.

VYGOTSKY, L.S e LURIA A.R. **Estudo sobre a história do comportamento**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.

<sup>7</sup> WALLON, Henri. **Psicologia**. São Paulo : Ética, 1986.

Neste sentido, o enfoque sistêmico é um elo muito importante para o construtivismo, permeando sua ação. O enfoque sistêmico foi criado pelo biólogo Ludwig von Bertalanffy, em 1945. São complexos de elementos colocados em interação. Não se limita a um assunto isolado, mas é aplicável de muitas e diversas maneiras. Busca as estruturas básicas da realidade, busca, dentro de uma organização e no comportamento social e humano, a existência de uma estrutura ou padrão subjacente e unificante. Fornece uma nova *gestalt*<sup>8</sup>. Bertalanffy sustenta que existem dois tipos de sistema: um aberto e outro fechado.

O campo sistêmico inclui a cibernética, a teoria do caos, terapia gestáltica. Além de Bertalanffy outros nomes podem ser associados ao pensamento sistêmico: Gregory Betenson, Russel Ackoff, Erick Trist e todo os estudiosos do Santa Fé Institute.

Sem interação, não existe sistema, mas simplesmente a soma das entidades separadas. Uma entidade não pode ser analisada independentemente porque isso distorceria o quadro. Deve-se estudar as conexões entre as partes e ver como elas interatuam e a isto dá-se o nome de relacionamento. A expressão relacionamento, então, na teoria dos sistemas, tem um significado técnico e refere-se às estruturas básicas dos elementos e como elas se relacionam (Seixas, 1996).

As propriedades deste enfoque referem-se à idéia de globalidade, em que toda e qualquer parte de um sistema está relacionada de tal modo com as demais que qualquer mudança numa delas provocará mudanças nas demais e, conseqüentemente, no sistema total. Isto é, um sistema comporta-se não como simples conjunto de elementos independentes, mas como um todo coeso, inseparável e interdependente.

Outra propriedade deste enfoque é o conceito de retroalimentação ou feedback. A união é através de uma relação circular. A retroalimentação e a circularidade são o modelo causal para uma teoria de sistemas interacional (Seixas, 1996).

---

<sup>8</sup> FAGON & SHELPHERD (1997, p.21) entendem que *gestalt* é um ser em indivíduo integrado, é uma pessoa que está em constante adaptação.

Já para CAMPOS (1997, p.32) *gestalt* é a forma ou estrutura. É expresso como um conjunto de coisas que se prendem, se apoiam e se determinam reciprocamente (...). Determinam uma estrutura global que as domina e que assinala a cada qual, na qualidade de parte de um todo, uma função, um papel a desempenhar, nesse todo, assim como uma localização alternativa. Portanto, *gestalt* significa um padrão ou todo organizado, ao invés de uma soma de parte. A maneira de ser de cada parte depende de estrutura do confronto e das leis que o regem.

E para EHCENZWEIGUATT (1977, p. 41) *gestalt* é uma tendência da percepção, ser ativa e articulada. É um todo, é ter consciência de todo e suas articulações. Uma boa *gestalt* é, esteticamente agradável e um todo melhoramento da substância formal, ou seja, tem o efeito estético.



Nesta concepção, todos os elementos de um dado processo movem-se juntos. A descrição é feita em termos de relações, informações e organizações entre esses membros. A teoria dos sistemas formula que não existe uma ordem clara e nítida de causa efeito.

Algumas teóricas da Enfermagem usaram em suas teorias alguma base neste enfoque como, por exemplo, King, Johnson, Neuman, Parse, Roy, entre outras.

Senge et al. (1999) em seu livro, trazem a etimologia da “palavra sistema, que é derivada do verbo grego *sunístánai*, que originalmente significava “fazer ficar juntos”. A origem deste vocábulo sugere que a estrutura de um sistema inclui a “qualidade” da **percepção** com a qual a pessoa, o outro, o faz por permanecer unido. São exemplos de sistemas: organismos biológicos, atmosfera, doenças, fábricas, reações químicas, entidades políticas, comunidades, famílias, equipes, organizações e empresas. A pessoa e seu trabalho são provavelmente elementos de dezenas de sistemas diferentes.

O modelo sistêmico permite um modo de ver nossas ações interagirem com outras áreas de atividades, com outras áreas das relações e de relações interiores. Senge *et al.* (1999) referem que o pensamento sistêmico é poderoso como linguagem, aumentando e alterando os modos como pensamos e falamos acerca de temas complexos. Ele permite falar mais claramente acerca das interrelações.

As estruturas sistêmicas são, muitas vezes, invisíveis e de acordo com Senge *et al.* (1999), elas necessitam que alguém as assinale. Estes autores continuam e dizem que a palavra “estrutura” vem do latim *struere*, que significa “**construir**”. Mas estruturas em um processo sistêmico, não são necessariamente construídas conscientemente. Elas são construídas a partir das escolhas que as pessoas fazem consciente ou inconscientemente, ao longo do tempo e de suas vidas.

Roberts e Kemeny<sup>9</sup> (1999, p. 86) escreveram que “a arte do pensamento sistêmico inclui aprender a reconhecer as ramificações e os corolários da ação que escolhemos. Um esforço no enfoque sistêmico quase sugere um re-exame dos pressupostos que subjazem nossas práticas.”

Senge et al. (1999) dizem que o enquadre sistêmico proporciona ferramentas

---

<sup>9</sup> ROBERTS, Charlotte & KEMENY, Jenifer. O que se pode esperar... quando se pratica Pensamento Sistêmico. In: Senge e col. A Quinta disciplina. Cadernos de campo; estratégias e ferramentas para construir uma organização que aprende. Tradução Roberto Maia da Silva. Rio de Janeiro : Orlity work editora, 1999.

analíticas e mostram os pressupostos para o futuro. Cada um de nós é uma parte significativa dos sistemas, dentro dos quais trabalhamos, e a alavancagem mais significativa pode advir da mudança da nossa própria orientação e auto-imagem. Isto requer habilidades pessoais para desenvolver nossa visão pessoal e aprender a ver o mundo, não apenas de um ponto de vista reativo, mas, também, de uma perspectiva criativa e interdependente.

**Aprendi a escrever lendo,  
da mesma forma que aprendi a  
falar ouvindo.**

**Aprendi o cuidado, cuidando.**

**(adaptação de Mário Quintana)**

### III - MARCO CONCEITUAL

De acordo com Patrício (1989), no campo acadêmico, uma estrutura referencial pode ser representada por uma estrutura conceitual. Neste enfoque, estrutura conceitual, de acordo com Watson e Mayers (1981) é a descrição das idéias de um grupo sobre o mundo pelo qual é responsável. Esta descrição define parte daquele mundo e explica como cada parte se ajusta e funciona para criar o “**todo**”, o qual auxilia o grupo a predizer os resultados de suas ações.

Através da literatura, encontrou-se os autores Silva e Arruda *apud* Radünz (1994, p. 4), que dizem que marco conceitual é um conjunto de conceitos e pressuposições, derivado de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimento ou, até mesmo, originado das próprias crenças e valores daqueles que o conhecem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo a situações gerais ou específicas, na área de assistência, administração ou ensino da enfermagem.

Finalizando essa breve explicação, quanto ao conceito de marco conceitual, retomo Patrício (1989) que diz que uma estrutura conceitual nada mais é que um marco referencial que guia a visão que uma pessoa coloca nas ações de seu cotidiano, seja na produção de projetos, seja nas atividades ou concretização destes. Essa autora, ainda, acrescenta que a estrutura conceitual não dá conta de atender a todas as nossas expectativas, mas que é base para o processo de desenho e de acompanhamento de construções de projetos, sejam estes acadêmicos ou da vida cotidiana. Um marco referencial nada mais é do que um conjunto de idéias que expressam crenças, valores, conhecimentos e práticas, permeados por afetividade, que se tem sobre determinado fenômeno. Academicamente, um marco referencial tem como objetivo guiar a produção de conhecimentos aplicados e fundamentais, de programas de ensino ou mesmo de ações para transformação de uma dada realidade.

### 3.1. Pressupostos

Aqui, trago as crenças, valores e idéias que me nortearam, durante esse processo de cuidar-pesquisando, através do cuidado construtivo, centrado no enfoque sistêmico das situações de enfermagem. Assim, acredito que:

\* O processo de assistência que favorece o cuidado ao enfermeiro que sofre com a desvalorização da profissão enfermagem é o cuidado construtivo;

\* A raiz da valorização e/ou desvalorização são transmitidas pela família ao sujeito; e este sofre quando exerce a profissão enfermagem, que não é valorizada e reconhecida;

\* Quando o cuidado em enfermagem não recebe seu valor e reconhecimento é favorecido o aparecimento de sofrimento no enfermeiro, durante a realização de suas tarefas. Este sofrimento é calado e/ou escondido;

\* O cuidado construtivo permite ao enfermeiro que sofre expressar seus valores, crenças, conhecimentos, desejos e sentimentos;

\* O cuidado construtivo permite pensar em coexistência, podendo levar o enfermeiro que sofre a uma interação, segundo ocorrências e desejos, possibilitando o desenvolvimento das potencialidades profissionais e pessoais.

### 3.2. Conceitos do Marco

Os conceitos evidenciados e utilizados neste estudo mostraram a sua importância como uma base de sustentação metodológica. Estes conceitos permitiram mostrar um caminho a ser seguido pelos profissionais da enfermagem e, também, a outros profissionais da saúde, na sua prática. Refiro, também, que estes conceitos não são estáticos, definitivos e imutáveis, mas sim, a cada relação, poderá o profissional adaptá-lo à realidade vivida, durante o processo de cuidado (a que e a quem se destina) e durante a evolução científica. A adequação é fundamental e imprescindível para criar possibilidades para a elaboração de um plano de cuidar-pesquisando de maneira realizável, objetiva e que possa apresentar

uma resolutividade, podendo, pelo menos, reduzir a tensão do cliente que está sofrendo pelo processo de desvalorização da profissão enfermagem.

Os conceitos evidenciados, aqui, tiveram como base Patrício (1990, 1995), Boehs (1994), Elsen (1994), entre outros autores utilizados neste estudo, bem como conceitos próprios.

Ser Humano: é um ser singular, transcendente, multidimensional. Possui uma corporiedade, sentimentos, emoções e percepções. Tem capacidade de comunicar, de dar, de receber e de refletir. Necessita de cuidado e proteção pela vida inteira. Tem capacidade para aprendizagem e para o desenvolvimento, embora esta não seja homogênea a todos os seres (nasce um ser biológico, poderá se tornar humano e nem sempre se torna cidadão). Tem necessidade de um ambiente físico e sócio-cultural para seu crescimento e desenvolvimento, dentre eles o familiar e o de trabalho. Busca o prazer, tenta evitar a dor. Do nascimento até sua finitude, atravessa fases do ciclo vital (criança, adolescente, adulto e idoso). Tem capacidade de reprodução e de criação. Faz história, é ético, vive em dualidade entre o individual e o coletivo e entre o amor e o ódio. É possuidor de uma força de trabalho.

Ambiente: É um espaço interno, externo, natural e artificial. É micro e macro, é onde coabita o ser humano. É uma estrutura físico-territorial (do útero, do lar, da rua, do bairro, da cidade, do município, do estado, do país, do continente, do planeta, do mar, do ar, dos rios, da empresa). É representado por um contexto sócio-cultural, em que as pessoas estão inseridas, provocando uma interação, influenciando e sendo influenciado pelo ser humano. É o espaço geográfico onde vive o ser humano, família e a sociedade. Tem um espaço pessoal, um grupal e um comunitário; produz um determinado processo e um modo de vida. Esse processo é de relações dinâmicas, interativas e de transformação da realidade do meio ambiente e das pessoas, constituindo a história de vida individual e coletiva. Tem o espaço do trabalho, que provoca prazer, satisfação, e situações de desprazer, de insatisfação, acarretando alteração do ambiente físico, mental e social. Dependendo da situação, *status*, este espaço poderá ser maior ou menor, com pouco ou muito recursos. Existe, também, o espaço transacional, que se processa pela percepção, sentimento e

conhecimento do indivíduo em uma determinada situação. São as situações, as condições e influências, tanto internas como externas, que afetam o processo de viver saudável dos seres humanos, e isso poderá afetar seu crescimento, desenvolvimento e comportamento.

Processo Saúde-Doença: É o resultado do modo (estilo) de vida do ser humano, inserido num contexto. É o resultado da interação dos fatores internos e externos sobre o organismo do ser humano que, quando positivo/satisfatório (quando possuidor de reservas para manter as normas e pressões da vida e para modificá-las e criar situações novas) gera o bem-estar – **portanto, a saúde**. Quando negativa/insuficientes, (quando as reservas estão diminuídas ou mesmo ausentes) geram o mal-estar – **portanto, a doença**. Para manter a saúde e para curar a doença, há necessidades de cuidados. O estilo de vida é influenciado pelos fatores físicos, mentais, econômicos, culturais, religiosos, familiares, tecnológicos, históricos e sociais. É um processo dinâmico entre o ser humano e as forças que tendem a tensionar a sua existência. Requer esforços constantes e atividades para que este resultado seja positivo/satisfatório. É a capacidade do ser humano funcionar em sociedade. É a capacidade do ser humano relacionar-se com o mundo e com ele mesmo.

Enfermagem: Profissão, trabalho/atividade comprometida com o cuidado. É um processo de conhecimento, de comunicação, de relação, de ação, de reação e de interação de situações referentes ao processo de viver saudável. É um processo de interações humanas, tendo de um lado o enfermeiro e do outro o cliente (indivíduo, grupo, comunidade, instituição). Neste processo se identificam problemas, objetivos, interesses, meios e possibilidades para alcançar as metas de um viver saudável. É um processo que se constrói ao longo do caminho, é interacional e sistêmico. É um processo de retroalimentação do indivíduo, do grupo, das instituições e da vida. O processo de cuidar poderá se desenvolver por ações diretas e/ou indiretas na saúde ou na assistência e na extensão, numa tentativa de promoção da saúde, prevenção e recuperação da doença. A enfermagem contribui para a saúde tanto diretamente, através do cuidado com o cliente, como indiretamente, através do desenvolvimento e disseminação do conhecimento. A enfermagem cuida, facilita ou capacita o indivíduo, a preservar e/ou a manter e a recuperar hábitos favoráveis a um viver saudável. A enfermagem é um evento humano e está

relacionada a situações de troca: ouvir - falar, atuar - deixar atuar, perceber - ser percebido, auxiliar - ser auxiliado. É uma relação dinâmica, criativa entre o passado e o presente e as perspectivas de um futuro. Ela deve ser flexível em seus atos, deve ser capaz de trocar conhecimentos com as pessoas que atende favorecendo, na medida do possível, para que elas consigam sua autonomia, na busca de seu potencial máximo de saúde.

O ser humano Enfermeiro em situação de sofrimento: é o ser enfermeiro que sofre em razão de sentimentos de desvalorização de sua profissão, percebe que não tem reconhecimento social, não apresenta o *status* desejado. É mal remunerado e, muitas vezes, é visto como um trabalhador informal. Tem ausência ou pouca autonomia, tem uma aceitação passiva nas relações de trabalho. Então, precisa de cuidados para poder transformar a si, o coletivo e possibilitar sua realização pessoal e coletiva. É o ser humano que apresenta sofrimento na alma, pois tenta buscar o melhor para si e para a enfermagem. É o ser humano que busca agir técnica e eticamente, possibilitando relações (ele e o cliente) harmoniosas.

Cuidado: São atividades/ações diretas e indiretas prestadas ao indivíduo, família ou grupo. São atividades/ações de apoio, de facilitação, de capacitação, de ajuda, de atenção, de troca de idéias, de decisões entre o enfermeiro e o cliente, em situações de saúde-doença. O cuidado é uma necessidade e um recurso do ser humano. É o ato de cuidar, ajudar, proteger, recuperar, desenvolver, independizar e/ou criar novas situações diante dos agravos à saúde. É multidimensional (biológico, psicológico, espiritual, sócio-cultural e ecológico). São atividades/ações voltadas para si ou para as outras pessoas. São atividades/ações que promovem, mantêm o bem-estar, que ajudam a melhorar uma situação de vida, de deficiência ou de morte. O cuidado pode ter tanto bases empíricas como bases científicas. A enfermagem é possuidora de aspectos personalizados do cuidado, fundamentada em conhecimentos precisos, utilizando a tecnologia, a técnica e procedimentos necessários ao cuidado. O ato de cuidar fundamenta-se na interação e na construção das relações entre o enfermeiro e o cliente.

Existe várias formas de cuidado, entre eles, o Cuidado Construtivo, que é um processo intenso de trocas, é dinâmico e envolve co-responsabilidades entre o enfermeiro e o



cliente. O cuidado construtivo é a relação entre sujeitos e meio ambiente. É um processo de co-construção, de redefinição de um padrão; é novo, modificado e acrescido de novos e diferentes significados dos sujeitos que se relacionaram. É a nova *gestalt*, exige um plano de ação ativo/passivo e ativo/ativo, é pessoal e original e surge na relação. Exige uma escuta e uma fala, criando um campo consensual, que surge da conversação, da troca, das influências internas e externas, do relacionamento dos membros do sistema, determinado pela situação de enfermagem. A definição do problema, da solução, a forma de resolvê-lo não é estático, e sim evolui, quando a rede de significados evolui. O cuidado construtivo poderá ocorrer de forma direta e ou indireta, de diversas maneiras na situação de enfermagem. O cliente desenvolve sensibilidade na relação enfermeiro/cliente, para que possa haver elaboração de novos significados em lugar de anti-cooperação. Exige escuta recíproca, diálogo franco e respeitoso, mútuo. O enfermeiro, no ato do cuidado construtivo, é um cuidador respeitoso, não conhece demasiadamente rápido, nem compreende apressadamente. O cuidado construtivo entre o enfermeiro e o cliente é uma atitude inteiramente de busca de novas formas de escuta e de busca de significados. É uma maneira holística de ver o mundo. A estrutura do cuidado construtivo é mais colaborativa do que hierárquica, evita o excesso de tecnicismo, permite uma avaliação circular das circunstâncias, tem uma visão orientada para o processo de viver saudável e não para o agravo à saúde. O cuidado construtivo tem uma curiosidade pelas relações; nele ocorre o respeito, tem autoridade e não poder. O enfermeiro e o cliente constituem um sistema de múltipla influência. A realidade tanto pode ser descoberta ou, ainda, criada na interação entre enfermeiro e cliente, na situação de enfermagem.

O cuidado construtivo é elaborado com o cliente a partir do enfoque sistêmico, que é um campo grande e razoavelmente amorfo de métodos, ferramentas e princípios. Surge da inter-relação de forças, é a parte do todo e o todo das partes. É uma forma dinâmica de relações que influenciam e são influenciadas por outras relações. Tem uma relação circular e seu fluxo é multidirecional. A mudança em uma parte pode influenciar mudanças das outras partes e alterar o todo.

O cuidado construtivo pode favorecer a um caminhar novo ou um caminhar de maneira nova (diferente) no mesmo processo de viver.

### 3.3. Representação Gráfica do Marco Conceitual

Como forma de melhor apresentar ao leitor o marco conceitual, trago as Figuras 1 e 2 para ilustrar os mesmos. A Figura 1 mostra o marco conceitual antes da prática assistencial, evidenciando minhas idéias preliminares. A Figura 2 mostra como ficou o marco conceitual após ter concluído a prática assistencial, com os sujeitos do estudo.



**Figura 1** – A árvore do cuidado construtivo.

A Figura 1 representa o Marco Conceitual, onde evidencia o Cuidado Construtivo através das mãos em reciprocidade. O sol, como possibilidade de novo horizonte, que surge da relação dos atores. Esta tem inúmeras possibilidades para construir este mundo (pessoal, familiar, do trabalho...). A árvore representa a escolha profissional, que como tal tem uma ramificação efetiva. Mas que precisa estar em um ambiente (geográfico, social...) e que seja reconhecido. O mundo está em constante construção através do crescimento e desenvolvimento do planeta, através da ação-reação dos seres humanos, em movimento helicoidal. Desta relação surge a nova condição, aqui representada pelo broto da árvore. Surge uma nova *gestalt* do cuidado.

As mãos entrelaçadas representam a união necessária para a construção em uma base sistêmica. Para ser construção, há a necessidade do ser humano, de sua relação de troca e, que ele esteja inserido num ambiente. As escolhas, sejam pessoais ou profissionais, acabam gerando conseqüências. Quando estas não forem favoráveis, produzem desequilíbrio no processo saúde-doença e no ser humano. Quando este desequilíbrio estiver interferindo no processo de ser saudável, há a necessidade de interferência, de modo que o Cuidado Construtivo se faz presente.

Assim, apresentamos todos os conceitos representativos do Cuidado Construtivo com base no enfoque sistêmico, sendo que as mãos simbolizam o cuidado; as pessoas o ser humano; a árvore a profissão, o mundo, as relações, o sistêmico e, os tijolos a infinita possibilidade da construção pelo arranjo pessoal e original que cada pessoa faz de sua vida. Então, brota o novo modo de agir, pensar, ser e estar, no qual o broto é vigoroso, e saudável.

Para fortalecer o meu pensamento, trago Capra (1988) que escreve: existe uma inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos - físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Para ele, todos os sistemas naturais são totalidades, cujas estruturas específicas resultam das interações e interdependência de suas partes.





**Figura 2** - O cuidado construtivo.

A Figura 2 representa o novo estilo (modo) de relação que brotou do Cuidado Construtivo (mãos). Novo brilho nas mãos. Essas são mais independentes e autônomas. Um novo mundo - fértil, vigoroso, saudável e prazeroso.

Percebemos nesta representação o ser humano mais saudável, o ambiente, o processo saúde-doença, a profissão e o cuidado. Aparece o cuidado mais holístico.

### 3.4. Pensando, Refletindo sobre Componente Educação-Cuidado

Quanto às questões educativas utilizadas, tive o apoio dos referenciais sistêmicos, construtivistas e uma perspectiva participante com vista na dinâmica dialética. O binômio cuidador-pesquisador - enfermeiro, possibilitou que estes atores construíssem seus caminhos e esta pode ser a melhor maneira de cuidar de quem está vivenciando uma situação de desvalorização profissional, numa perspectiva de **cuidado construtivo**. Como escreve Ros (1997, p.86),

“toda relação humana é educativa (...), a educação é uma experiência psicológica baseada em regras, princípios ou normas gerais de comportamentos. Estas regras, princípios, normas que subjazem ou forjam comportamentos correspondem a formações sociais advindas da materialidade das relações humanas produzidas pelos homens entre si e aprendidas ou representadas na mente humana de acordo com as relações sociais”.

Rosa (1994) diz que a finalidade da educação é a sua vida, o método, o alimento que põe em ação os mecanismos que dão sentido aos fins do processo educativo.

Para Critelli (1981, p. 41), “a ação educacional é uma ação, é um fazer que em si mesmo não é ciência. A educação não é ciência como teoria do real, ela é a ação de arrancar de..., conduzindo para...”

O processo educativo, seja ele específico ou não, quando exercido de modo intencional pode gerar organização e ampliar as condições de cidadania da população, conseqüentemente, mobilizando-a para seus enfrentamentos e ações, no sentido de contribuir para melhoria da sua qualidade de vida. Este é um processo que exige corresponsabilidade, auto determinação e participação, elementos que existem, na medida em que os indivíduos possuem conhecimento da realidade que os cerca.

A Educação em Saúde não é algo que se faz de maneira estanque, ela pressupõe um processo. É parte do processo de desenvolvimento cultural, social, político e econômico. Consegue afirmar-se por etapas, a longo prazo, e seus ganhos são mais qualitativos que quantitativos (Pilon,1986).

O processo educativo é uma das possibilidades de se intervir na realidade dos

indivíduos, contribuindo para a transformação de suas condições de vida e de saúde. Não se pode separar a educação dos cuidados de saúde. A educação está embutida em todos os cuidados de saúde, é um elemento chave para a participação, a co-participação e auto determinação das pessoas e/ou comunidades.

Dentro desta perspectiva, o enfermeiro é um elemento que atua como educador, deve ser comprometido com a transformação do processo saúde-doença, trabalhando aquele processo educativo que instrumentaliza o cliente que ele cuida, de modo que ele perceba as contradições no seu cotidiano. Os cuidados de enfermagem devem permitir ao cliente que este desenvolva seus conhecimentos, a fim de tornar-se crítico sobre seu modo de vida (processo saúde-doença) e seus determinantes, o que lhe aumenta a possibilidade de lutar por uma melhor qualidade de vida. Rosa (1994) nos diz que o profissional deve decentrar-se, isto é, sair do centro (egocêntrico) do processo pedagógico.

Uma abordagem favorável a esta ótica é o método construtivista, pois ele é fiel ao princípio interacionista e deixa transparecer o papel central do sujeito na produção do saber. Jean Piaget, em sua tese sobre a epistemologia genética, mostra que um sujeito que procura ativamente compreender o mundo que o rodeia e trata de resolver as interações que este mundo provoca, não é um sujeito que espera que alguém que possui um conhecimento o transmita a ele, por um ato de benevolência. É um sujeito que aprende, basicamente, através de suas próprias ações sobre os objetos do mundo, que constrói suas próprias categorias de pensamento, ao mesmo tempo que organiza seu mundo (Rosa 1994). O construtivismo é um fenômeno da aprendizagem, portanto de crescimento, desenvolvimento e de mudança.

Entendi que o enfermeiro em situação de desvalorização esquece, muitas vezes, do referencial educativo para consigo mesmo. Fica passivo, fica sem possibilidades de aprender uma nova visão de mundo, uma nova visão da enfermagem, uma nova visão de ser humano.

Penso que levar um discurso novo ao enfermeiro que sofre com a desvalorização da sua profissão, faz com que ele possa interagir com seus conceitos internalizados, podendo refletir e, tendo como produto desta educação um agir mais saudável para ele e para a enfermagem como um todo.

O ato de ouvir é um ato educativo. Este ato poderá ser contemplado através do

Cuidado Construtivo, assim atuando na força do enfermeiro que sofre, transmitindo-lhe energia, “recarregando suas baterias” e o impulsiona para um novo caminho. O novo caminho representa o ato auto-educativo, representa um processo ensino-aprendizagem.

Paulo Freire (1993) ao refletir sobre educação e o processo social, assinala a formação da consciência como sua fundamental tarefa.

Esta consciência, através do Cuidado Construtivo, permite ao enfermeiro que sofre pela desvalorização da profissão ficar “inquieto” e, com isso, tomar uma atitude mais ativa, tornando-se mais questionador, mais ciente de seus direitos e deveres. Acredito que não é fácil para quem está acostumado a ensinar e educar, se auto-educar, se auto-ensinar. Mas isso é essencial, neste ato de cuidar-se.

O Cuidado Construtivo possibilita o ato educativo pelo autoconhecimento dos sujeitos. Eles podem expressar seus valores, seus sentimentos, suas crenças, seus medos, suas dificuldades, seu sofrimento. Aprender a ver estas questões com outros olhos é um ato educativo, o que, certamente, possibilitará ao enfermeiro encontrar o caminho certo para seu processo de viver, ser saudável. Mas isso exige coragem, ousadia, motivação para a mudança, **utilização do trabalho como uma fonte de prazer e felicidade.**

Geib, Migott, Carvalho e Mocinho (1999), ao escreverem sobre os Rituais de Poder na Educação Formal do Enfermeiro, relatam que esta foi orientada pelo carácter imposto pela racionalidade dominante. As relações de poder e de saber foram construídas em rituais de poder utilizados para domesticação dos corpos e das mentes, tanto no âmbito individual como no coletivo. Afirmam, também, que pontos de insubordinação, no entanto, despontam como possibilidades de transformação no processo de construção do sujeito enfermeiro.

Marcelino, Schumacher e Souza (1999) escrevem que o ato de aprender não é produto, mas um processo complexo que constrói conhecimentos formais, envolvendo as dimensões biológica, afetiva e social do ser humano, transformando, sucessivamente, sua forma de pensar e comportar-se. Aprender consiste na dinâmica de pólos: sujeito, realidade e outros.

Criar condições para o que o cliente desenvolva seu autoconhecimento é permitir que o indivíduo tenha experiência de conhecimento, portanto de aprendizagem, de educação. Esta é uma das propostas do Cuidado Construtivo.

A busca do conhecimento, através do ato educacional, pode ser considerada uma necessidade vital. Não se pode forçar a pessoa a progredir, o que se pode fazer é instigá-la a fazer, a criar possibilidades para si e conduzi-la a novos desempenhos. A educação ajuda ao crescimento e a mudança.

Finalizando, trago Mosquera (1977, p. 157), quando diz que

“a perspectiva de se educar pelo afeto tornou-se, sem dúvida, desafiadora e relevante, mostrando que, se quisermos construir um novo universo, deveremos fazê-lo através de novas estratégias, que ampliem não apenas nossa área cognitiva, mas também nossa área emocional, almejando maior amplidão de formas comunicativas entre seres humanos.”



**Quando sonhamos sozinhos é só um sonho.  
Quando sonhamos juntos é o começo de uma  
Nova realidade.**

**(Dom Hélder Câmara )**

## **IV- PERCURSO METODOLÓGICO DO CUIDAR-PESQUISANDO**

Esta etapa objetiva demonstrar os passos que foram seguidos a fim de concretizar este estudo como um todo; à luz do marco conceitual apresentado anteriormente. Neste capítulo, será descrito como se desenvolveu o cuidar-pesquisando.

Em função dos pressupostos deste estudo, o percurso metodológico teve como meta conhecer a realidade dos enfermeiros de Passo Fundo, identificando, em suas “comunicações” (escrita ou verbalizadas) os conteúdos que pudessem evidenciar as questões de sofrimento, para conduzir o cuidado, bem como responder aos objetivos propostos.

### **4.1. Tipo de Estudo**

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de abordagem qualitativa, por entender que a temática e os objetivos comportam este tipo de conduta, conforme será demonstrado a seguir:

A metodologia adotada neste estudo utiliza três momentos: A) um estudo exploratório, de cunho quantitativo, com o objetivo de conhecer a realidade acerca deste temática e encontrar os sujeitos para o estudo; B) um estudo qualitativo, caracterizado pelo processo de cuidar-pesquisando, que pode ser considerado um estudo de caso com técnicas da pesquisa-ação e ou participante; C) e, por último, analisar o estudo como um todo, na possibilidade de evidenciar os temas emergentes e a avaliação do processo de cuidar-pesquisando, tendo em vista o marco referencial e a sua temática.

Neste processo, trabalhei com a associação de técnicas qualitativas e quantitativas. Esta escolha justifica-se pelo fato desse tipo de caminho responder a processos e fenômenos não operacionalizáveis por variáveis somente estatísticas, pois o mundo das relações humanas não se evidencia na pura soma de dados. E, também, por entender que os dados quantitativos e qualitativos não serem antagônicos, mas complementares e, neste sentido, possibilitam o enriquecimento do processo de cuidar-pesquisando.

Para Trivinos (1987, p. 122)

“as particularidades físicas e sociais do meio imprimem aos sujeitos traços peculiares que serão desvendados à luz dos significados que ele estabelece. Então, o estudo qualitativo permite compreender o problema no meio em que ele ocorre, sem criar as situações artificialmente, as quais mascaram a realidade que levam a interpretações ou generalizações equivocadas”.

Haguette (1987, p.20) coloca que

“...as metodologias qualitativas são vistas não como alternativas aos modelos quantitativos, mas como uma necessidade e uma urgência dentro da sociologia para aqueles que estão convencidos de que a sociedade é uma estrutura que se movimenta mediante a força social, individual e grupal”.

Para ratificar e completar a autora acima, Patrício (1994, p. 59-60), escreve que, “talvez o valor da ciência seja conhecer e compreender o homem e descobrir as possíveis formas de fazê-lo feliz”, uma vez que o questionamento da ciência deve ser em relação à vida humana, e por consequência, à vida do planeta.

Esse método de cuidar-pesquisando permite ao pesquisador-cuidador, coletar dados, refletir sobre a situação, fornecer o cuidado ao sujeito, de maneira que ele possa se dar conta de suas relações, bem como produzir conhecimento básico e aplicado, deste modo ocorrendo um trabalho de campo.

Patrício (1994, p. 62) diz a este respeito que “cuidar-pesquisando permite a prática refletida do cotidiano do cuidar, do processo de pensar, do processo de pensar-fazer enfermagem. Sendo assim, deve-se entender que cuidar insere pesquisar e pesquisar insere cuidar”. Esta mesma autora, em seus estudos, aponta que “a postura de cuidar-pesquisando

requer um método de pesquisa que não apenas objetive conhecer ou compreender o processo saúde-doença do ser humano, mas que permita ao pesquisador participar, colaborando com o pesquisado na transformação de situações evidentes ou potenciais, que estejam limitando ou que poderão limitar seu processo de viver saudável” (Patrício, 1994, p.63).

De acordo com Minayo (1992, p.22), “metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, incluindo as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e, também, o potencial criativo do pesquisador. A pesquisa faz a combinação particular entre teoria e dados”.

Neste sentido, retomo Patrício (1994, p. 64) que diz ser “possível considerar o processo de enfermagem uma metodologia de pesquisa, desde que o caminho e o instrumental (a forma de cuidar) estejam dentro de critérios de pesquisa. O que pode caracterizar o trabalho da enfermagem como pesquisa-ação ou pesquisa participante” (Patrício, 1988).

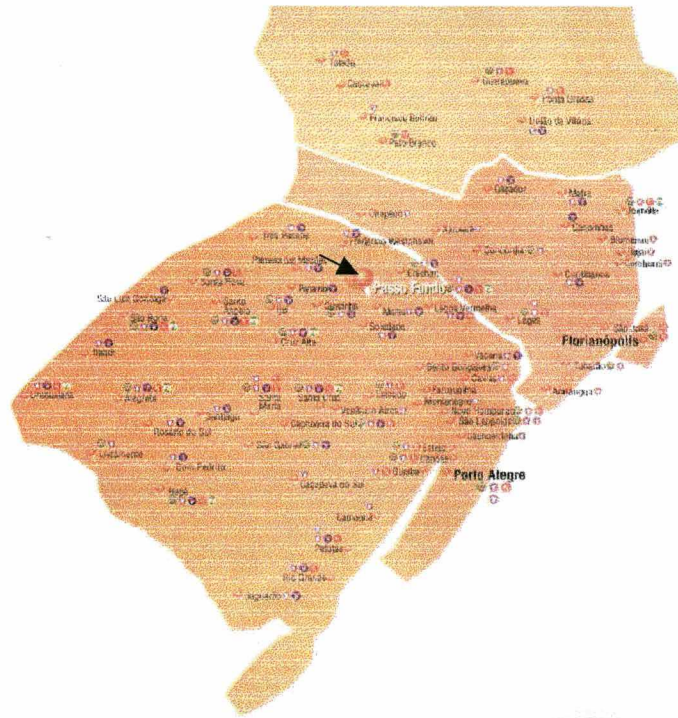
#### **4.2. O Cenário do Estudo**

O trabalho foi desenvolvido a partir de um estudo exploratório e de encontros individuais e um coletivo, com enfermeiros que trabalham nas áreas de assistência (hospitalar e saúde pública) e de ensino, na cidade de Passo Fundo.

O município de Passo Fundo é uma cidade de, aproximadamente, 180.000 habitantes, situada na região do Planalto Médio do Rio Grande do Sul. Sua economia está baseada na agricultura e na prestação de serviços. Conta com 4 hospitais (grande, médio e pequeno porte) e uma universidade comunitária. A cidade (Figura 3) constitui-se como referência em saúde e no ensino superior para as regiões do interior dos estados de Paraná e Santa Catarina.

Em relação ao Cenário de Enfermagem, a cidade conta com um curso superior criado há 26 anos atrás, cursos de nível médio (técnico e de auxiliar) oferecidos pelos hospitais e escolas de 2º grau da Fundação Universidade de Passo Fundo. No momento o número de

profissionais enfermeiros é de 295<sup>10</sup>, estando estes profissionais distribuídos tanto no setor de assistência hospitalar, saúde pública, bem como na área de ensino.



**Figura 3** – Mapa da Região Sul, (→) localizando o município de Passo Fundo

#### **4.3. Encontrando os sujeitos e definindo a situação de enfermagem**

Através da literatura e algumas experiências minhas, era sabedora da situação de desvalorização e sofrimento do enfermeiro, mas como localizá-los? Havia a necessidade de estudos que norteassem a realidade da região. A proposta inicial foi um estudo quantitativo que fornecesse uma visão e diagnóstico do fenômeno, bem como revelaria onde estavam os sujeitos e sua disponibilidade em participar da proposta do cuidado construtivo, caso ele estivesse sofrendo pela situação de desvalorização da Profissão Enfermagem. Para tanto, foi desenvolvido um estudo exploratório junto a enfermeiros da região de Passo Fundo.

Um estudo exploratório serve para levantar impressões sobre um fenômeno desconhecido (ou complementar algum dado já existente) para que, posteriormente, seja

<sup>10</sup> Dados fornecidos pelo COREN/Passo Fundo em Maio 2000.

investigado por outras técnicas.

Para Gil (1991), um estudo exploratório tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Ele exige menor rigidez no planejamento. Seu objetivo é o de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Geralmente, um estudo exploratório constitui-se na primeira etapa de uma investigação mais ampla. O produto deste estudo passa a ser um problema mais esclarecido, bem como ajuda a delimitar o assunto. Como já foi referido anteriormente, o estudo exploratório teve também o objetivo de encontrar os sujeitos para o cuidar-pesquisando.

#### **4.3.1. Operacionalizando o estudo exploratório**

Foi enviada uma carta solicitação (Anexo 02) para os hospitais e serviços, pedindo autorização para aplicação dos questionários. Foram entregues efetivamente 165 instrumentos nas instituições e serviços, tendo um retorno de 130 instrumentos, o que perfaz um total de retorno de 83, 3% dos questionários entregues.

O processo de cuidar de enfermeiros que estejam experienciando situações de desvalorização da profissão enfermagem, inicialmente, deu-se pela aplicação de um questionário, com 12 perguntas estruturadas e 1 aberta (Anexo 01), que foi entregue para os enfermeiros das instituições hospitalares, do serviço de saúde pública e de ensino, no município de Passo Fundo, com a intenção de conhecer a realidade local, captar a realidade concreta a respeito desta temática e selecionar os sujeitos que fizeram parte do processo de cuidar-pesquisando. A seleção dos sujeitos deu-se a partir de sua identificação escrita ao final do questionário, dizendo que gostaria de realizar um trabalho mais sistemático, na questão de desvalorização.

O local de escolha para coleta dos dados através do questionário envolveu 4 hospitais gerais (sendo 2 de grande porte, 1 de médio porte e um de pequeno porte), 1 escola de ensino médio de enfermagem, 1 curso de graduação de enfermagem, 1 curso de pós-graduação *stritu sensu*, 1 secretaria municipal de saúde e 1 delegacia regional de saúde, do



município de Passo Fundo. O primeiro hospital de grande porte, no momento da aplicação dos questionários, tinha 78 enfermeiros, o segundo 20 enfermeiros, o de médio porte 9 enfermeiros, o de pequeno porte 5 enfermeiros (sendo que alguns trabalham em mais de um hospital). Na escola de ensino médio existiam 10 professores, no curso de graduação 21 professores, no curso de pós-graduação 15 alunos (sendo que 9 destes alunos pertencem ao quadro do curso de graduação, como professores). Na secretaria municipal haviam 9 enfermeiros, e na delegacia, 4 enfermeiros. Foi realizado previamente um teste piloto do questionário com 6 pessoas, para verificação da compreensão às questões, por parte dos sujeitos, no sentido de averiguar sua capacidade de proporcionar a abordagem de aspectos relativos à problemática do estudo, para possíveis correções e elaboração final do instrumento.

A coleta de dados deu-se de acordo com a possibilidade e permissão as instituições, assim estruturada: a) questionários entregues ao enfermeiro responsável pelo setor e recolhidos, no mesmo dia, pela enfermeira-pesquisadora, b) questionários entregues à enfermeira do setor e recolhidos, pelo enfermeiro-pesquisador, em outro dia, com data marcada. c) questionários entregues para enfermeira responsável pelo serviço e os dados foram coletados junto a uma reunião que o setor havia agendado e os instrumentos foram recolhidos pela enfermeira-pesquisadora, no mesmo dia da reunião.

A participação dos enfermeiros deu-se pela livre escolha do profissional para responder o questionário. A única exigência para respondê-lo era que os participantes tivessem 2 (dois) anos de formados e/ou de experiência profissional. Durante a entrega dos instrumentos, foram apenas feitas explicações pertinentes ao preenchimento e nenhum comentário foi tecido durante o encontro. Estas orientações, também, foram passadas para os enfermeiros chefes que distribuíram os questionários.

Os dados destes questionários foram analisados somente com foco na verificação da situação de desvalorização e de sujeitos interessados em participar da Prática Assistencial.

O estudo exploratório teve tratamento estatístico do tipo descritivo (frequência simples, percentual e cruzamento de variáveis – sexo, idade, tempo de serviço e cargo/função, bem como a utilização do teste Qui-quadrado). Ressalto que em um outro momento, posterior ao término da dissertação, os dados coletados e analisados servirão para uma publicação, uma vez que os mesmos apresentaram uma riqueza de achados.

Neste estudo, irei me apropriar de alguns dados que serviram para a construção do texto final dessa dissertação (Capítulo V).

Dos 130 enfermeiros que responderam ao estudo exploratório, apenas sete (07) sujeitos se predispuseram a identificar-se para participar na continuidade do estudo, perfazendo um total de 5,3% dos respondentes. Destes, 3 enfermeiros participaram dos primeiros contatos (um telefônico e um pessoal), ouvindo a minha proposta, mas se desligaram alegando vários motivos (falta de tempo, medo de se expor, o marido não permitiu, pensaram bem e, no momento, não tinham mais interesse em participar de uma atividade mais interativa...). Um enfermeiro se recusou, de imediato, apenas dizendo que não queria mais participar. Efetivamente, participaram três enfermeiros no processo de cuidar-pesquisando. Esclarecemos que entendemos e respeitamos todos os motivos das recusas, sendo este um princípio ético, legal de todo o cidadão. Para estes três enfermeiros, também foi realizado um contato telefônico e outro pessoal, esclarecendo a proposta, antes de iniciarmos os encontros. Os contatos foram realizados durante o mês de julho e o mês de agosto de 1999.

Durante os contatos com as instituições e enfermeiros, foi solicitado que cada grupo pensasse de que maneira gostaria de receber a devolução dos dados. Estes contatos, mesmo a curto prazo, favorecem a relação, uma vez que, além de ser um aspecto legal, é, também, um aspecto de compromisso moral com quem se dispõe a participar de um estudo.

As sugestões levantadas foram: apresentação através de relatório escrito, apresentação oral em cada setor, seminários congregando as instituições participantes, reuniões de dinâmica de grupo. Posteriormente, após o término do estudo, faremos novo contato com as instituições participantes para reafirmarmos nosso compromisso e ratificar as sugestões. Salientamos que toda essa caminhada foi permeada de cuidados de sigilo, de segurança e ética para com todos os envolvidos, dando total liberdade de sua participação e/ou desistência em qualquer das etapas previstas.



#### **4.4. Desenvolvendo o cuidado construtivo**

##### **4.4.1. Os sujeitos do estudo**

Percebi que o estudo exploratório serviu de porta de entrada dos enfermeiros no processo de cuidar-pesquisando. Através dele, pude verificar quem são os atores, quantos são e onde encontrá-los.

A prática assistencial foi desenvolvida com três enfermeiros da cidade de Passo Fundo. Dois deles atuam na área hospitalar e um atua, além da área hospitalar, na área da saúde pública, ou seja, tem dois campos de trabalho.

A idade dos enfermeiros é 31, 32 e 37 anos, sendo que um é casado, um é solteiro e o outro é divorciado. Um enfermeiro é do sexo masculino e os outros dois do sexo feminino. O enfermeiro divorciado tem dois filhos do sexo feminino e os outros dois não têm filhos. Todos os enfermeiros cursaram um curso de pós-graduação *lato sensu*.

O tempo de trabalho na profissão varia de 5 a 10 anos. O enfermeiro do sexo masculino é o que atua há mais tempo, pois já era técnico de enfermagem, no hospital onde hoje trabalha. Os outros dois enfermeiros não trabalhavam anteriormente na profissão e nem durante seus estudos de graduação.

Dois enfermeiros trabalham na CTI, um, no turno da tarde, e o outro no turno, da noite, sendo que este, ainda durante o dia, atua em Saúde Pública, na rede municipal de ambulatórios, na qual esta atividade é exercida através da forma cooperativada, não havendo estabilidade empregatícia. O outro enfermeiro atua na supervisão e no setor de diagnóstico do hospital.

Ainda, dois enfermeiros trabalham na mesma instituição, ou seja, um hospital geral de médio a grande porte e o outro num hospital geral de grande porte.

Dois enfermeiros que participaram do estudo fizeram sua formação junto à Universidade de Passo Fundo e o outro fez sua graduação na cidade de Rio Grande - RS

Quanto ao genograma dos enfermeiros, está assim estabelecido:

O enfermeiro 1: é o segundo filho do casal, sendo que o primeiro filho é do sexo masculino, o terceiro e quarto filhos são do sexo feminino. Estas últimas ainda são

auxiliares de enfermagem e uma delas acabou de se graduar em enfermagem. O pai é comerciante, a mãe é professora e o irmão mais velho é construtor.

O enfermeiro 2: é a segunda filha do casal, a irmã mais velha tem o segundo grau, e o irmão mais novo é formado em administração. O pai é aviador e a mãe é do lar.

O enfermeiro 3: é a segunda filha do casal, a irmã mais velha tem o segundo grau, é casada e tem um filho. O pai é mecânico e a mãe é comerciante aposentada; ambos possuem o primeiro grau.

A jornada diária de trabalho de todos os enfermeiros é de, no mínimo, oito horas. Dois enfermeiros fazem mais de doze horas por dia de trabalho relacionados à enfermagem.

#### **4.4.2. Esclarecendo os sujeitos sobre o cuidado construtivo**

Aos sujeitos foi orientado que a prática ocorreria de forma leve e harmoniosa. Teria algumas etapas pré-determinadas a serem seguidas, mas que, na maioria das situações, quem conduziria o processo seriam eles mesmos. Informamos que seriam cinco (05) encontros individuais e um (01) coletivo. Solicitamos que pelo menos um dos encontros fosse em sua residência. A duração dos encontros ficaria por volta de 1 hora a 1 hora e 45 minutos. Os intervalos teriam que ser, pelo menos, de 1 dia entre cada encontro.

Foi esclarecido que seriam necessárias anotações e gravações dos encontros e a todos foi entregue um termo de aceite (Anexo 03). Asseguramos a condução de um trabalho pautado pela ética, pela moral e dentro das condições legais, para que o estudo ocorresse de forma agradável, segura e confortável aos atores do processo.

Esclarecemos que o processo de cuidar-pesquisando dar-se-ia através do diálogo e de algumas técnicas de dinâmica e interação grupal, colagens, entre outras.

E, por fim, informamos aos enfermeiros que esta era apenas uma preparação preliminar dos encontros e que, de comum acordo, poderíamos mudar algumas técnicas, horários ou o que fosse pertinente, para que se pudesse desenvolver o cuidado construtivo.

Após contatar com os enfermeiros, tivemos uma pequena alteração nos horários.

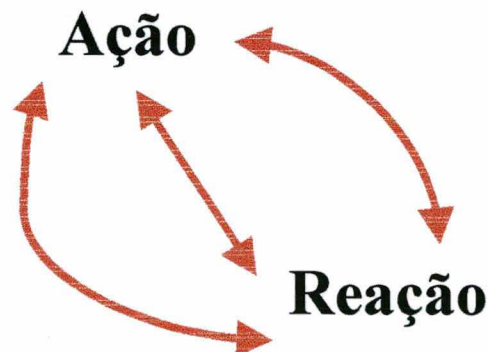
Todos preferiram realizar um encontro a cada semana, pois isso os facilitaria e, também, não seria uma sobrecarga semanal de atividades. Um dos sujeitos preferiu realizar os encontros no local de trabalho, em uma sala privada (para tanto foi solicitado a autorização do serviço). Um outro enfermeiro, pelo contrário, preferiu que todos os encontros fossem em sua casa. Informou-nos que saía muito para trabalhar e que gostava de ficar em casa. Assim, todos os encontros deste ator foram agendados para os finais de semana. E para outro enfermeiro, os encontros ocorreram nesta sistemática: o primeiro encontro em sua casa e os quatro outros em um consultório.

#### 4.4.3. Conhecendo a realidade – Elaborando o cuidado construtivo

Esta etapa tem a intenção de mostrar ao leitor como o cuidado construtivo foi sendo elaborado, seus passos, as técnicas utilizadas e os recursos necessários para os encontros e suas relações. Neste momento do percurso, após os primeiros contatos e a coleta de dados através dos questionários, foram surgindo diagramas em meu pensamento. Esta realidade ocorreu durante toda a coleta de dados, dos registros e durante as avaliações e as reflexões.

Saliento que o contato com enfermeiros e instituições, através do estudo exploratório, foi, também, um momento de observação, pois alguns diálogos ocorriam por parte dos mesmos. A enfermeira-pesquisadora apenas ouvia e respondia quando necessário. Este momento serviu, também, para reforçar uma idéia que eu tinha expressa no seguinte Diagrama:

**Diagrama 1**





Uma ação (entrega dos questionários) era respondida com uma reação (diálogo e comentários) sobre a situação de enfermagem. E como num circuito, a ação-reação ia ocorrendo. Algumas situações vivenciadas da ação-reação foram as seguintes: aceitação da proposta com expressões verbais e através de aceno com a cabeça em uma apresentação pública; alguns enfermeiros verbalizaram apenas: “respondemos a primeira questão, no momento da entrega dos questionários; estou muito ocupada para responder um questionário, passe outra hora; não tive tempo, quem sabe dou para outra colega responder”. Em um setor já estavam me aguardando e tive uma boa recepção. As respostas foram as seguintes: “Puxa! estou tão atarefada, mas vou responder”. A recepção, no turno da tarde, foi melhor nos hospitais, no turno da noite todos os enfermeiros responderam os questionários e se mostraram muito receptivos. Alguns se colocavam, espontaneamente, à disposição para coletar os instrumentos que, ainda, não tinham sido devolvidos no seu setor e/ou instituição. A coleta dos instrumentos, no setor hospitalar, levou em torno de 15 dias para ser efetivada, pois alguns enfermeiros verbalizaram sobre seu cansaço, suas pressões, necessidade de duplo emprego; alguns colegas verbalizaram o desejo de atuarem na docência, deixando a assistência; verbalizaram que já haviam respondido muitos questionários dos alunos de pós-graduação; outras consideraram “legal” o título do trabalho, gostaram da escolha deste assunto e do interesse por eles. Isto foi apenas uma pequena noção do processo de ação-reação vivenciado durante o estudo exploratório. Todos estes relatos estão registrados no diário de campo.

Julguei estes dados relevantes e, por isso, estão todos transcritos com maior propriedade, para num futuro serem melhor trabalhados. Cabe lembrar que, em todos os momentos, as questões éticas nortearam este trajeto. Observamos sempre o sigilo, o anonimato, o respeito pelas pessoas e sua opiniões. Assim, foi possível garantir um espaço de conforto e segurança para os enfermeiros e as instituições.

Estes breves relatos apresentados servem para mostrar que, durante, todo o processo de cuidar-pesquisando é um bom momento para levantar dados, verificar a realidade, sentir a situação, estabelecer relações e refletir sobre elas.

Percebi, também, que alguns enfermeiros estão mais abertos que outros, que a maioria (60%) reconhece a situação de desvalorização da profissão, mas que falar dela e do sofrimento que ela pode estar causando é algo ansiogênico e mobilizador.

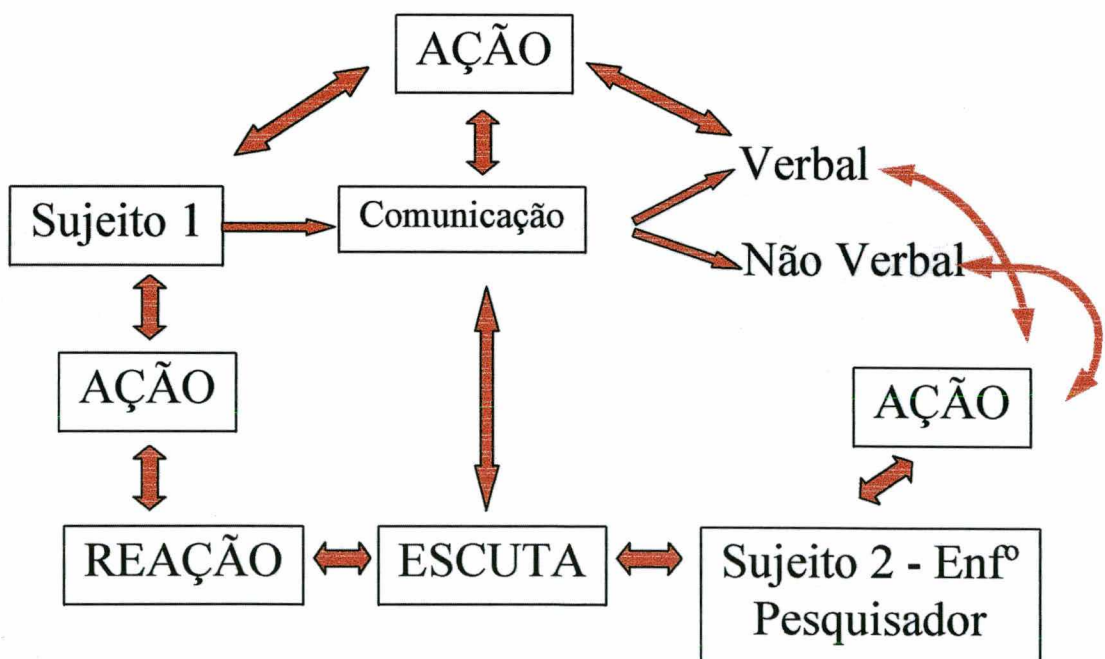
Com o passar dos dias, fiquei mais habilidosa para captar e registrar as informações, mesmo que, neste momento, fosse apenas do estudo exploratório. Senti a necessidade de verbalizações por parte dos enfermeiros de algumas “coisas” que os perturbavam.

Também, me dei conta que a associação de um método estruturado (questionário) com um método não- estruturado (observação) se constitui em uma técnica através da qual apresenta-se ao cuidador-pesquisador a realidade. Leva-o a pensar nos planos de ação e na possibilidade de rever objetivos e estratégias, possibilitando *insights*.

Fiquei muito satisfeita e recompensada por ter optado por um estudo exploratório, dentro de uma perspectiva qualitativa. Reafirmo que aliar o estudo exploratório (um modo de pesquisa) e a observação (uma técnica) é algo enriquecedor, que possibilita maior qualidade e fidedignidade aos achados.

A partir deste trajeto, das observações, dos registros e das reflexões, houve uma mudança no meu pensamento e estruturei um outro diagrama (2) para expressar minhas idéias elaboradas, a partir desta interação, desta influência, deste contato, desta comunicação. Assim, a circularidade se faz cada vez mais presente.

**Diagrama 2**



Neste diagrama, observamos, o movimento que a cuidadora-pesquisadora fez, após as situações de troca e relações. O sujeito 2 (enfermeiro-pesquisador) teve uma escuta, que se evidencia a partir da fala (diálogos e observações) do sujeito 1 (enfermeiro participante) que tinha uma necessidade de falar (tanto verbalmente como não verbalmente), e isso provocava uma ação e o circuito se retro-alimentava. Este diagrama foi elaborado, ao final do estudo exploratório e ao final dos primeiros encontros com os enfermeiros, após sua identificação.

#### **4.5 – Preparando para receber os atores do cuidado construtivo, registrando a história**

Desenvolvi o cuidar-pesquisando, interagindo com os enfermeiros, através de uma abordagem do cuidado construtivo com enfoque sistêmico, de uma forma qualitativa, utilizando a técnica de observação participante, desenvolvendo o que significa cuidar-pesquisando. A cada encontro, levantava-se as situações de enfermagem, fazia-se uma discussão das possibilidades e recursos, bem como a avaliação dos dados e traçávamos os planos de cuidado para aquela situação e coletávamos mais dados. No encontro seguinte, a situação se repetia.

Desta maneira, vivenciava-se a situação junto ao enfermeiro, mediando a construção do conhecimento, para conhecer as situações individuais e grupais (através das técnicas, que foram utilizadas e explicadas em cada encontro mais adiante), a fim de obter uma compreensão do comportamento dos clientes em relação ao sofrimento estabelecido pela desvalorização de sua profissão, através da identificação de seus atos, no decorrer de sua atuação profissional.

Jacob (1983, p.1) ressalta que “um dos aspectos epistemológicos centrais à metodologia qualitativa é a convicção da impossibilidade de ascender ao conhecimento, separando o objeto de atenção da subjetividade, tanto do observado, como do observador. E mais, os resultados de estudos qualitativos emergirão como produtos da relação entre estas subjetividades, quer dizer, da intersubjetividade.

Leininger (1985) recomenda aos pesquisadores em saúde que estes devem utilizar a

abordagem qualitativa, pois ela possibilita uma visão ampliada do homem e do processo saúde-doença. Coloca, ainda, que, desta maneira, as interações de diferentes estilos de vida podem ser estudadas e evidenciadas.

As técnicas de observação participante, dentro do método qualitativo, podem ser utilizadas para mostrar a ampla gama de fenômenos, podendo assim, observar tantos os comportamentos globais, quanto comportamentos e/ou aspectos menores da atividade humana (Polit & Hungler, 1995).

Sendo assim, esta técnica se relaciona e favorece o cuidado construtivo com base no enfoque sistêmico. A observação participante, além de ser um meio de captação de dados, é, também, um meio que possibilita a modificação da realidade estudada, de maneira interacional. De acordo com minha proposta, que exige relação e trocas, usar cenários e condições estruturadas e controladas não seria o ideal e, até mesmo, poderia se tornar um atrapalho no processo de cuidado, diminuindo as trocas (sem observação não existe integração social).

Entrar num mundo novo, portanto estranho, requer alguma disposição de enfrentar riscos e incertezas e necessita criar uma atmosfera de confiança, ou seja, existe a necessidade de desenvolver habilidades para ser um observador atento, ouvinte reflexivo e intérprete preciso. Necessita ser um aprendiz, exige paciência, tempo e interesse pelo outro. Assim foi, que optei por esta técnica.

Para os encontros, foram previstas técnicas de grupo operativo, técnica de reflexão, de relaxamento, o uso do genectograma, entrevistas, técnica de colagem e de auto-conhecimento, entre outras formas de cuidar que surgiram da relação estabelecida, através do diálogo.

Entendemos que o cuidado construtivo consistiu numa dinâmica entre pólos: sujeito, realidade e outros pontos que aparecem no caminho entre as objetividades e as subjetividades do ser humano e da sociedade.

Sei que existe uma variedade de técnicas que podem ser utilizadas para contemplar as necessidades metodológicas, mas considero que estas foram adequadas ao processo.

Padilha, Nazario & Moreira (1997) informam que Moscovici (1985:13) e Souza Filho (1993:114-115), sugerem entrevistas, observações, questionários, tratamento de

material visual, entre outras técnicas, para se atender pessoas. Estas técnicas podem oferecer dados para construir o campo estruturante das representações. Estas devem permitir a interação em relação ao objeto de representação, em relação ao objeto de representação e os sujeitos.

Reinterando esta afirmativa, Lima (1994) diz que “as dinâmicas ou técnicas de criatividade permitem desenvolver, com os sujeitos, a prática de questionar, refletir e olhar para dentro de si, de tal maneira que o sujeito possa expressar seus sentimentos e experiências”.

Então, cria-se um espaço para o debate de idéias. Na mesma perspectiva, Figueiredo (1994) aponta que “as dinâmicas de criatividade e sensibilidade são formas de obter espontaneamente informações e representações objetivas dos clientes, acerca de seu estilo de vida”.

Estas técnicas oferecem uma integração maior entre a pesquisa e os participantes do estudo. As técnicas, os registros escritos e a gravação, além de captarem o conteúdo verbal, vão deixar transparecer o conteúdo não verbal. Isso é uma forma de captar a comunicação e as relações interpessoais e, também, uma, forma de construir a história das pessoas envolvidas, mediando esta atuação dialogada.

Os registros realizados desta forma têm a intenção de se constituir como recurso facilitador e possibilitar um maior número de dados, garantir uma maior riqueza de detalhamento numa tentativa de trazer à tona a realidade vivenciada e, também, diminuir a subjetividade existente em qualquer processo de relações interpessoais, uma vez que criar necessidades e dar-se conta dos fatos é o primeiro passo para que as pessoas possam modificar o processo saúde-doença. Deve-se ter em mente que, por mais completa e descritiva que seja uma observação e seu registro, ocorrerá sempre uma defasagem entre a ação experienciada pelas imagens e a ação executada, pois sempre passará pelo filtro pessoal. Essa defasagem na mente ocorre, pois esta só registra o que interessa. Deleuze (1996, p.58) diz: “perceber é subtrair da imagem o que não interessa; sempre há menos na nossa percepção”.

Através destas técnicas, o cuidado construtivo foi prestado ao enfermeiro que apresentou situação de sofrimento. O cliente-enfermeiro e o pesquisador-cuidador foram quem direcionaram o como “fazer” para que a situação de sofrimento vivenciada fosse



modificada (apenas tomar consciência, alterada em parte ou alterada totalmente, possibilitando desenvolver um novo estilo de vida, ou simplesmente nada ocorrer). As situações de sofrimento apresentadas pelos enfermeiros foram cuidadas em comum acordo, de maneira que o cuidado construtivo permitiu uma nova construção de seu discurso, dando um novo significado, mudando o sofrimento e ou agravo da saúde para um viver mais saudável, prazeroso e feliz, criando uma perspectiva de nova *gestalt*. A cada encontro foi solicitado relato do que mudou, desde o início do cuidado. Os registros serviram para mostrar as ações seguintes para o próximo encontro.

O primeiro contato com o enfermeiro foi de grande e fundamental importância, uma vez que este é quem permitiu os outros encontros. Este serviu para formar vínculos, necessários para o transcurso do processo de cuidar; permitiu aos sujeitos assistidos terem a segurança necessária para esta atividade, bem como para entenderem os objetivos propostos. Deve-se estabelecer empatia, como necessidade psicológica de interação, para facilitar a relação do cuidador-pesquisador com os enfermeiros. Neste momento, não foi pré-determinada nenhuma ação, ficando por conta dos enfermeiros e da situação a ser configurada. Nesta etapa não foram gravadas as falas. Este encontro serviu para os agendamentos dos futuros encontros, marcando hora e local, número de elementos que iriam participar e outros requisitos que foram necessários para a realização do processo de cuidar.

Aqui, as anotações de campo constituíram-se, fundamentalmente, na descrição de todas as manifestações observadas nos sujeitos, bem como das circunstâncias que nos rodearam e fizeram parte da contextualização. Foram feitos os registros das reflexões, derivadas da observação da situação vivenciada, imediatamente após o término do encontro. A exatidão das descrições é considerada requisito fundamental e essencial desta prática. Sempre que possível foi mantida uma descrição fidedigna do contexto e situações experienciadas.

Ludke & André (1986, p.31) denominam a parte reflexiva das anotações, que consta de notas teóricas e notas metodológicas (parte descritiva e reflexiva).

Para estes registros, foram utilizadas as **Notas de Campo**, as quais foram preenchidas diariamente, após a saída do local. A parte descritiva compreende o detalhamento dos eventos presenciados no processo de cuidar, de forma a caracterizar os

sujeitos, locais, eventos especiais, atividades e comportamento do cuidador com os sujeitos no processo de cuidar. Aqui, também, são incluídos registros de diálogos (gravados), transcrevendo as fitas, usando-se as palavras próprias dos interlocutores.

A parte reflexiva diz respeito às observações pessoais do cuidador feitas no transcorrer do cuidado, incluindo sentimentos, percepções, especulações, problemas, facilidades, idéias, impressões, pré-concepções, dúvidas, incertezas, decepções, etc.

As notas de campo (uma adaptação de Bogdan e Biklen, 1982 apud Patrício, 1994) foram registradas da seguinte forma: a) **parte descritiva** - são os registros de campo ou também chamados de notas de observações. Aqui, são registrados os eventos experienciados, avaliação, visão, fala, silêncios, tiques, entre outros; b) **parte reflexiva** - é o que se chama de análise-categoria. Aqui, são registrados o surgimento de temas, notas metodológicas e a relação com o ambiente. Nas notas do enfermeiro-pesquisador, são registradas as reflexões, sentimentos, soluções, relação com a literatura, soluções de problemas, entre outros.; c) **parte complementar** - observações, notas complementares, registros de situações imprevistas, desenhos, etc...

Esta fase também caracterizou-se como a continuação da observação, do cuidado. Neste momento, programei os passos para o dia seguinte; também fiz as reflexões necessárias, sendo uma das etapas do planejamento das ações a serem realizadas a cada encontro, bem como o início da participação da cuidadora-pesquisadora.

A prática assistencial (cuidar-pesquisando) que foi realizada junto aos sujeitos não teve procedimentos técnicos detalhados, previamente estabelecidos, apenas um eixo que forneceu as diretrizes para o desenrolar do trabalho, que se originou do marco conceitual sistêmico. Este referencial prevê uma ação, não de forma linear, mas de maneira circular e simultânea, de acordo com o desenrolar de cada situação, portanto um cuidado construtivo.

O cuidado construtivo permite a observação participante, que é concebida não só como um instrumento de captação de dados, mas, também como meio de modificação do meio, ou seja, possibilitando a mudança. Haguette (1987) escreve que a observação participante permite um compartilhar consciente e sistemático, conforme as circunstâncias o permitam, nas atividades de vida e, eventualmente, nos interesses e afetos de um grupo de pessoas.

#### 4.5.1. Organizando e analisando os dados

Os dados quantitativos, resultado dos achados dos encontros, oriundos da Prática Assistencial, foram trabalhados com a categorização das temáticas numa adaptação de Minayo (1992 e 1996), tendo realizado duas leituras: a) a primeira efetuada logo depois das transcrições das fitas no diário de campo, realizada um dia após cada encontro que de início, serviram para levantar os dados mais emergentes destes encontros e servindo, concomitantemente, para o agir da cuidadora-pesquisadora, durante a prática assistencial, subsidiando o processo do cuidado construtivo; b) e a segunda, após releitura destes dados no diário de campo, buscando a temática dos encontros, categorizando-os, uma vez que assim pôde-se além da categorização, evidenciar os discursos diretos, ocorrendo o agrupamento dos dados, buscando reunir semelhanças para a elaboração do texto final, inserindo-se desta maneira, as melhores falas que ilustrem os aspectos relevantes evidenciados nos achados referentes à temática.

Assim procedendo, as categorias resultantes desse processo, ao serem analisadas mais detalhadamente, conduziram a definição do tema emergente do estudo.

Houve, dessa forma, a necessidade de um esforço de abstração para ler através dos dados e, assim, estabelecer as conclusões e relações para que se tornasse possível a proposição das explicações e interpretações. A análise apresentou-se como um processo de extrema complexidade, cujas reflexões que origina conduzem a novas reflexões, numa cadeia de séries indefinidas, contemplando cada vez mais e sempre novas explicações e interpretações.

Tendo em conta a fertilidade dos assuntos e dos dados coletados, e em decorrência de muitas limitações da própria pesquisadora, até mesmo por não querer subestimar as capacidades de análise e reflexão do leitor, acredito que as categorizações e análises realizadas, com base no referencial teórico estabelecido, constituem-se em suporte para que tais capacidades sejam mobilizadas, conduzindo à realização de novas análises que minhas limitações e premência de tempo não permitiram realizar.

Neste momento, trago Buber (1982, p. 31) para complementar meu pensamento: “não tenho ensinamentos a transmitir. Apenas aponto algo, indico algo na realidade, algo não visto ou escassamente avistado. Tomo quem me ouve pela mão e o encaminho à

janela. Escancaro-a e aponto para fora, não tenho ensinamento algum, mas lidero um diálogo”

#### **4.5.1.1. A validação dos primeiros resultados**

A validação dos primeiros resultados, obtidos da primeira leitura das notas de campo, permitiu garantir os achados e serviram também, para o processo de análise das informações de inferências extraídas das falas dos enfermeiros. Assim, pude abstrair as implicações decorrentes do que a desvalorização e o sofrimento ocasionam na existência do ser e no seu modo de agir, bem como incluir algumas falas dos atores, objetivando fornecer ao leitor algumas pistas, acerca do processo de análise, bem como da pertinência de sua classificação, permitindo a percepção do significado e dos sentimentos manifestados.

#### **4.5.1.2. Devolução dos dados**

Posteriormente, ao término do estudo, serão devolvidos os resultados finais para as instituições participantes do estudo exploratório e para o grupo de enfermeiros participante da prática Assistencial. Aqui, também, a forma de devolução será aquela que cada segmento achar mais conveniente, seguindo-se, assim, a filosofia do cuidado construtivo e do cuidar-pesquisando.

#### **4.5.2. Planejando as necessidades**

##### **4.5.2.1. A lista das necessidades para receber os atores do cuidado construtivo**

Esta etapa serve de preparo para os encontros. É uma forma de planejamento, e uma preocupação para que tudo possa sair bem para os atores do processo.

- a) captação dos sujeitos (estudo exploratório);
- b) contatos iniciais (telefônico, pessoal);
- c) negociação dos encontros, autorização para registros escritos e gravados

d) seleção de técnicas:

\* genectograma - busca de dados de identificação, pessoal, familiar e vivências;

\* técnica de colagem - liberar percepções, sentimentos - pergunta orientadoras - qual o significado de ser enfermeiro para você? Necessita-se papel ofício, revistas, cola, canetas coloridas;

\* técnicas de dinâmica de grupo (auto-conhecimento, exercício de motivação, tipos de participantes de um grupo);

\* entrevista (perguntas norteadoras - o que pode me contar sobre sua história? Quais as motivações e/o desmotivações no seu dia-a-dia? O que gosta de fazer no seu dia-a-dia? O que não gosta de fazer no seu dia-a-dia? O que dá prazer e o que dá desprazer no seu dia-a-dia? Você se sente desvalorizado? Como os papéis, as responsabilidades e a autoridade são desempenhados na sua família? Como é o ambiente de trabalho? O que afeta seu trabalho positivamente e o que afeta negativamente? Como você se sente frente ao produto do seu trabalho, sua criatividade, sua autonomia, seu reconhecimento? Como foi a escolha da profissão? Quem é o enfermeiro e o que ele pode fazer para sua família? Qual a participação política, social e técnica do enfermeiro junto à comunidade? O que é enfermagem? Qual o significado da enfermagem como profissão? Qual a participação da família na situação de desvalorização/valorização profissional do enfermeiro? O que causa sofrimento no seu trabalho? Qual a posição sua em relação ao porquê da enfermagem ser ainda desvalorizada?

Estas questões foram levantadas como uma forma norteadora e fizeram parte do meu diálogo e, muitas vezes, permearam as dinâmicas e as técnicas utilizadas no processo de cuidar (saliento, também, que nem todas as perguntas foram realizadas, pois quem conduzia a entrevista eram os atores do processo).

e) Materiais e equipamentos (aparelho de som, fitas de relaxamento, gravador, fitas K7, sala para os encontros, mesa, cadeiras, sofá, papel ofício, xerox, lápis, borracha, canetas azul, preta e coloridos, lápis de cor, apontador, cola);

f) Alimentação e material (chimarrão, cafezinho, bolachas, salgadinhos, torta, água mineral, refrigerante, copo, xícara, talheres, pratos, guardanapo, toalha, presentes, cartões) tanto para os encontros individuais como o coletivo;

g) questão inicial dos diálogos a cada início dos encontros - O que gostaria de fazer hoje? Como gostaria de ser cuidado hoje?

h) avaliações parciais ao final de cada encontro;

i) avaliação final do grupo;

j) observação dos preceitos éticos.

Após cada encontro, foi feita a transcrição e análise dos conteúdos, para que servissem de guia aos encontros subsequentes. Houve um momento desta análise e reflexão, que foi conjunto com o enfermeiro, a cuidadora e a orientadora. A análise destes encontros foi efetivada com base na análise de conteúdo, que segundo Bardin (1979) “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Richardson (1988) refere algumas aplicações da análise de conteúdo e dentre estas a análise de estereótipos sociais, culturais e raciais. Também fizeram parte deste momento as anotações do diário de campo e por fim, a análise do marco aplicado junto a enfermeiros que estavam vivenciando situação de sofrimento por desvalorização da profissão enfermagem, através do cuidado construtivo.

Como o processo é cuidar-pesquisando, é feita a comunhão da análise qualitativa e quantitativa e a experiência vivenciada durante o processo de enfermagem. Para tanto, a validação de algumas informações e ações são de fundamental importância, pois estas garantem o rigor dos registros, bem como favorecem o processo de cuidar. Penso que em dois momentos este processo de validação seja importante: durante o registro dos achados e após a análise dos dados, de maneira que o processo seja desencadeado por: buscar informações, analisar/refletir e abrir para outras colocações.

#### **4.6. Pensando, Refletindo Sobre o Componente Ético no Percurso Metodológico**

Todos os profissionais devem ter a preocupação e o conhecimento básico dos princípios éticos para sua *práxis*. Estes princípios são um tanto complexos e sua aplicação em algumas situações acabam por se tornar um dilema para qualquer ser humano.

A integridade ética da profissão, bem como a integridade do ser humano e da vida devem ser mantidas e respeitadas. A integridade ética da profissão deve ser mantida

através de avaliações sistemáticas (nos setores, com as chefias, e com programas de avaliação institucional). O profissional deve se questionar em relação aos seus atos e atitudes, se os mesmos estão condizentes com os princípios básicos da ética em relação ao paciente, à família, a outros profissionais, com a sociedade, com o planeta e consigo mesmo.

O pensar, o agir e o raciocínio ético do profissional enfermeiro são indispensáveis para que este possa guiar seus passos, sua vida pessoal e profissional. Não se pode dissociar o profissional do homem. O ser humano é único e indissociável. É um todo, com “partes” peculiares, que devem ser respeitadas ao longo da vida.

A ética na enfermagem, entre outras coisas, questiona a conduta, os valores, a postura e obrigações de cada profissional. Estes princípios devem ser norteadores para aplicações clínicas ou de trabalho multiprofissional. A ética na enfermagem busca refletir sobre a gama de valores, conflitos profissionais, conflitos morais, além dos institucionais.

Neste sentido, o profissional enfermeiro deve refletir quais são os interesses do cliente, seus valores, hábitos, crenças e costumes. Deve o profissional refletir também sobre quais são seus valores profissionais e pessoais, bem como seguir os princípios éticos e legais das instituições e da sociedade.

Agir assim, oportuniza ao enfermeiro uma tomada de decisão mais firme e embasada em normas legais, diminuindo seus dilemas em relação à conduta profissional.

A ação de enfermagem necessita garantir a autonomia do cliente, dos outros profissionais e das instituições. O cuidado de enfermagem deve ser o de valorizar cada vez mais a vida. O cuidado de enfermagem permite garantir a integridade, tanto de quem recebe, como de quem presta o cuidado.

Neste sentido, Hudack e Gallo (1997, p. 96) escrevem que “respeitar a autonomia é tratar o outro com respeito e respeitar o plano de ação que ele escolhe. O princípio da autonomia origina a regra ou a doutrina do consentimento informado. A obrigação, o dever do enfermeiro em relação a observância deste princípio, é perceber que o paciente ou seu responsável são verdadeiramente autônomos, antes que seja tomada uma decisão de assistência à saúde”.

Na realidade, o profissional de enfermagem precisa ser cômico sobre o respeito e o

respaldo ético em sua atuação. Isto é, para que o serviço, a tecnologia, o avanço científico possam valorizar a qualidade de vida de todo e qualquer ser humano.

De acordo com Garrafa (1995), o termo ética vem do grego *ethos* e quer dizer “modo de ser” ou “caráter”, no sentido similar ao de “forma(s) de vida(s)” pelo homem. Este mesmo autor, ainda, escreve que, para os gregos, o vocábulo *ethos* indica o conjunto de comportamentos e hábitos constitutivos de uma verdadeira segunda natureza do homem.

Neste sentido, Pessini & Barchifontaine (1997, p.76) trazem que a origem do vocábulo ética, vem do grego *éthos* e tem duplo sentido: “morada e caráter”. Enquanto morada - a morada do ser- e ao entrar em conflito com *éthos* ou tentar abandonar seus princípios, o homem se sente perdido, se sente despejado de sua morada, fica fora de casa. Enquanto caráter, isto é, um modo de ser adquirido, é uma espécie de segunda natureza.

Este dois autores escrevem, ainda, que o homem está mergulhado na experiência ética ou moral. Ele vive no meio de ambigüidades, de conflitos. Este homem poderá adotar esta ou aquela moral, mas jamais poderá viver sem ela. O fenômeno ético é universal por ser humano.

Completando esta questão de origem da ética, Gelain (1998) em seus escritos, nos traz que o grego possui dois vocábulos para significar caráter e costume. O caráter é representado por *êthos* e costume, por *ethos*.

Embora sendo a ética de natureza humana, não é demais lembrar este ser humano desta sua natureza. É igualmente importante lembrar esta questão ao profissional, principalmente aquele que labuta na área da saúde, uma vez que, freqüentemente, ocorrem inquietudes que perpassam seu cotidiano na vida laboral.

Durante sua atividade profissional, muitos profissionais se defrontam com experiências que exigem todo discernimento e o agir deste profissional deve ser pautado em um comportamento ético e em legislação específica, como os códigos de ética.

Gelain apud Weiss (1997) ao falar sobre ética, diz que ela poderá ter um caráter normativo, quando formada por um conjunto de normas que regem os atos; e existencial, quando se preocupa com a realização das potencialidades do ser humano; social, quando tem o compromisso com o bem estar comum, legitimador, validando o cotidiano; idealizante, quando moralista, abstrato-irreal ou problematizador que questiona, liberta e



preocupa-se com o bem estar comum.

Os padrões éticos são determinados historicamente e culturalmente. A ética nos permite pensar nossa existência, nossas práticas cotidianas (Weiss,1997). A postura ética deve permitir distinguir caminhos corretos e caminhos que levem à felicidade.

Então, o caminho da produção de conhecimento precisa ser permeado pela ética. O processo deste conhecimento (projeto, planejamento, divulgação e utilização dos resultados) necessita vir embasado por todas as ações éticas. Então, ética é um compromisso social, profissional e científico.

Na atividade profissional, nos deparamos com várias situações que exigem o discernimento, fundamentado na ética enquanto comportamento, legislação ou códigos.

Por que falar de ética, então? Respondendo a esta indagação, é bom lembrar de Henri Atlan *apud* Santin (1995), quando diz que existe um velho sonho da humanidade: o da união da lei moral com a lei natural, o de um mundo em que o bem se confundisse com a verdade. Santin (1995) escreve que a ética conduz para o vivido, isto é, as maneiras de viver, o que se denomina de costume. Aquilo que se faz porque acreditamos que é assim que se vive. O que se vive é a concretude daquilo que sentimos. Viver é realizar o sentir. O querer viver e o saber viver devem ser as grandes fontes inspiradoras de toda atividade nas áreas da educação e saúde.

Sabe-se que situar a abordagem da ética a uma simples descrição, não elimina a complexidade do tema que a situação ética comporta e isto não é tarefa fácil e nem facilmente sistematizada. A ética diz respeito aos fundamentos que regem as relações do indivíduo consigo mesmo, mas, especialmente, as relações entre os homens. Retornando Santin (1995), salienta que o homem moderno sente a necessidade de pensar uma eticidade capaz de fundar cientificamente a moralidade da vida humana.

Corroborando com essa idéia, Albert Eistein<sup>11</sup> dizia que “sem cultura moral, não há nenhuma saída para os homens”. A ciência deve avançar, porém a ética deve ser uma fiel seguidora de seu passos. Assim, a ciência (o conhecimento) e valores estão inevitavelmente vinculados na ação. Aí reside o problema ético: ele diz respeito ao modo de ser do homem.

---

<sup>11</sup> Seleções. Rooler's Digest, novembro 1998, Rio de Janeiro, 56º Ano em Português.

Gelain (1998) escreve que são frequentes as discussões sobre ética, moral, deontologia, e ultimamente, sobre bioética. Esta discussão muitas vezes, não fica restrita aos meios científicos. Refletimos, neste momento, como está sendo discutido este tema na família? na enfermagem? na sociedade?

Gelain (1998) aponta que as questões éticas são discutidas sobre os seguintes modelos: o tradicional, o legitimador, o renovado, o idealizante, o social, o problematizador e o estético. Este autor escreve, ainda, que, pelo menos no discurso, a questão da ética, faz parte de grande preocupação dos profissionais de enfermagem e da sociedade em geral. Os modelos éticos não salientam mais apenas a visão normativa e sobre as questões de legislação. A forte tendência atual é ver a ética sobre a ótica do modelo solidário, problematizador, com ênfase da cidadania.

Para finalizar esta breve revisão bibliográfica, saliento o que Santin (1995, p. 30) escreveu: “O querer viver e o saber viver devem ser as grandes fontes de inspiração de toda a atividade nas áreas de educação e da saúde”.

Neste estudo, a questão ética teve um enfoque normativo, existencial, social e problematizador. Assim, pude ser crítica e, sendo crítica, possibilitei a promoção e previ a participação dos atores e, com isso, exercitamos a liberdade. Através do Cuidado Construtivo baseado na ética, foi resgatada a importância do sujeito, tendo como objetivo o seu bem - estar, portanto, a felicidade, possibilitando aliviar seu sofrimento.

O caminho metodológico baseado na ética permitiu relações de reciprocidade e, com isso, evitei qualquer tipo de relação dominadora. Não foram negligenciado os aspectos éticos e legais que envolvem o cuidado de enfermagem. Agindo assim, com proteção aos sujeitos, garantindo o anonimato, a dignidade e o bem-estar, agi dentro da ética.

No que se refere às questões éticas, foi previsto e garantido o sigilo das instituições participantes bem como o sigilo e o anonimato da identidade dos sujeitos. As informações que estão sendo divulgadas foram com prévia autorização dos mesmos. Para tanto, foram previstos documentos como: carta solicitação (autorização) para as instituições, termo de aceite do enfermeiro, carta convite e autorização para gravação (Anexos 3 e 4). Após a transcrição e análise dos dados, as fitas serão apagadas e/ou destruídas, para garantir maior segurança dos participantes. Nas fitas, será quebrado o lacre evitando-se a reprodução das mesmas. A conduta deste estudo norteou-se pelo código de ética e deontologia da

enfermagem.

Estes, por sua vez, estão baseados nos postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra da Cruz Vermelha (1949), contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953) e no Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem (1975), contendo ainda referencial do Código de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976) e as Normas Internacionais e Nacionais sobre Pesquisa em Seres Humanos - declaração de Helsinque, 1964, que teve sua revisão em Tóquio, no ano de 1975 - e na Resolução nº 01, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, 1996. Gelain (1998).

Como enfermeira, também respeitei o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem) de 1993. Ressaltarei alguns artigos:

#### **“CAPÍTULO II - DOS DIREITOS**

*Art.14* - Atualizar seu conhecimentos técnicos-científicos e culturais.

*Art.15* - Apoiar as iniciativas que visem o aprimoramento profissional, cultural e a defesa dos legítimos interesses da classe.

#### **CAPÍTULO IV - DOS DEVERES**

*Art.29* - Manter segredo sobre o fato de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei.

*Art. 35* - Solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em enfermagem, mediante apresentação da informação dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato, do respeito a privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação, no momento que desejar.

*Art.37* - Ser honesto no relatório dos resultados de pesquisa.

*Art. 38* - Tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração.

## CAPÍTULO V - DAS PROIBIÇÕES

*Art. 54 - Publicar trabalhos com elementos que identifiquem o cliente, sem a sua autorização.”*

Em relação ao Art.35, como foi verbalizado anteriormente, foi solicitado o consentimento por escrito , para aplicar o estudo exploratório nas instituições, bem como o consentimento dos atores, por escrito ,de sua adesão ao trabalho, a autorização para gravação de fitas. Foi explicado para as instituições e para os sujeitos do estudo a natureza do trabalho, como seria desenvolvido, seus objetivos e os direitos e deveres dos participantes.

Aqui, ressalto que ,de sete sujeitos, que inicialmente iniciaram o processo da prática assistencial, 4 declinaram. Mas isso foi um dos direitos assegurados aos participantes. Outro impasse, neste sentido vivenciado por mim foi que um dos atores não pode participar , pois seu cônjuge não achou conveniente sua participação. Entendemos esta situação e a respeitamos como um valor importante da relação conjugal.

Um conflito ético vivenciado, por fim, foi a constatação do desrespeito pela profissão. Penso que, neste sentido, este trabalho por ter sido pautado pela função da ética, enquanto problematizadora, deve ajudar a alterar estas condições. Outro encaminhamento, nesta questão, foi poder ouvir os enfermeiros em situação de sofrimento, ter sido continente com essa dor. A ajuda que o Cuidado Construtivo permitiu foi aumentar a estima, sendo, um dos meios por mim equacionado para ajudar este colega.

Em relação às fitas gravadas, este conflito ético foi equacionado da seguinte maneira: as transcrições foram feitas por mim. E foi assegurado aos participantes que, quando acabar o estudo, vamos nos reunir para incinerar o material gravado e as entrevistas.

Também, durante os encontros, os enfermeiros, questionaram-me sobre o que eu estava obtendo de informações. Neste momento, foi levado ao conhecimento dos mesmos as informações da pré-análise efetuada, até aquele momento, do encontro coletivo e, com isso, pudemos validar as informações e verificar se havia algo a ser subtraído. Posteriormente, foi garantido levar ao conhecimento dos informantes a análise dos dados finais.

Dessa forma, acredito que o meu agir com os colegas e a profissão, pautou-se dentro

de um referencial ético.

Para finalizar, trago um trecho da Declaração de uma Ética Global<sup>12</sup>:

“Somos interdependentes. Cada um de nós depende do bem-estar do todo e por isso temos respeito pela comunidade dos seres vivos, pelas pessoas, animais e plantas, e pela preservação da terra, do ar, da água e do solo.

Assumimos a responsabilidade individual por tudo o que fazemos. Todas as nossas decisões, ações e falhas no agir têm conseqüências.

Devemos tratar os outros como queremos que os outros nos tratem. Nós nos comprometemos a respeitar a vida e a dignidade, a individualidade e diversidade, de modo que toda pessoa seja tratada humanamente, sem exceção (...), inclusive ela mesma”.

---

<sup>12</sup> Trecho extraído do artigo Declaração de uma Ética Global. Parlamento das religiões Mundiais. Reunião realizada em Chicago, em 28 de agosto a 5 de setembro de 1993. In: **O MUNDO DA SAÚDE - Bioética**. São Paulo: ano 23.v.23.n.5-setembro/outubro de 1999.

**Nada se pode ensinar ao homem  
Apenas ajudá-lo a descobrir  
dentro de si mesmo.**

**(Galileu Galilei)**

## **V – PROCESSO CUIDAR-PESQUISANDO CONSTRUTIVAMENTE COM ENFERMEIROS QUE VIVENCIAM SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO DA PROFISSÃO ENFERMAGEM**

### **5.1. Os Encontros - Recebendo os Atores e Aplicando o Cuidado Construtivo**

Neste item apresento como foi aplicado o cuidado construtivo e a prática assistencial, suas etapas (descrição) e como se desenvolveu a relação entre cuidador-pesquisador e o enfermeiro em situação de sofrimento. Início pelo relato do primeiro encontro com todos os sujeitos e, posteriormente, dos demais encontros. Apresento as técnicas utilizadas e algumas situações que possam exemplificar o marco e o tema proposto. Relato situações que representam o cuidado construtivo. Os diálogos, aqui apresentados, dos atores deste estudo, são transcrições literais.

#### **5.1.1. Contatos preliminares - o telefone**

O cuidado construtivo iniciou com o contato telefônico a todos os participantes.

**Enfermeiro 1 – CP (cuidador-pesquisador):** Boa tarde, aqui quem fala é a Enf<sup>a</sup> Ana, tudo bem?

SU: Sim.

CP: Acabei de verificar o questionário respondido por você neste hospital e encontrei o seu com identificação e, então, gostaria de saber qual o horário e local que eu posso conversar a respeito da proposta?

SU: É , ah! aqui no serviço ou fora dele?

CP: Se for permitido , poderá ser no seu serviço, neste momento eu gostaria de fazer uma breve explanação da proposta. Isso não demoraria mais que 5-10 minutos.

SU: Sim, temos oportunidade de conversar por alguns minutos em meu serviço.

CP: Então, a que horas e dia posso te ver?

SU : Amanhã, às 16 horas.

CP: Muito bem. Até lá!. Boa tarde. Desde já agradeço a sua disponibilidade e contribuição. Tchau!

**Enfermeiro 2-** CP: Olá, aqui é a Enf<sup>a</sup> Ana, tudo bem?

GI: Sim, tudo e você?

CP: Bem, obrigada. Estou com seu questionário em mãos, gostaria de marcar um horário para nós conversarmos.

GI: Sim, aqui no serviço ou fora dele?

CP: Se sua instituição permitir poderá ser em seu local de trabalho, pois, neste momento, teremos uma conversa entre 5-10minutos, para que eu possa explicar a proposta de trabalho.

GI: Olha, Ana, me faça um favor deixe seu telefone que eu ligo depois.

CP: Ok? Sim, mas seria pedir-lhe demais, que você retornasse a ligação até a manhã às 10 horas?

GI: Claro que sim. Muito bem, te aguardo.

O enfermeiro retornou a ligação e marcamos o encontro para o outro dia, no seu local de trabalho.

**Enfermeiro 3 - CP:** Oi! aqui quem fala é a enf<sup>a</sup> Ana.

MA: Oi Migott! Amada , estou numa reunião, você pode me ligar para o hospital à noite?



CP: Posso, e isso é permitido?

MA: Sim, sim.

CP: Então a que horas?

MA: Às 21h30min é um bom horário.

CP: Então até lá. Desculpe esse atrapalho.

A reunião foi agendada para o dia seguinte, em sua casa às 15h30min.

Chamei esta fase de encantamento e enamoramento, sendo de muita importância para entrada em campo e desenvolvimento do trabalho. Minayo (1996) chama esta fase de entrada de campo, onde devemos buscar uma aproximação e esta aproximação pode ser facilitada através do conhecimento da população alvo ou conhecimento de situações e/ou de pessoas que se relacionam com a população alvo (no meu caso a grande maioria dos locais de trabalho dos enfermeiros são campos de estágios dos alunos de graduação de Enfermagem da UPF; muitos foram meus alunos e, também, já havia realizado o estudo exploratório anteriormente).

Para Patrício (1999), nos estudos de campo, é necessário todo um processo exploratório especial para dar subsídio à entrada de campo, à permanência e à saída deste. “Esses momentos são chamados, enquanto processo, **Entrando no Campo, Ficando no Campo e Saindo do Campo**” (Patrício; 1991; Patrício et al.,1993). Estes momentos são interligados e constantes, diferenciando-se, apenas, por particularidades específicas. Dependendo do tipo de estudo, o tempo e os momentos requeridos podem variar.

Minayo (1996) diz que se deve ter uma aproximação gradual. É importante consolidarmos a relação de respeito efetivo, pautada na ética, pelas pessoas e pelas manifestações no interior do ambiente estudado. Esta autora, destaca a importância da apresentação da proposta do estudo e isso é uma forma de estabelecer trocas, esclarecer sobre o que se pretende estudar e as possíveis repercussões favoráveis advindas do processo de estudo.

## 5.2. Os encontros - desenvolvendo o Cuidado Construtivo

No período de setembro a dezembro de 1999, os encontros seguiram o seguinte cronograma: um (01) contato telefônico e um encontro pessoal – entrada em campo; em sequência cinco (5) encontros individuais com cada um dos enfermeiros. Ao término dos encontros individuais houve um (01) contato telefônico com a finalidade de realização de “*full up*”. Passarei a descrição dos encontros:

### 5.2.1. Primeiro Encontro - A confirmação do namoro

#### 5.2.1.1. Atriz SU

Codiname SU, carinhosamente por mim denominada de **a cozinheira** (estava sempre falando em comida, pedindo receitas, afirmando que adora cozinhar e, também, gosta muito do período noturno).

Os encontros com SU foram realizados no mês de setembro. O primeiro encontro foi na casa da enfermeira (a seu pedido) e os outros, na sala de reuniões de meu consultório, onde se dispõe de um ambiente com sofás, mesa, cadeiras, som ambiente, entre outros recursos. Este primeiro encontro teve duração de 1h10min.

SU, em nosso prévio contato, foi quem sugeriu a sua casa para o 1º encontro. Ao chegar em sua casa percebi que estava muito bem organizada, ao fundo, no aparelho de som, música de relaxamento e um chimarrão pronto à minha espera. Contou-me, alegremente, que a aquisição do seu apartamento era recente. É um apartamento de bom gosto, bem decorado. Inicialmente, recoloquei brevemente a proposta, falei da gravação e dos registros, solicitei um codiname, bem como foi solicitado autorização por escrito (Anexo 4) e, prontamente, a enfermeira o assinou. Ficou esclarecido, ainda, que talvez nesse momento o cuidador- pesquisador tivesse um papel mais ativo na condução da relação. Tudo esclarecido, iniciamos nosso diálogo.

CP (cuidador-pesquisador): SU, o que você gostaria de fazer? De conversar...?

SU: Eu não sei (alguns segundos de silêncio). Um suspiro, risada. Tu que escolhes.

CP: Repeti a pergunta - tens alguma coisa que queiras fazer ou conversar, agora?

SU: Silêncio. Não, prefiro que você me peça.

CP: Ok! então vamos lá. Fale-me sobre suas respostas ao questionário entregue no hospital.

SU: Ah! vou começar por essa questão aqui. A nossa profissão é mal remunerada porque..., sabe, eu sempre digo: não se vive de filantropia. Eu acho que tem que se doar, é uma doação, né? Só que tu tens que ser remunerada. Porque é tua profissão, não pode fazer tudo de graça, e as pessoas, né, a própria administração, a entidade, enfim... Parece que a enfermagem tem que fazer mais do que qualquer um que esteja ali dentro. Tem que cuidar o pessoal da sanificação, da lavanderia, o pessoal do não sei o que, não sei o quê... Mas teu salário é X, o resto faz, porque tu tens que fazer, e eu acho que isso não é correto. Então, a partir daí, é uma coisa que te cansa.

CP: E o que faz para aliviar o cansaço?

SU: Riu. Sorveu um gole de chimarrão e disse: Olha só, eu mesma na CTI, não consigo pegar um exame, sentar-me para dar uma olhadinha, analisá-lo, se não sei, eu pergunto. Só que, muitas vezes não sobra tempo. Então, tu tens que pegar o exame, ciente que tu tens que colocar na pasta, avisar o médico. Tu tens que estar ciente que tens N coisas para fazer. E, na realidade, não é, e tu tens que pensar, só que não sobra tempo para pensar. Esta parte fica bem diferente, tu saís apagando incêndio. Somos mal remunerados, somos um “faz tudo”, e isso me impede de trabalhar bem mais com o paciente, com a família, com o funcionário, e acabo no sentimento de desvalorização. Daí não se pensa. Claro, como se pode ter cabeça para conversar com alguém?

O relato acima, mostra a situação de desvalorização da profissão. Mostra como a colega maneja o cansaço e a falta de valorização da profissão - não permitindo (negando), bem com evidencia o início do cuidado construtivo, partindo sempre da necessidade emergente, e quando isso não é possível, o cuidador-pesquisador assume, temporariamente, a posição mais ativa, mas logo que puder devolve o comando ao cliente. Esta ação-reação, fala e escuta que se transforma em ação-reação, vai moldando o percurso.

De acordo com Cruz Neto (1996) *apud* Minayo (1996), é preciso ter em mente que a busca de informações deve estar inserida num jogo cooperativo, onde cada conquista baseia-se no diálogo e que foge a obrigatoriedade. Concordo com o autor acrescentando que deve basear-se, também, na reciprocidade da relação, mediada pelo diálogo.

A nossa conversa prosseguiu. Como cuidador-pesquisador assumi o papel de ouvinte, pois percebi que, neste momento, o enfermeiro necessitava deste cuidado, ele sentiu a necessidade de falar, de expressar seus sentimentos, como ele mesmo verbalizou – “conversar com quem?”. Além disso, a ação não verbal (música de relaxamento ao fundo, chimarrão ...). Senti que o cuidado, aqui, seria escutá-la, de mostrar continência pelas falas e manifestações do cliente. Assim, consolidou-se uma relação de respeito, de reciprocidade.

Enquanto o diálogo transcorreu, veio-me à mente a figura do diagrama 2 (anteriormente apresentado), porém me pareceu que estava na hora de mudar alguma coisa, ao realizar as nota de campo surgiu um outro esquema decorrente do nosso primeiro diálogo traduzido no diagrama 3.

**Diagrama 3**

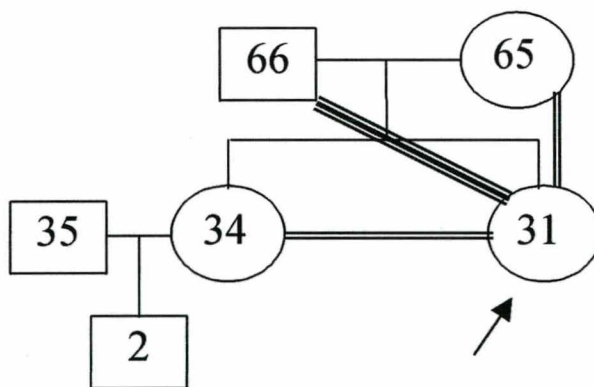


Percebi que no diagrama 3, ocorreu um evolução no cuidado construtivo. Nele, observei a influência do meio, a expressão da ação-reação, a evidência da escuta como ponto forte do cuidado e a maneira como o ser humano gerencia seus conflitos (vivendo mais saudável, alterando situações ou vivendo não tão saudavelmente - negando as situações e, portanto, mantendo um padrão de conduta). Ocorre uma acentuada ratificação do modelo circular proposto, sempre mediado pelo diálogo, o que fornece elementos para o plano de ação. A circularidade foi pautada pela reciprocidade da ação-reação.

Neste momento, embora, prematuramente, creio evidenciar os conceitos do meu marco.

O cuidado construtivo continua, através do diálogo. Para que o cuidador-pesquisador possa fazer a escuta, ele necessita de mais elementos e conhecimentos acerca do cliente. Como essa aproximação deve ser leve, harmoniosa e gradual, foi solicitada a elaboração do genograma<sup>13</sup> familiar do enfermeiro. Penso ser uma técnica adequada para início de coleta de dados, principalmente, àquelas questões que necessitam ser resgatadas.

Ao enfermeiro foi explicada a técnica do genograma. Foi fornecido o material necessário. Enquanto fazia esta apresentação gráfica, comentou:



Pai = torneiro mecânico – 1º grau  
Mãe = comércio (aposentada) – 1º grau

Família com:

- ênfase aos estudos
- família apoiadora
- família que estimula a segurança

<sup>13</sup> Os genogramas para McGoldrick & Gerson (1995;1996) são retratos gráficos da história e do padrão familiar, mostrando sua estrutura básica, a demografia, o funcionamento e os relacionamentos. É um mapa orientador e há espaço para indicar fatos importantes da vida da pessoa e das relações. Dá pistas sobre a maneira como as pessoas estão conectadas à sua própria família e sobre seus respectivos papéis. Ele pode ser utilizado para mapear as diferentes fase do ciclo vital das pessoas. Serve para coletar dados. (CARTER, Betty & MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2ªed. PortoAlegre: Artes médicas, 1995).



SU: Seria interessante que, no meio dessas duas meninas, viesse um menino.

CP: Gostaria que tu pudesses me explicar isso que foi pontuado?

SU: É assim, porque eu acho que a idéia de meu pai, que é torneiro mecânico, que a idéia dele sempre foi que seria bom que tivesse um menino, alguém para ajudar ou, então, alguém para assumir um pouco as funções.

CP: De onde vem essa idéia? Você escutou isso alguma vez?

SU: Isso não. É uma sensação, é algo que eles nunca falaram, mas isso me passa pela cabeça.

CP: E você nunca comentou com seus pais esse sentimento, essa sensação?

SU: Nunca comentei com meu pai isso, com a mãe acho que sim. Mas ela não deu bola, não deu vazão. Com minha irmã eu comentei, e ela achava a mesma coisa. A gente comentava: “que pena que nós duas não somos homens, daí tudo estaria resolvido, daí nós iríamos assumir (risos) o que já estivesse pronto, né?” Sabe, na minha cabeça já passou a possibilidade de assumir, eu até fiz escola técnica, eu não gostei, eu já conhecia a prática. Eu nunca verbalizei isso para o meu pai, lá em casa nunca foi discutido sobre profissões.

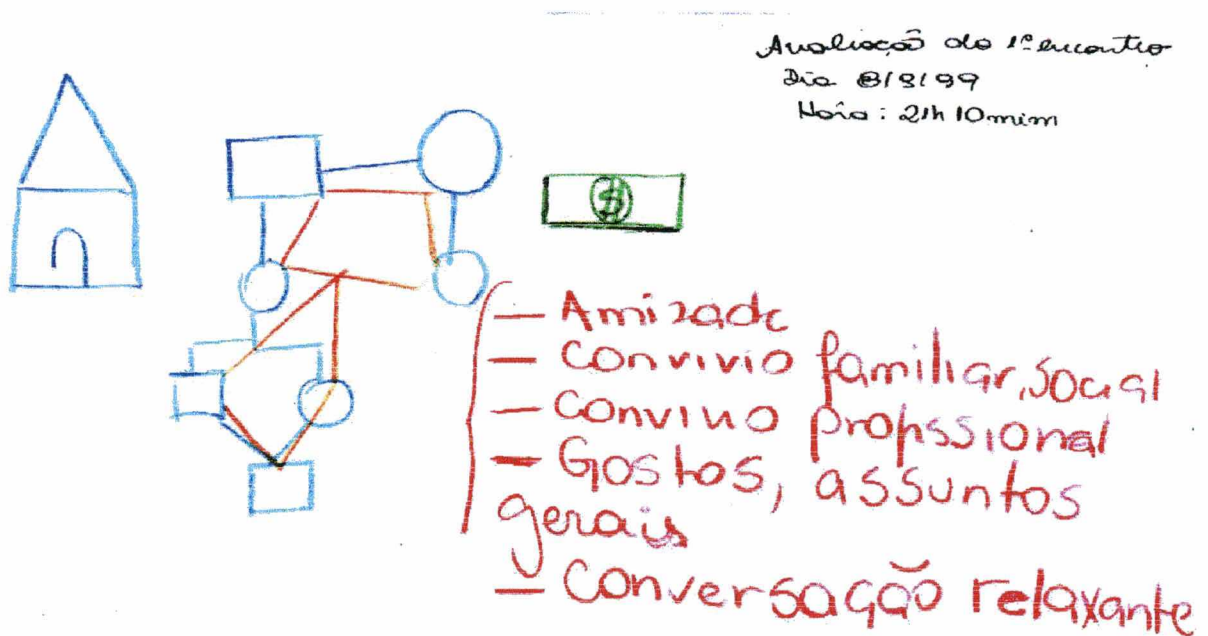
A técnica do genetograma se mostrou efetiva para o cuidado construtivo, além de permitir a vazão dos sentimentos que poderiam estar incomodando a cliente. O genetograma realimenta o circuito de informações através da demanda espontânea e/ou resgatada. É uma técnica que permite trabalhar a pessoa, as questões familiares, suas relações, seus sentimentos, os fatos importantes e sua história. Através dele, ocorreu o *joinig* (primeiros contatos) que favoreceu a aproximação, a busca dos dados de identificação (idade, sexo, posição familiar, atividades, fatos marcantes, eventos...) sem, no entanto, ser uma *anamnese* (história de enfermagem) pura e simplesmente linear. Ela permite uma reciprocidade das relações, uma maneira agradável de coletar dados e, ao mesmo tempo, também, de traçar um plano de ação preliminar das situações conflitantes e/ou serve para o sujeito ter uma reação de percepção de seu discurso ou, simplesmente, expressar algo tensionante.

O genetograma ainda favorece o diálogo, a escuta e percepção do cuidador-pesquisador, sensibilizando-o para a necessidade do tipo de cuidado que o cliente quer, necessita e de que maneira gostaria de fazer tal coisa.

Esse primeiro encontro foi organizado em torno desta técnica e, durante toda a elaboração gráfica, o diálogo ocorreu de uma maneira leve e agradável. A enfermeira, ainda, pontuou os seguintes aspectos: como se deu a escolha profissional, suas influências (familiares, amigos, moda); remuneração profissional, a solidão que o trabalho de enfermagem traz (principalmente em setores fechados); da jornada de trabalho e do regime de trabalho (exaustivo, comprometendo a vida social, os plantões, os fins de semana e feriados), a questão de dependência e independência profissional, da pouca autonomia do enfermeiro; a transmissão de valores (sobre a ética, moral, o que é bom e mau, sobre o que certo ou errado, preconceitos); da influência de uma tia que é auxiliar de enfermagem, de familiares, os quais não aconselharam ninguém a fazer enfermagem; da ordem e disciplina pertinentes à profissão.

Nesta fase do estudo, procurei conhecer mais a enfermeira, sua história, e para isso o genetograma se mostrou uma técnica eficiente, tanto para coletar dados, como para cuidar do cliente, através da escuta, podendo ser continente com sua dor. Foi possível observar seus anseios, sonhos, angústias, dificuldades e o desgaste enfrentado pela profissão.

Na avaliação desta etapa, a enfermeira escreveu a seguinte frase: **conversaço relaxante.**



**Figura 4** - Desenho representativo da avaliação parcial do 1º encontro com a atriz SU.

### 5.2.1.2. Atriz MA

Codiname **MA**, carinhosamente por mim denominada de Mister Bim Costureira (está sempre correndo de um lado para outro, trabalha em dois locais e gosta de costurar). Foram realizados cinco (05) encontros, todos em sua residência, a seu pedido, durante os meses de setembro e outubro de 1999. O primeiro encontro teve duração de 1h45min.

MA foi quem solicitou que os encontros transcorressem em sua casa, pois saía todos os dias, e que gostava de ficar um pouco em casa com sua família. Sua casa é uma construção de porte médio, estando em fase de acabamento. MA se orgulha de ter adquirido esta residência com seus dois trabalhos.

Fui recebida com um forte e caloroso abraço, nos sentamos na cozinha para realizarmos nosso encontro. MA solicitou que conversássemos um pouco antes das gravações. Esta conversa durou em torno de uns 10 minutos e foi sobre amenidades (senti a necessidade do cliente ter este espaço). Após este tempo, recoloquei brevemente a proposta, expliquei sobre a gravação e solicitei seu consentimento por escrito (Anexo 04), e ela prontamente o assinou.

Neste momento, suas filhas chegaram, fomos apresentadas e explicamos o que estávamos fazendo. Elas já estavam a par, permaneceram na sala por mais alguns minutos e, depois, se retiraram. Nosso diálogo continuou.

CP: O que tu gostarias de fazer? De conversar...

MA: Não, quero te ouvir, proponhas alguma coisa

CP: Repeti a pergunta - tens alguma coisa que queiras fazer? ou que queres conversar agora?

MA: Não (risos ). Quero te ouvir.

CP: Está bem, então me explique uma coisa: você respondeu dois questionários?

MA: Sim. Um no Hospital e outro na Saúde Pública, não quis misturar as duas coisas.

CP: Tem diferença?

MA: Sei lá. Deixa eu pensar agora: “é tem diferença...” (Silêncio). Quando você direciona uma questionário é mais fácil (Risos...) (....)



CP: Falamos, anteriormente que você prestou vestibular para medicina, e que estava preparada. Não deu certo, depois tentou vestibular para Ciências Biológicas... quem sabe começamos por aí?

MA: Na época, eu não tinha uma definição de profissão, eu sei que eu queria a área da saúde, a primeiríssima opção era Medicina, mas, em função dos vestibulares que não davam certo eu pensei nas Ciências Biológicas, em função de base para o vestibular para Medicina, mais tarde. Mas como eu fiquei decepcionada pelas reprovações fui para Enfermagem, eu passei... Comecei a gostar, mas, igualmente, na época de estudos eu não tinha idéia da coisa. Depois que eu comecei o trabalho na enfermagem (como profissional), que me envolvi com o paciente, é que vi o meu **trabalho tão importante quanto ao do médico**, acho que acabei desistindo da medicina...(risos). Mais tarde, eu voltei a fazer vestibular para Medicina. Na Enfermagem, de início, é tão a parte técnica, mas se sai do curso sem o preparo para o elo de ligação que o enfermeiro é dentro de qualquer setor. Sai do curso, com pouca base para lidar com as relações humanas, saber lidar com diferentes tipos de pessoas, diferentes funcionários, com diferentes tipos de problemas, se nós nos sentimos desvalorizados em nossa profissão imagine eles! Eu levei uns bons três anos para me sentir mais segura no trabalho, tive que ouvir muito, prestar atenção, quando os médicos chegavam com seus alunos, tive que estudar muito. Quando iniciei no setor de CTI, eu peguei muita resistência do pessoal de enfermagem mais antigo, no sentido de aceitar uma chefia mais nova. Você sai do curso com a técnica, sem preparo para as relações humanas e, no dia-a-dia, é bem diferente. A gente tem, então, mais que ouvir, eles falavam até assim: **“bah! mas você não toma uma atitude”**, parece que a gente ficava paralisada, mas isso era em função de você ter que ouvir muito, então parecia que você não fazia nada, era uma visão errada do pessoal.

CP: Ah! deixa ver se eu entendi, além destas dificuldades, o enfermeiro tem que lutar para ser aceito pela própria categoria ?

MA: Também, de início é uma batalha, depois vai. Isso é uma das coisas que eu enfrentei no hospital e a outra era ter que mandar e não apenas ouvir.

CP: Como assim?

MA: As coisas vinham desta forma, de cima para baixo, eu nunca fui de trabalhar deste jeito.

CP: E, aí, o que você fez com isso?

MA: Silêncio. Depois, em 1995, veio o 5S (programa de qualidade total) que preconiza trabalhar a pessoa como um total, isso eu sempre fazia e as pessoas me criticavam, porque eu tinha, eu mandava, mas este mandar era incomum. Eu fazia reunião, perguntava o que eles queriam, o que eles tinham de bom, quais as necessidades, sabes? De início vai com essa intenção, mas a empresa não quer isso, eles querem que você seja o executor de coisas impostas e que as pessoas sejam mandadas sem autonomia de pensar,...querem que sejamos tarefeiras. Mas..

CP: Então, estas foram as dificuldades que você enfrentou para ser enfermeira, mas também você falou que continuou a fazer vestibular para Medicina, em função do que seria isso?

MA: Era... O principal fator era o econômico sabes?

CP: Você cita no questionário que a profissão é pouco reconhecida na equipe e pouco reconhecida pelo paciente?

MA: Sim. Porque todo o trabalho que se faz junto ao cliente, o mérito sempre é do médico. No hospital, eles te dão bombom, flores e quando isso acontece, é uma festa. Mas você cuida do paciente, você trata do paciente, e é assim: “foi o doutor que me salvou”. Não foi o teu trabalho de 24 horas, todos os dias, e isso não é só mágoa do enfermeiro, é de toda uma equipe. Na CTI, na grande maioria, é o enfermeiro que detecta os problemas, o médico atua em cima, mas a resposta é “foi o médico que me salvou”.

CP: E isso afeta teu trabalho?

MA: Com certeza afeta, afeta.

CP: Como afeta?

MA: No relacionamento com a equipe, com a equipe multidisciplinar...

CP: Tentas me explicar mais isso?

MA: A competitividade e aí, eu coloco, principalmente, meus colegas enfermeiros, e isso me levou à desmotivação, ao cansaço, sabes, quando eu passava plantão e colocava sobre arritmias, elas me respondiam assim: “quem tem que saber disso é o médico e não o enfermeiro, vamos falar das nossas, coisas. “Eu tive que parar de fazer isso, engolir”.



CP: Então, seria outro tipo de desvalorização, além daquela pelo paciente ,pela equipe multiprofissional, tem a desvalorização do próprio enfermeiro?

MA: Exatamente. E você viu que eu respondi pelo Hospital e pela Saúde Pública, a mesma situação ocorre nos dois lugares.

Percebi a grande necessidade de falar desta enfermeira, por isso as intervenções foram poucas, novamente, ficou evidente que o cuidado construtivo requer uma boa dose de escuta, de ser continente com a situação, de permitir a expressão de quem tanto tem que controlar suas atitudes, pensamentos e atos e de quem ainda não é reconhecido pela sociedade. A fala desta enfermeira vem a ratificar o que encontramos na literatura, mostra uma profissão de alto potencial, mas que não é valorizada e nem reconhecida, gerando, assim, sofrimento a quem a executa.

Isto revela uma complexa realidade. De um lado, a sociedade, a equipe, mas, também, o próprio enfermeiro. Neste momento, passou pela minha mente que iniciar um trabalho pautado por metodologias mais qualitativas poderia corresponder a uma melhor compreensão deste complexo fenômeno que se apresenta, que é o sofrimento do enfermeiro.

Desta forma, ao procurar escutar a enfermeira, parece um bom método de cuidado e uma boa maneira de começar a trabalhar a estima desta profissional. E, também, parece ser uma boa maneira de cuidar de quem sofre pela desvalorização de sua profissão.

CP: Como você lida com todas estas barreiras, com estas dificuldades, com estas coisas que te dão desmotivação?

MA: Uma das situações é a esperança messiânica, né? Eu preciso ter paciência, porque as pessoas não me conhecem, certo? E um dia as coisas, as pessoas vão olhar de maneira diferente, certo?

CP: Mas como tu lidas com estas situações, enquanto *stress*, tensão, enquanto a tua saúde?

MA: Às vezes, dá uma raiva. Você faz de tudo, não é onipotência, mas é uma atitude de reação, faz-se de tudo, trabalha, trabalha...e nada.

CP: O que nós poderíamos pensar juntas para poder fazer diferente? Por que me dá uma sensação que tu tens 24 horas por dia só de trabalho?

MA: Quase (risos, silêncio).

CP: Isto te incomoda?

MA: Sim, mas já me incomodou mais. E isso é uma das coisa que eu gostaria de aprender a aprender. A forma como nos enxergam é um desrespeito. Quando tu orientas as pessoas, quando tu passas o teu conhecimento, te chamam de Dr<sup>a</sup>, e eu digo: eu não sou doutora, sou enfermeira .

CP: Será que essa “doutora” não seria uma maneira dele te reconhecer como uma profissional e não te confundir com outra profissão? Penso que o paciente não tem essa obrigação e essa consciência sobre a situação de enfermagem, podemos dar um desconto por isso e, com isso, olharmos para dentro de nós e pensamos: puxa! consegui ajudar o paciente. Será que isso te ajudaria a aliviar este desconforto?

MA: Claro! Silêncio.

CP: Então, como você gostaria de ser cuidada neste sentido?

MA: Risos...**Você já ter me escolhido para participar**, já foi uma coisa ótima, trazendo estas coisas , fazendo pensar, fazendo ver diferente, já é algo gratificante e, especialmente, me ouvindo.

CP: Ah! então quer ser paciente?

MA: Risos...Sabe tem algumas saídas que eu ainda não tenho clareza o que fazer, sabe a profissão faz com que se tome decisão pelo e para o outro, mas quando se faz necessário a nossa tomada de decisão, acho que concordo contigo, a gente acaba sendo paciente.

MA continua falando sobre o processo de desvalorização e sobre a passividade da enfermagem e acrescenta que esta desvalorização e essa passividade têm raízes mais profundas, como a questão de gênero e a questão familiar.

MA: Penso que a questão da desvalorização é em função de um trabalho doméstico e que a grande maioria é mulher.

CP: Gostaria que você me colocasse melhor esta questão.

MA: Hoje, ainda no contexto social, procuramos mostrar nosso trabalho, mas, no fim, acabamos nos procurando. E isto tem interferência de família.

CP: Deixa ver se eu entendi. A questão de desvalorização e passividade do enfermeiro tem a ver com a questão da família?

MA: Sim, de família, porque o pai, geralmente, é o que controla tudo e a mãe é a que organiza. Na minha casa, a minha mãe era extremamente passiva, o meu pai mandava e a minha mãe executava, certo? E isso, mais ou menos, dá para pensar na relação com a profissão, né?

CP: Como assim, pensar na relação da profissão ?

MA: A passividade nossa interna está na situação de mulher, de ser comandada e que em primeiro pólo vem da família. E o segundo porque a grande maioria dos nossos trabalhos são comandados por homens.

CP: Fale-me mais sobre isso?

MA: No hospital, a grande maioria são comandados por homens, no caso da administração, no caso da Saúde Pública, também, não temos prefeita, temos prefeito – homem, temos secretário e não secretária. É, neste sentido, que eu penso. E pensando que profissão que podemos comparar à enfermagem, certamente à função doméstica.

CP: Como assim à função doméstica ?

MA: Nos atribuem a função de gerente, mas somos as pessoas que executam para a organização, assim como a minha mãe.

CP: Deixa eu validar uma questão. A desvalorização é uma questão interna e vem da família?

MA: Silêncio ...É ( gesticula com a cabeça) É... ( assume uma atitude reflexiva)

CP: Tu ficaste pensativa com essa minha pergunta?

MA: Risos. Sim, fiquei. Puxa vida! Sabe e depois de tantas tentativas de buscar algo mais parecido com coisa de homem (medicina por ex..) optei por enfermagem. Que coisa, hem?

CP: E o que isso te causa?

MA: Sei lá. Mas pensando bem... angústia, dá até uma depressão, né? Olha, acho que até sofrimento.



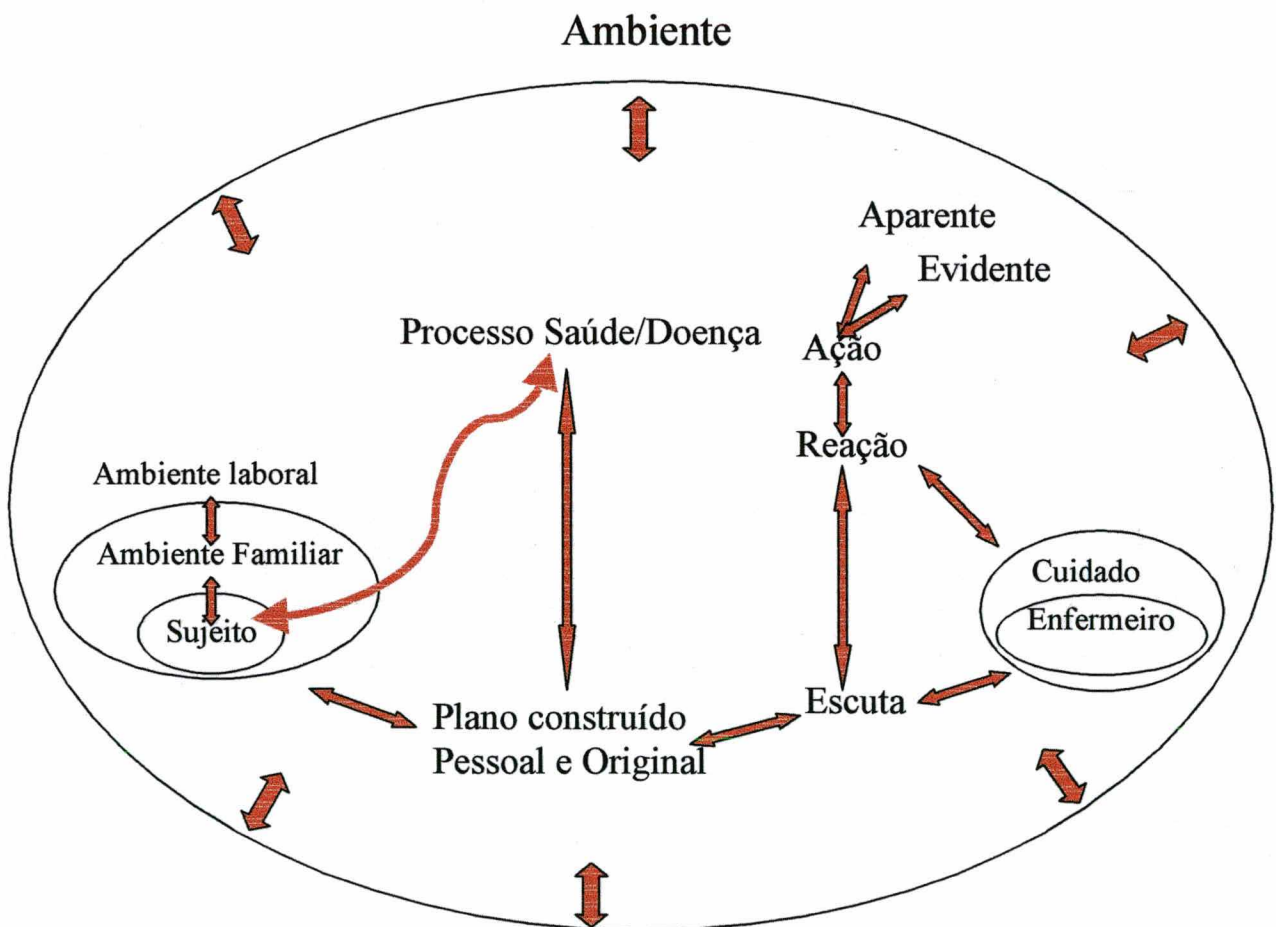
CP: E falar sobre isso ajuda?

MA: Claro, alivia essa dor.

Neste momento, percebi que nossa conversa serviu para a enfermeira dar-se conta de algumas questões que, talvez, não estivessem bem claras para ela e que o método da entrevista estava sendo adequado para esta atriz verbalizar sua emoções, sentimentos e dificuldades. Aqui, o cuidado construtivo foi o de possibilitar à enfermeira *insights* e a colocar as preocupações para fora.

Cabe ressaltar, aqui, que, ao realizar as notas de campo deste encontro, surgiu um novo esquema desta nossa relação, que posso traduzir no seguinte esquema gráfico, o diagrama 4.

**Diagrama 4**



No diagrama 4, vemos o ambiente familiar interferindo na escolha da profissão (mulher passiva deve escolher atividades domésticas para executar) que, por sua vez, tem consequência no ambiente de trabalho (passividade da enfermagem, e esta deve ser comandada por homens. Escolher algo que não é valorizado para se ter como ofício é aumentar a carga de tensão que o trabalho já tem e isso tem repercussões sobre o processo saúde-doença do sujeito (angústia, sofrimento...). Através da escuta pode-se traçar o plano de cuidado que é individual (pessoal e portanto original, pois cada sujeito é um todo, mas tem suas partes personalizadas e únicas). Novamente, percebi que a circularidade se fez presente e que as relações comandam o sujeito tanto interna com externamente.

A avaliação parcial da enfermeira foi que o encontro se desenvolveu de uma forma agradável e que a fez pensar a enfermagem de uma outra forma e que falar aliviou sua tensão. Verbalizou... **“Foi muito bom, muito bom!”** Me deixou feliz. Eu **sou apaixonada pela enfermagem**, mas vejo que há muito sofrimento, muita falta de valorização. As pessoas, ainda, não olham a enfermagem como uma coisa boa. Só isso já valeu a pena nosso encontro. Olha você tem uma paciente um pouco complicada. Risos. Por isso, nosso encontro foi bem conduzido, eu gostei muito, sabes, Ana? Quando tu encontra uma pessoa que se dispõe a te ouvir é um milagre, pois as pessoas não ouvem mais. Eu vi este encontro como um sentido de crescimento. Foi muito relaxante. Esta atriz optou para avaliar o encontro através do discurso (fala).

### 5.2.1.3. Ator GI

Codigine **GI**, carinhosamente por mim denominado de **o tenista tenso** (estava sempre muito preocupado com que e como ia dizer as coisas, adora um bom jogo de tênis). GI preferiu que os encontros fossem em uma sala no hospital onde trabalha. Os encontros com GI foram realizados, no período de setembro a novembro de 1999 (ressaltamos que, nesta época, houve muitos feriados, e teve um período em que o enfermeiro viajou). Nosso primeiro encontro durou uma (01) hora.

O local escolhido pelo enfermeiro era muito simples, com pouca iluminação, tinha uma mesa e duas cadeiras e alguns materiais e equipamentos estocados. GI estava muito tenso.

CP: GI o que você gostaria de fazer e/ou conversar?

GI: Olha, não sei

CP: Tem alguma coisa que queiras fazer ou conversar agora?

GI: Não sei, não me ocorre nada, agora.

CP: Vamos falar da enfermagem?

GI: Meu serviço é mais assistencial. Quando eu estava na CTI, eu acompanhava mais o paciente, até sua alta. Agora, o serviço que executo é mais administrativo (cuido de compras de materiais, cuidado da equipe, de agendamentos, essas coisas). E a enfermagem, eu acho que há algumas confusões.

CP: Como assim?

GI: Ainda existe uma certa dificuldade das pessoas em relação à profissão enfermagem. Elas nivelam todos, quase todos são enfermeiros. Todos aqueles que prestam trabalho assistencial no hospital são enfermeiros, então, neste ponto, eu acho que têm pessoas que ainda, não valorizam a enfermagem, principalmente, o enfermeiro. Isso porque fazem essa mistura, essa confusão. **Mas eu gosto do que faço.**

CP: E essa situação te incomoda?

GI: Sim, um pouco. Eu sou uma pessoa que valoriza o trabalho da enfermagem e, quando se vê o contrário, isso chateia. Eu não gosto.

CP: E o que você faz com a chateação?

GI: Silêncio por alguns minutos. O que eu saliento sempre é que o profissional só vai ser valorizado, a partir de que ele se valorizar e valorizar seu trabalho. E dessa maneira os outros, as pessoas verão que tem qualidade na enfermagem e, automaticamente, verão esta de maneira diferente.

CP: Então, você percebe que a enfermagem não é valorizada?

GI: Silêncio.

GI não teve resposta, estava muito tenso, visto que iniciou nosso encontro falando tecnicamente, falando de suas atribuições. Reexpliquei nosso objetivo. Ele verbalizou que era a primeira vez que realizava um trabalho assim, por isso, estava nervoso. Tentei direcionar nossa entrevista de outra maneira e, assim, o encontro fluiu. GI ficou mais tranqüilo.



CP: Eu entendi que você gosta de falar sobre a valorização, que falar de desvalorização dá um desconforto, certo? Então vamos falar de valorização?

GI: Exato: Zelo bastante por isso. À toda ação tem uma reação, se você, parte do pressuposto em que você procura melhorar a qualificação, a valorização, é porque em determinado momento ela não está sendo valorizada como deveria.

CP: A que você atribui isso?

GI: São fatores culturais, históricos.

Não insisti para que GI explicasse que fatores seriam estes, por respeitar seu pedido, que era de falar de valorização e não de desvalorização da enfermagem. Percebi que este assunto o mobilizava muito que, realmente, este assunto era algo difícil, talvez, lhe causasse dor e/ou sofrimento.

CP: Gi, vejamos o que você gostaria de falar?

GI: Eu zelo para que a enfermagem tenha cada vez mais espaço, a minha linha de trabalho é sempre valorizar e eu trabalho o meu colega para que a enfermagem tenha mais valorização. Para que toda a classe seja valorizada. Quando as pessoas falam mal do colega, do que ele fez, estão falando mal da enfermagem, da sua profissão.

CP: E isso existe na enfermagem?

GI: Existe, como existe em qualquer profissão.

CP: E quando tu vêes isso, te chateia?

GI: Chateia e muito.

CP: E o que tu fazes?

GI: Silêncio.

CP: Estes assuntos são discutidos nas reuniões de enfermagem ?

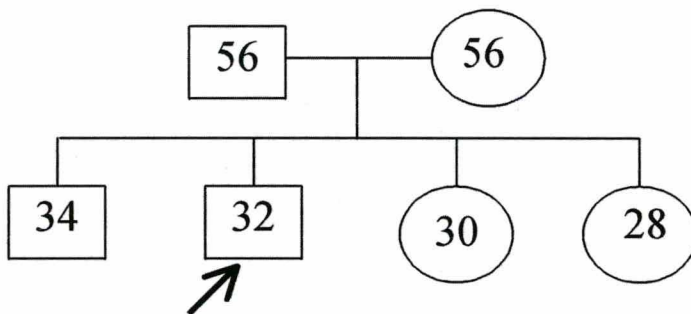
GI: Muito pouco, só em alguns momentos. Ontem tivemos um trabalho sobre ética, mas é um pouco delicado e, então, não é muito abordado. Os assuntos que mais são abordados são as questões técnicas, os treinamentos, a parte assistencial, administrativa, o paciente...

CP: Tu achas que temáticas como valorização/desvalorização deveriam ser

abordadas dentro da profissão , dentro das reuniões ?

GI: **Sim, tem um certo grau de importância.**

Neste momento, optei por trabalhar com o genetograma do enfermeiro, frente à sua tensão. Como esta técnica é um meio facilitador, usei-a como recurso neste nosso primeiro momento.



Pai = comerciante

Mãe = Professora

Irmão = Construtor

GI = Técnico Enfermagem e Enfermeiro

Irmã 1 = Técnico Enfermagem

Irmã 2 = Técnico Enfermagem

CP: Então , o que tu me dirias que de um comerciante e uma professora surgiu três filhos que escolheram a enfermagem?

GI: Minha mãe, como professora, trabalhou bastante nessa parte assistencial. Ela aplicava injeções, onde nós morávamos. Como professora, ela organizava as festas da comunidade. Fazia várias tarefas, acho que poderia dizer que, hoje, seria considerada um agente de saúde. O professor, onde eu morava, que era bem no interior, ele fazia quase todas as tarefas assistenciais. Desde rezar, puxar o terço... ela organizava a comunidade. A comunidade se tornava um pouco dependente dos seus serviços, atribuía a ela toda esta tarefa. E a gente foi crescendo mais ou menos com essa **admiração pelo que a mãe fazia.**(...)

CP: Então, tua história de ser enfermeiro tem a ver com a tua mãe, ela dizia alguma coisa que gostaria de ter um filho(a) que seguisse seus passos?

GI: Acho que não, não assim verbalmente. Cursei o primeiro grau na minha cidadezinha, depois, vim para Passo Fundo e, como estava mais na minha perspectiva ter o segundo grau do que fazer 3º grau, optei pelo curso técnico de enfermagem. O curso técnico era o que tinha de mais atraente, naquele momento.

CP: A partir de que momento te deste conta que a enfermagem era a tua profissão?

GI: Penso que desde que comecei o técnico, acho que me identifiquei com a enfermagem.

CP: E seu pai, até agora falamos da mãe, das tuas irmãs, da enfermagem?

GI: Meu pai é uma pessoa que sempre nos deu apoio, com relação ao trabalho. Mas, assim, nunca interferiu em nossa decisão, era mais distante.

CP: Ele achou uma boa decisão a sua de cursar enfermagem?

GI: Hoje, sim, na época, acho que não. Não tanto como agora. Sabe! Porque, na época, quando eu conclui o segundo grau, já foi um sacrifício, uma dificuldade, e para fazer o curso superior outro tanto. Acredito que ele ficou em dúvida sobre o investimento financeiro, o retorno.

CP: Talvez ele achasse que você deveria optar por outra profissão que fosse mais valorizada, que traria mais retorno financeiro?

GI: Com certeza.

CP: E ele verbalizava qual seria ?

GI: Não, nunca verbalizou. Mas a gente sentia isso. Eu conversava com ele sobre as perspectivas de mercado de trabalho, demanda e oferta. E o nosso trabalho com enfermeiro não iria ser bem remunerado, assim, de imediato, não teria o retorno que foi investido.

CP: E, hoje, compensa?

GI: A parte financeira, em relação ao que investiu, se ganha pouco. Porque tem outros cursos que investe menos e se tem um retorno mais rápido e melhor. Poderia ter um retorno melhor, sim. Eu não julgo e não fico cobrando que eu deveria ganhar mais. Não acho que é bom, mas, por enquanto, está bom. É, mantêm minha esposa e eu.

Novamente, o genetograma se mostrou uma técnica adequada para coletar dados, principalmente, com aquelas pessoas um pouco mais resistentes e/ou com dificuldades de verbalizações.

Foi solicitado uma avaliação do nosso encontro, GI respondeu assim: no início tava difícil, mas, agora, estou mais calmo. Eu nunca tinha participado de um trabalho assim, então, fiquei nervoso, não costumo falar de mim. Mas vou melhorar. Mas, no final, gostei.



Constatai, ainda mais, que a escuta é um ponto muito importante no cuidado construtivo e que para estes atores foi um processo de enfermagem adequado.

A questão da desvalorização produz um desconforto nos enfermeiros participantes da prática assistencial. É um assunto mobilizador e que causa tensões nestes profissionais. Podemos verificar que todos os três enfermeiros optaram por trazer o tema desvalorização, desde o primeiro encontro. Uns, mais claramente, e outros, mais veladamente, mas o tema esteve presente.

Outro ponto que foi comum aos participantes foi a questão da baixa remuneração da enfermagem e que uma maneira muito utilizada pelos colegas, para suportar esta desvalorização, é a negação da real situação.

A questão de gênero foi um destaque destes encontros, os diálogos, deixaram transparecer a identificação da enfermagem como profissão feminina e, tendo em comum a posição de passividade, característica deste gênero. Também, foi possível verificar que a cada ator a relação entre cuidador-pesquisador e enfermeiro transcorreu de uma maneira pessoal e original.

Os diálogos, também, parecem revelar uma questão de baixa estima nos atores, sendo e que trabalhar esta situação foi um dos cuidados que eu tive que oportunizar a estes colegas. A função tarefaira do enfermeiro evidenciou-se, também.

A influência da família se fez presente na escolha profissional, na questão da estima e como as questões de gênero se evidenciaram.

### **5.2.2. II Encontro - A relação de namoro**

A partir de agora, passarei a relatar as situações de sofrimento de cada enfermeiro, por encontro. Cada encontro será representado por um enfermeiro, pois as situações são muito ricas e, neste momento, não caberia colocá-las, tão sistematicamente, pois elas revelam o quanto o sofrimento está presente.

**5.2.2.1. Enfermeira SU:** Este encontro teve duração de 1 hora e 55 minutos e a atividade desenvolvida foi através de exercício de dinâmica de auto conhecimento e da técnica de colagem da representação do sentimento de ser enfermeira. O método foi adequado para a situação, trouxe uma riqueza de detalhes (apareceu a questão de gênero, a questão da valorização/desvalorização, profissão como sacerdócio e o que poderia estar causando estas questões).



**Figura 5** - Representação do Sentimento de Ser Enfermeira da enfermeira Su.



A representação da colagem foi explicada da seguinte maneira:

SU: A primeira coisa que você precisa é estar centrado na tua profissão, por isso este cérebro. Em função do teu pensamento, de tuas atitudes, de como você esta direcionando o teu sentimento, a tua profissão. As flores porque tu estás com sentimento de vida. É alguma coisa que tu tens que transmitir, que tu estás bem, bem de vida. É uma profissão bem intrigante. Bem anjinho, eu acho que nós estamos neste sentimento, assim : **de cuidar de... de prestar para.... de servir**. A enfermagem é um atendimento bem global do ser humano, é bem amplo.

CP: Estou vendo que o cérebro está bem maior podes explicar isso?

SU: Eu acho que tem que ter mais razão do que sentimento para ser enfermeira (...) é a parte maior da enfermeira. As cores, também, são bem intensas e representam esta parte. O anjinho eu me lembrei do que meu amigo me disse, há uns 15 dias atrás: as enfermeiras parecem anjos, elas estão sempre se doando, sempre cuidando de alguém e que nós viemos para proteger as pessoas.

Ainda através da colagem Su relatou que quando falam da desvalorização da profissão ou quando ela, de alguma forma, vivencia esta situação, isso acaba gerando dor de cabeça e de estômago e que, às vezes, ela revida, então, se alivia. Também, falou que ao cuidar de sua família, preocupa-se quase que, exclusivamente, com a questão da doença. E verbaliza:

SU: Eu gosto de uma boa doença (risos) e de uma boa cura.(...) Puxa eu não tinha reparado nisso.(...).

CP: Então, caberia uma pergunta , o que é o processo saúde-doença para você?

SU: Eu acho que tem que estar bem nas duas coisas.

CP: Como assim?

SU: Tu vais ficar doente, quando alguma coisa não tá bem. Quando a tua cabeça não ajuda. Assim, uma dor de estômago, uma gastrite, não é só por causa de alimento que eu comi, é porque eu não estava numa situação boa.

CP: Então, o que é doença, para ti?

SU: É quando teu corpo reage sobre alguma coisa.

CP: E a saúde?

SU: Risos. Repete o conceito da organização mundial da saúde.

CP: E tu acreditas nele?

SU: É só o que dizem. Mas é um bem estar, é estar em equilíbrio.

CP: Então, o que te faz ficar doente?

SU: Pessoas chatas e a falta de dinheiro.

CP: Então, como fica o que você falou: que a profissão é mal remunerada e que você precisaria de uns 80% a mais de dinheiro em relação ao que ganha?

SU: É, eu fico doente, furiosa. Em alguns dia do mês sim, eu fico doente, porque eu tô sem dinheiro e porque eu não tô fazendo o meu lazer como eu gostaria. Então, isso para mim já é doença. Não é uma coisa que te leve para CTI, mas incomoda, dói.

CP: É algo que acaba trazendo sofrimento?

SU: Com certeza. E me faz pensar, em buscar alguma outra alternativa.

CP: No caso, o sofrimento está vindo da tua profissão que não dá o respaldo monetário suficiente ou outra coisa?

SU: Ah! sim. Penso que sim. Mas tu tens que tratar o paciente bem, tem que fazer o melhor. Tens que separar as coisas.

CP: Isso em relação ao paciente e ao hospital, mas para ti como fica?

SU: Nem quero pensar. Sabe nestes dias eu fico mais prostrada, penso: “sua babaca”, então, recuo. As pessoas já notam, pois eu estou sempre brincando, eu transpareço. Me deixa bem “Down”.

CP: E elas entendem que esta situação é por causa da tua profissão que não te dá o dinheiro que você precisa?

SU: Sim, sim. A situação da enfermagem é geral, todo mundo não tem dinheiro. A maioria chega perto do fim do mês, tá trabalhando no hospital, cansada e estressada. É a falta de dinheiro que causa este mundo.

Su continua , diz que não sabe o que fazer, que reclama , mas não adianta, que eles não ouvem. Que não é nada fácil esta situação. Que fica sem forças, sem energia. Passiva.

E, aí tem que ser mais cérebro que emoção.

Também, foram utilizadas neste encontro, técnicas de auto conhecimento para trabalhar a questão da auto-estima e igualmente, foi adequada, pois pudemos colher uma riqueza de informações e a enfermeira, também, pode dar-se conta de algumas situações. Trabalhamos a percepção, através da **conotação positiva das situações evidenciadas**.

A primeira técnica foi: **complete a frase - EU SOU UMA PESSOA QUE**<sup>14</sup>. Foi entregue papel, caneta, lápis, borracha para que a enfermeira pudesse realizar a tarefa. Durante o período de trabalho e de concentração da enfermeira, ao fundo, havia música ambiente. Foi servido chá, café, salgados e doces. Passarei a mostrar alguns exemplos.

SU: (...) procuro ser firme nas decisões a tomar e repensar, se for necessário. Porque eu acho assim, se tu tomas uma decisão que nem você acredita, só porque mandaram tu fazer e tal, não funciona. Se não tu tens que repensar, dizer: olha gente! aquilo não vai dar certo.

CP: E tu consegues fazer isso na tua profissão?

SU: Balança a cabeça. Verbaliza Hum. Hum. De vez em quando, é poucas vezes. Poderia ser mais. Sabe? Em um dia deste, havia um rádio na CTI, que nós da enfermagem achamos adequado ter para alegrar o ambiente e aos pacientes. Eles ficam alienados de tudo lá fora. Muita gente é do interior e eles gostam de ouvir rádio. Acho agradável e coisa e tal. Tem um médico que é mal humorado, é de mal com a vida. Ele não gostou do rádio. Não era no meu plantão, então, levou diretamente para direção do hospital, reclamando que não queria o rádio. Ele nem se quer falou com a chefia de enfermagem. Que desrespeito! Puxa vida! nem com a chefia da unidade com que trabalha diariamente ele falou. Conseqüência disso, sabe o que foi?

CP: Não, mas gostaria de saber?

SU: Na segunda-feira, veio um comunicado que estava terminantemente proibido rádios nos setores de enfermagem. Sabe, eu até poderia mostrar um trabalho que uma colega fez sobre musicoterapia em CTI, só que eu nem vou me estressar com essa pessoa que está mandando essa ordem, não é o momento.

---

<sup>14</sup> Baseado em: VIZZOLTO, Salete Maria. SEGANFREDO, Cléa Ana. KLEIN, Arai Casagrande. **Dinamizando os grupos**. Florianópolis : Lunardelli. s/d.



CP: Quando seria o momento, se tu acreditas nisso?

SU: Parou alguns segundo. Pensou e verbalizou: É, não foi uma atitude certa e tal. Mas será que não foi um custo-benefício para mim?

CP: Vamos imaginar o contrário, se fosse a enfermeira que tivesse essa atitude como seria?

SU: Eu iria direto na pessoa imediata falar.

CP: E o rádio sairia, os pacientes e a equipe ficariam sem a música?

SU: Não, não, eu teria que provar muita coisa. Na enfermagem, é assim. Sabe, eu entendi que as pessoas que eu iria brigar não iriam entender a situação. Sabe a preocupação era fazer um bem-estar para o médico, entendeu?

Aqui me pareceu uma situação bastante desagradável e desrespeitosa com todos os atores envolvidos nessa situação. Procuramos não dar vazão a comentários desrespeitosos e manejamos a situação trazendo o tema para a avaliação, uma vez que a proposta de trabalho era de ser um clima agradável, de respeito, no sentido de que as pessoas pudessem expressar seus sentimentos menos agradáveis, suas preocupações, com o objetivo de reverter a situação, de tentar mudar o discurso e, com isso, evitar situações de sofrimento, desgastes e de frustrações.

CP: Como ficou o ânimo de toda a equipe na CTI?

SU: Ah! eu disse: gente, vamos só dar uma “calmadinha”, isso aí vai ter volta, vai voltar a ser discutido. Não é o momento. Eles sabem que eu vou fazer isso. E eu vou fazer mesmo.

CP: O que vocês fizeram para resolver esta situação, este clima tenso que ficou na equipe, enquanto se aguardava a melhor oportunidade para provar que a musicoterapia auxilia no tratamento dos pacientes e deixa o ambiente mais agradável?

SU: Nada. Eu tava com tanta raiva que não tive atitude nenhuma. UH!

CP: E o que tu fizestes para tua raiva?

SU: Sabe? As coisinhas boas!

CP: Não! Não entendi?

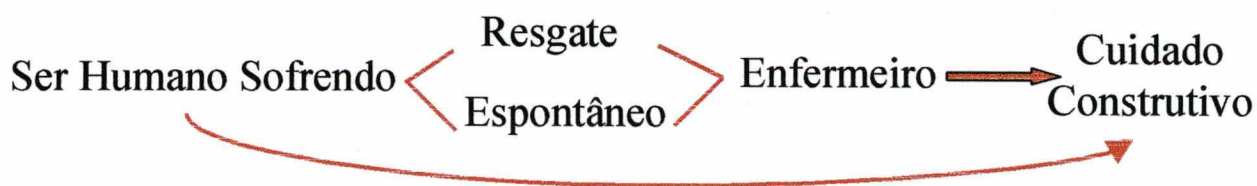
SU: Eu desejei coisinhas boas para esta pessoa. Eu disse para mim: todos vêm a CTI, um dia, você vai ver. Daí, pode ser que você esteja querendo um radinho. Risos...Que seja teu único estímulo e, aí, eu não vou dar.

CP: Estas coisas te fazem sofrer?

SU: Sim ,eu adoeço. Me fazem sentir dor, me deixam “P” da vida. Me fazem sofrer no dia-a-dia da minha profissão. Isso é mais ou menos freqüente em nossa profissão, tem uma certa freqüência. A gente tá sempre discutindo, mostrando, tendo que provar, é um custo.

Enquanto o diálogo transcorria, minha mente projetou o seguinte esquema:

#### Diagrama 5



No diagrama 5 percebe-se o sofrimento da enfermeira com a situação relatada. Esta situação teve que ser resgatada através da técnica de auto-conhecimento, que favoreceu a espontaneidade para outras situações de sofrimento, que apareceram. Quem sofre precisa de cuidados, e isso remeteu ao cuidado construtivo. Este foi realizado através da escuta, de conotações positiva da situação e da oportunidade da enfermeira colocar para “fora”, de extravasar sentimentos desagradáveis que causam dor e com isso, deixam a enfermeira sem ação, portanto passiva.

CP: De onde vem esta situação que faz a enfermeira não brigar pelas coisa que acredita, de ficar mais passiva?

SU: Silêncio. Porque tu estás sempre na posição de empregada.

CP: E de onde vem essa posição?

SU: Ah! daquela que foi fazer as coisas de graça pela primeira vez.(Risos)Aquele que foi fazer filantropia, que é um anjinho. Só pode ser cultural.

CP: Além do cultural teria outras situações que poderiam explicar essa passividade?

Su: Eu penso assim: alguma coisa já mudou. A maioria é mulher e eu acho, claro, vai melhorar e melhorar mais. Entramos na profissão meio por baixo e, agora, é que estamos começando a crescer. É um grupo feminino e tem muito machista na regência da coisa, né?

CP: Podes me colocar mais coisa sobre o que acabaste de dizer?

SU: Sim. Tanto que é assim: se tem dois ou três homens, no grupo, as reclamações são mais dirigidas às mulheres do que para eles (...).

Outra técnica utilizada foi o jogo de palavras<sup>15</sup>. Esta técnica, também, é de auto-conhecimento e serve para trabalhar a auto-estima. Foram colocadas numa folha de papel ofício as seguintes palavras:

<b>HOMEM</b>	<b>MULHER</b>	<b>AMOR</b>
<b>SEXO</b>	<b>DINHEIRO</b>	<b>TRABALHO</b>
<b>SUCESSO</b>	<b>FRACASSO</b>	<b>DEUS</b>

---

<sup>15</sup> Baseado em: VIZZOLTO, Salete Maria. SEGANFREDO, Cléa Ana. KLEIN, Aráí Casagrande. **Dinamizando os grupos**. Florianópolis : Lunardelli. s/d.



Foi solicitado que a enfermeira realizasse uma respiração profunda, procurasse uma posição confortável, olhasse para seu interior, para suas crenças, valores, vivências e, aí ela deveria escrever três frases sobre cada palavra (Anexo 8). Em qualquer ordem, com qualquer uma. A enfermeira quem decidiria por qual palavra iria começar. Após o exercício, ainda foi solicitado que verbalizasse qual palavra e/ou frase sentiu maior prazer em escrever, qual sentiu maior dificuldade, a frase que mais gostou e a que menos gostou. Tudo isso com música ambiente de relaxamento. Igualmente, a técnica se mostrou muito rica, pude coletar muito dados e trabalhar a questão da estima que, necessariamente, passa pelo auto-conhecimento, por momentos de reflexão e de percepção das situações vividas.

O encontro foi finalizado com a seguinte indagação: Como você gostaria de avaliar nosso momento, hoje?

SU: Eu acho , não sei se tu tinhas algo planejado?

CP: Lembra que você me pediu para pensar em algo, no primeiro encontro?

SU: Sim, sim. Um assunto foi levando ao outro, foi andando por caminhos diferentes e quando eu via, eu colocava as coisas. Então, crescemos em alguns pontos, em algumas coisa, e tem outras que, ainda, temos que trabalhar.

CP: O que gostaria de trabalhar?

SU: Essa questão de homem X mulher. A questão do trabalho. A questão de eu comer tanto. Enfim, tudo o que nós falamos, eu gostaria de continuar a falar e a trabalhar.

CP: Ok! faremos isso nos nossos próximos encontros.

SU: Todos os encontros têm seus pontos bons. Em todos são trabalhadas algumas coisas. Se conhece, se fala da família, do trabalho, de alegria ,de tristezas e tantas outra coisas. Está sendo gostoso.

CP: Tem alguma coisa que te incomoda nos encontros?

SU: Nada.

Estas técnicas, também, foram utilizadas com os outros dois atores, porém cada qual em momentos distintos, de acordo com a situação e a condução do enfermeiro. Elas serviram igualmente, para desvelar o tema (sofrimento pela desvalorização e as questões do agir). Estas técnicas, ainda permitiram trabalhar as questões mais físicas, como o tabagismo, colesterol, falta de exercício, que foram sendo apresentadas pelos atores, servindo de base para um plano de cuidado de enfermagem mais comportamental,

forneendo dicas de manejo (posteriormente relataremos estas situações).

Destes encontros, surgiram um novo diagrama para o cuidado construtivo:

**Diagrama 6**



No diagrama 6, percebe-se que diante das situações de sofrimento do enfermeiro (Ser humano), o cuidador deve possibilitar que esta situação seja resgatada (aparente) ou possa ser espontânea (evidente), conduzindo assim, o cliente ao cuidado construtivo (que será pessoal e original, para atender às peculiaridades da situação e do cliente - disposição, disponibilidade, capacidade...). O plano de cuidados poderá ser ativo, quando o cuidador “prescreve” e acompanha o cliente e, neste momento, o cliente realiza uma ação mais passiva ou poderá ser ativo/ativo, quando a ação (soluções) parte exclusivamente do cliente.

### 5.2.3. III Encontro - Solidificação do Namoro

#### 5.2.3.1 Enfermeiro GI

Neste encontro, GI passou a providenciar um gostoso café para saborearmos, durante nosso trabalho. Estava mais calmo e confiante. O encontro durou 1 hora e 10 minutos, sendo que os primeiros encontros não passaram de 55min a 1 hora, no máximo. Utilizamos, para nossa prática assistencial, a técnica de motivação, para reforçar estima do enfermeiro. O método consistiu no uso de um exercício de motivação<sup>16</sup>. Foi entregue uma folha de papel ofício com as seguintes informações:

Escolha entre os motivos relacionados abaixo, aquele que você acha que é sua maior motivação e coloque o número 1, depois escolha a segunda em importância e assim sucessivamente até chegar ao menos importante. Dê sua opinião sincera e estritamente pessoal. Considere como fonte o grupo de trabalho.

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| (3) relacionamento com colegas   | (6) benefícios                   |
| (12) localização da empresa      | (4) programa de treinamento      |
| (1) valorização do meu trabalho  | (11) horário de trabalho         |
| (10) salário                     | (9) imagem da empresa no mercado |
| (7) relacionamento com meu chefe | (2) tipo de trabalho que realizo |
| (8) perspectiva de ascensão      | (5) possibilidade de aprender    |

Podemos perceber as respostas dadas pelo enfermeiro. Este exercício foi pano de fundo para coleta de dados, se mostrou efetivo para o cuidado construtivo.

GI: (...) No tipo de trabalho que realizo, eu gosto do que estou fazendo, gosto do meu setor. Eu prefiro o meu setor, do que quando eu fico na supervisão. Tem setor que eu não me identifico, como por exemplo: maternidade, unidade geral.

CP: Como ficaria para você ter que assumir um destes setores, quando houver uma transferência interna no seu hospital?

---

<sup>16</sup> Exercício retirado do curso de Dinâmica de Grupo orientado pela psicóloga Maria Aparecida Estacia, ministrado no ano de 1996, na UPF - Passo Fundo-RS.



GI: Eu não me sentiria muito à vontade, mas... Mas eu estaria disponível e aberto a uma discussão.

CP: Isto acontece na enfermagem, os enfermeiros podem optar pelo setor que querem ficar diante de uma transferência interna?

GI: Na grande maioria, não.

CP: E aí?

GI: A gente assume e realiza o melhor que pode.

CP: E o que faz para aliviar esta tensão?

GI : Se envolve no trabalho.

Neste momento, chamou-me a atenção o dedo da mão direita do enfermeiro imobilizado e pergunto:

CP: O que tu tens no dedo?

GI: Ah! fiz uma fratura, no jogo ao final de semana. O perióstio deslocou.

CP: E como você consegue trabalhar assim?

GI: Não, isso não me prejudica.

CP: Mas eu estou preocupada com teu dedo, como é o enfermeiro que se preocupa com todos e tudo está cuidando de seu dedo?

GI: Eu imobilizei, fiz uma contenção. Tem que ficar mais ou menos uns 30 dias imobilizado. É acontece, às vezes, a gente também se descuida. Acredito que não vai me atrapalhar no trabalho, não vai me afastar do trabalho?

CP: Como fica, quando você tem que aplicar, por exemplo, uma injeção?

GI: É, complica um pouco, então, peço ajuda.

CP: E do jogo, você terá que ficar afastado?

GI: Claro. Por enquanto, sim.

CP: Você me disse nos outros encontros que jogar te tirava a tensão de tanto trabalho, e agora?

GI: Risos. Silêncio. É, agora tenho que fazer caminhada.



CP: A que horas?

GI: Não. Dá para fazer, quando eu estou sem fazer nada.

CP: E quando é isto?

CP: (...) Se eu chegasse, aqui, com o meu dedo assim o que tu como enfermeiro prescreveria para mim?

GI: Repouso com a mão, imobilização...

CP: E isso não serve para você?

Observei que o enfermeiro cuida mais do outro, mas quando trata de se cuidar, acaba esquecendo que é, também, uma pessoa que precisa de ajuda, de cuidado. A garra pelo trabalho acaba fazendo-o trabalhar mesmo sem condições físicas. Teve que fazer fisioterapia, durante uns 20 dias, após a cicatrização da lesão.

GI: (...) o jogo é mais excitante que a caminhada, como tenho o espírito de competição, canaliza mais a minha tensão que a caminhada.

CP: Ah! estás querendo me dizer que é, assim, que você coloca a raiva para fora?

GI: Com certeza.

CP: Tem muita coisa que tu seguras, que precisa de um jogo de competição para colocar para fora?

GI: Sim, tem. Tem momentos que você tem que respirar 4, 5 vezes, parar, pensar, repensar e calar.

CP: E estas situações são pela profissão?

GI: A maioria são. Principalmente, a desvalorização me deixa assim.

CP: Fale-me mais destas situações?

GI: Outro dia fui aplicar uma injeção em um paciente, ele quase me agrediu, eu entendo, mas faz a gente segurar e pensar que o que está sendo feito estava correto, que era importante, embora, talvez, agressivo para ele. Desculpamos o paciente. Então, procuro respirar para dentro. Outra situação são as cobranças e tudo o mais. Tem que ter uma certa maneira para conduzir a situação, ter habilidade para falar a coisa certa, no momento certo. Entre outras situações.

CP: Mas para fazer isso, constantemente, é preciso estar tranquilo, não estressado?

GI: Exatamente.

CP: Então, a gente podendo estar aqui conversando, realizando estes exercícios, conversar sobre estas coisa te ajuda?

GI: Sim. Ajuda a parar, relaxar. É bom. Parar, trocar idéias, conversar sem medo, trocar experiências, receber apoio é muito interessante e seria muito bom poder fazer isso, aqui no hospital, mais vezes. Ter grupos de apoio.

CP: Você gostaria de fazer parte de um grupo, assim?

GI: Sim. Porém, não tenho tempo e fica muito caro.

CP: Na cidade, tem vários grupos de apoio, com vários horários e não são muito caros. A própria Universidade tem estes grupos para servir à comunidade, através do curso de psicologia. São três locais (posteriormente foi fornecido os endereços). É só você deixar seu endereço, nome, e horário disponível e, assim que tiver vaga, eles chamam.

GI: Puxa que legal. O bom seria, aqui, no hospital. Assim, uma vez ao mês, parar, relaxar, pensar, trocar idéias sobre certas atitudes tomadas, sobre as chateações...

CP: Isto já foi proposto, em seu local de trabalho?

GI: Assim, claramente, não. De vez em quando, se fala. Mas a coisa, acho que não fica muito claro.

CP: Como podemos resolver esta situação ?

GI: Não sei. O que tu me sugeres?

CP: Em uma reunião, na qual tu te sintas em condições, porque tu não colocas o assunto em pauta?

GI: Sei lá.

CP: Também, poderia ser quando em conversas informais, tu poderias lançar a idéia. Outra sugestão seria convidar alguém para falar sobre este tipo de apoio e os benefícios que eles trazem.

GI: É. E você poderia fazer isso?

CP: Quem sabe. Em outro momento, até que sim.

Mas voltando um pouco, que maneira eu posso te ajudar neste momento de muito trabalho, de muito investimento seu para liberar estas tensões que culminaram com a fratura de seu dedo?

GI: Silêncio. Nesse momento, é conversando, trocando idéias como estas e aquelas do curso de oratória. Me possibilitando falar mais, pois sou muito tímido. Sabe? Eu gostaria de poder ter as repostas mais prontas para dar quando alguém me questiona, mas eu tenho sempre que pensar para não errar. Tenho muita dificuldade de falar.

CP: Sabes que para isto vamos ter que fazer alguns exercícios de auto-conhecimento, tu gostaria?

GI: Sim. Isso é importante.

CP: Então, nos próximos encontros faremos isso. ( As técnicas que foram utilizadas no segundo encontro de SU serviram para o plano de enfermagem do cuidado construtivo com GI. Porém, foram utilizadas de maneira própria para GI.)

GI: Sabe, Ana? O que acontece é que, às vezes, a gente não se abre, procura guardar. Tem certo receio. É como um resguardo, uma proteção. As pessoas, às vezes, usam nossas dificuldades para nos prejudicar. Existe esta dificuldade entre o ser humano. Então, como uma maneira de se proteger ele acaba se retraindo e guardando coisas (...).

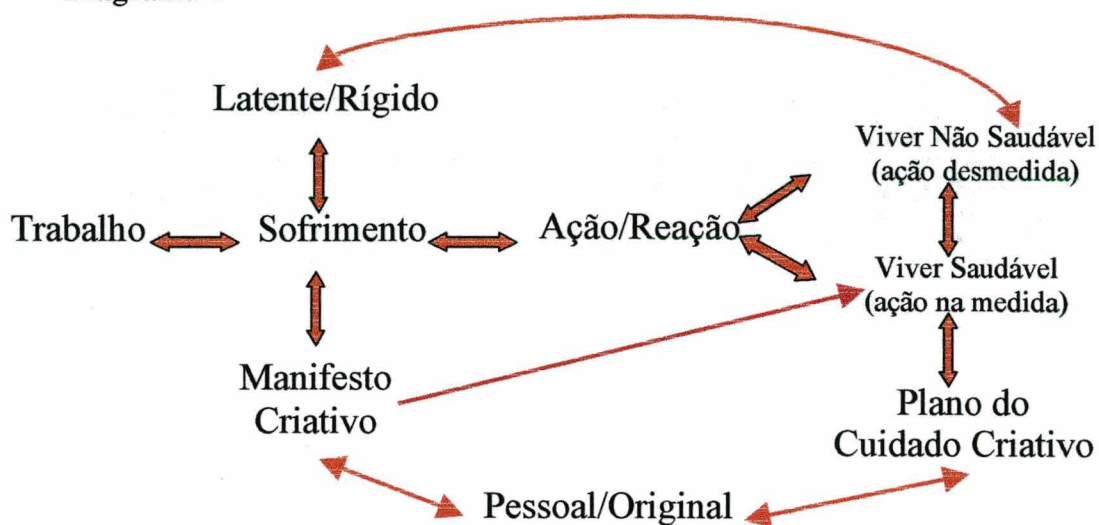
CP: Avalie nosso encontro?

GI: É! hoje, foi melhor. Estou mais tranqüilo, mais confiante. É que falar para mim é muito difícil e falar de mim, fica mais difícil, ainda. Mas me ajuda a me organizar, a ter mais confiança.

Ao transcrever as fitas, no diário de campo, depois dos encontros (3º de cada ator) o esquema gráfico do cuidado construtivo evoluiu para o diagrama 8.



Diagrama 7



No diagrama 7 o trabalho, quando apresenta desvalorização, deixa de produzir manifestações de criatividade, de prazer, torna-se rígido (tensionante) e o sofrimento aparece (manifesto ou latente). Ele exige uma tomada de atitude (ação-reação) para um viver saudável. Quando o sujeito está em uma situação de sofrimento, o cuidador - pesquisador necessita de um plano de enfermagem, que deve ser pessoal/original (cuidado construtivo), possibilitando alterar o viver não saudável para uma forma mais saudável de viver. Este diagrama se evidenciou, a partir dos relatos acima apresentados.

#### 5.2.4. IV Encontro - Namorando tranqüilo

##### 5.2.4.1. Enfermeira MA

Os encontros com a enfermeira MA, ao contrário de Gi, duraram por volta de duas horas. Enquanto as gravações dos outros atores ficavam em uma fita, as de MA sempre foram duas, chegando a ter uma vez que gravamos três fitas. Neste dia, MA pediu que eu falasse com sua filha adolescente. Suas filhas também expressaram, através de colagem, (Anexo 05 e 06) como percebiam a mãe como enfermeira. Em um encontro, tivemos a oportunidade de participação da mãe de MA e de uma tia. Estas pessoas participaram da prática assistencial a convite da enfermeira. Estes dados estão disponíveis no diário de campo. Apenas, passaremos a exemplificar as situações de sofrimento vivenciadas por MA, em sua profissão.

CP: O que gostarias de fazer, hoje? Como gostarias de ser cuidada hoje?

MA: Gostaria de começar, colocando como está nossa prescrição<sup>17</sup>.

CP: Vamos lá. Como está indo ?

MA: A de tirar um cigarro da carteira nova e colocar na antiga, eu já estou colocando dois, estou fazendo. O intervalo no hospital , sair do setor que eu não fazia eu já comecei a fazer.

CP: E, aí, como se sentiu fazendo esta duas tarefas?

MA: Bem. A do cigarro não é uma coisa que te deixe nervosa, que seja difícil, e nem tu ficas com aquela ânsia de querer fumar e não poder. O intervalo a gente volta menos estressada. Sabe, consegui um toca-fitas com fone de ouvido, isso me relaxou. Consegui até dormir um pouco, na sala de descanso. Dei uma relaxada. Não consegui fazer a caminhada. E sobre o encaminhamento para terapeuta já liguei e ficou para daqui uns quinze dias. Consegui, através da UPF, nos campos de estágio dos alunos de psicologia. A filhota já foi ao médico e já está medicada. Ah! Também, troquei o excesso de café por dois copos de suco, durante a noite na CTI.

CP: Puxa que progresso! (...)

Depois de avaliarmos nossa prescrição de enfermagem, utilizamos as seguintes técnicas<sup>18</sup> de auto-conhecimento: Em uma folha de papel officio, foram escritas as seguintes frases: **O que faço para alcançar minhas metas e objetivos; Dois objetivos que me definem; Três coisas que gosto de fazer; Alguma coisa que acredito fazer bem; Minha maior qualidade, meu maior defeito; Relacione três coisas que você gostaria de mudar em você; Relacione três coisas que você faz quando está triste, chateado, deprimido; Relacione três coisas que você faz e sua família não gosta; Relacione três**

<sup>17</sup> Prescrições de tarefas foram feitas no 2º encontro de MA, onde esta referiu que gostaria de ajuda para parar de fumar e seus filhos também concordaram com MA. Então fora prescrita uma técnica comportamental pela enfermeira-pesquisadora que a cliente não jogasse o maço de cigarro fora quando este tivesse acabado, e que ao comprar o novo retira-se um cigarro e coloca-se dentro da carteira vazia, e só fumasse este maço quando estivesse completo. Esta técnica permite ao cliente observar quantos maços de cigarro ele fuma em uma unidade de tempo, possibilitando a percepção de quanto ele fuma em uma semana, 15 dias... e verificar se é muito ou pouco, ajudando-o a tomar uma decisão: continuar fumando, diminuir a quantidade de cigarros, ou deixar de fumar, de acordo com sua necessidade. Esta prescrição partiu da enfermeira-pesquisadora, através do movimento ação-reação (MA pediu) e o enfermeiro-pesquisador (apresentou o plano de cuidado), aqui evidenciou o cuidado construtivo do tipo ativo/passivo, o enfermeiro orientou e o cliente é que praticou.

<sup>18</sup> Baseado em: VIZZOLTO, Salete Maria. SEGANFREDO, Cléa Ana. KLEIN, Arai Casagrande.

**coisas que você gostaria que os outros reconhecessem em você; Descreva como você se vê no ano 2005.** Ao fundo, foi colocada música ambiente de relaxamento. Após terminar, foi feito um relaxamento com MA, através de exercício de respiração.

CP: O que você faz para alcançar tuas metas e objetivos?

MA: Hoje, pouca coisa. Penso, sinto a necessidade e fico nisso: - na vontade de fazer.

MA: Nesta, aqui, dos dois objetivos que me definem, eu escrevi: não sou de desistir depois que me proponho a fazer as coisas e ser persistente. Gosto de trabalhar o melhor das pessoas. Buscar qualidade no que faço e valorizar a minha independência.

CP: E quanto a sua maior qualidade e seu defeito o que escreveste?

MA: No defeito, que a minha verdade deve ser a maior, não dar o braço a torcer, ter dificuldades de reconhecer, quando estou errada. E. na qualidade, ouvir e ser fiel.

MA: Ana, nesta aqui, alguma coisa que acredito fazer bem é cozinhar comprar presentes e costurar.

MA: Três coisas que eu gostaria que os outros reconhecessem em mim, a resposta foi Ana: a coragem, o respeito que tenho pelos outros, pelo paciente, pela minha equipe, que trabalho bem e o meu jogo de cintura.

MA: E quanto a como me vejo no ano 2005, é estar bem melhor de saúde, de dinheiro, de tudo. Tendo essa possibilidade que estou tendo de me trabalhar, me vejo mais calma, mais tranqüila. Tentando melhorar mais meu desempenho profissional, familiar e espiritual. Que a profissão seja reconhecida mais no social e tendo mais autonomia. Outra coisa que espero, até lá é ter terminado a minha casa e, para isso, que o salário da enfermeira seja maior. Ter feito um curso de inglês e poder estar lendo os artigos que vem nas revistas em inglês. Ter cursado uma escola de computação e poder pagar a faculdade das minhas filhas. E gostaria de não ser tão passiva na minha vida pessoal e profissional. E já ter parado de fumar e tomar tanto café preto<sup>19</sup>.

---

**Dinamizando os grupos.** Florianópolis : Lunardelli. s/d.

<sup>19</sup> Aqui também foi orientada com técnicas comportamentais, se conversou para que ela estabelecesse uma meta de quantos cafés ela poderia tomar ao dia e no restante, substituir por suco, chá e/ou água. MA foi orientada para buscar ajuda psicoterápica.



Este exercício permitiu trabalhar as potencialidades, as dificuldades, a percepção de MA, enfim, trabalhar a estima da enfermeira. Ele se mostrou muito eficiente para coletar dados, para traçar o plano de enfermagem. Durante este exercício e o nosso diálogo, outras questões foram levantadas em relação à enfermagem, a vida do trabalho e a vida em geral. Ele se mostrou muito rico para o cuidado construtivo. Fazendo um recorte no diálogo, trago outras falas de MA.

MA: Verbaliza que não tem vergonha de chorar, na frente das pessoas, e exclama: isso é uma forma de mostrar que existe um sofrimento, uma situação que, às vezes, tu não consegue resolver ou contornar. Então, falar me acalma, me relaxa.

CP: E estas situações são pelo que?

MA: Uma boa parte é pela profissão, outras pelas minhas próprias situações. Por exemplo, ter que trabalhar em dois lugares, não ter dinheiro, minhas filhas adolescentes. E, até, sabe outro dia fiquei com um “baita” receio de ser pega fumando, pois é demissão por justa causa (SIC). E tantas outras coisas...

CP: E nossa prescrição será que pode aliviar um pouco este sofrimento?

MA: E como. Silêncio.

CP: Tenho certeza que você vai conseguir. Não vai ser fácil, mais, aos poucos e com tua força de vontade de vencer, vai dar certo. Olha MA, veja quantas coisa tu tens e conseguiste. Tua casa, mantém duas filhas sozinhas, pagas os estudos delas, desenvolve um bom trabalho, veja quanta força interna. Que valor. Será que você pode ver assim?

MA: Tá difícil (choro...). Mas vou tentar.

Neste momento, MA se acalma, pára de chorar, relaxa. Serve um prato de bolo. Sua filha mais nova no dia anterior estava completando 15 anos. Entendi que este momento era muito precioso para MA. Uma fase muito importante do ciclo vital da família. Talvez, isso justifique sua sensibilidade.

MA: Sabe como eu trabalho bastante, sempre preciso da troca. A troca é o melhor caminho para gente conseguir as coisas. Como seria bom se a gente pudesse trabalhar, viver tendo uma mão amiga. Seria muito mais fácil, muito mais contentador. A partir do momento que tu dá a mão para alguém, tu sentes a energia se cruzando, fortalecendo uma a outra. Uma força. E isso é difícil, dentro da nossa profissão. O que ocorre é, assim, eu fiz

isso, eu fiz aquilo, é um individualismo: eu é que fiz, a vitória é minha.

CP: Este sentimento de individualismo existe na enfermagem?

MA: Muito. É muito grande. O setor fechado fica um pouco mais fácil as coisas. Ocorre um pouco mais de ajuda. Sabe, vou te confessar eu trato muito mais a saúde dos meus pacientes e dos funcionários do que a minha. Ela sempre fica para depois.

CP: Como a enfermeira se cuida?

MA: Não se cuida. Risos. Mas tu tá cuidando bem da tua paciente. Não tenho hora para dormir, não tenho hora para comer, não tenho hora para chegar em casa, não tenho hora para olhar minhas filhas...Assim, a minha saúde, ela tá pior que alguns pacientes na CTI. Fumante (...).

CP: Tu dirias que isso é uma característica tua ou da enfermagem cuidar mais do outro do que a si próprio?

MA: Silêncio. Tom de voz baixa diz: é uma característica da enfermagem. Só que existe pessoas que se tratam melhor que eu. Não fumam, não têm jornada dupla (...) Eles se cuidam de maneira diferente. Mas, mesmo assim, cuidam mais da outra pessoa do que a ela mesma. O outro é a figura principal e você é uma figura de fundo. E isto é desde a formação.

CP: MA gostaria que você avaliasse este nosso momento?

MA: Você foi uma pessoa muito especial para mim, hoje. Puxa vida, como foi bom poder desabafar, falar, chorar. E você só me ouvindo, me escutando. Tendo paciência. Que coisa boa. Esta semana eu e minhas filhas estávamos conversando sobre o teu trabalho, olha elas falaram que você é muito legal, que está me ajudando. Eu te digo, sem falsa modéstia, algumas coisas estão me ajudando muito.

CP: Por exemplo?

MA: Desde a diminuir o fumo, o café até eu me reconhecer em alguns pontos. É uma coisa muito boa. Olha você ter conversado com a minha filha, a mãe e comigo também foi muito bom. Olha, já perdi a conta de quanto tempo não reunia a família para ter uma conversa como tivemos. Acho que vai me ajudar a ter um relacionamento melhor com a minha mãe. Sabe outra coisa boa foi poder olhar para dentro de mim e não sentir medo.

Este teu jeito, teu método de perguntar, os exercícios, a tua criatividade faz a gente falar, falar sem sentir, mas, também, faz a gente pensar.

CP: E isso te ajuda a te cuidares?

MA: E como! e como! Muito bom mesmo!

Neste momento, a filha entra na sala e senta à mesa. Explicamos que estávamos fazendo uma avaliação do nosso encontro e perguntamos se gostaria de dizer alguma coisa. AM respondeu: “acho que tá sendo bom este trabalho, tá ajudando a colocar a vida dela um pouco mais em ordem. Ela tá tentando parar de fumar, é uma coisa que eu e minha irmã estamos sempre brigando com ela. Ela tá podendo ouvir mais a opinião dos outros. Quando tu saís daqui, ela fica pensando”.

CP: E isto está sendo bom para vocês?

AM: Hum... Hum... Tá, eu acho que tá sendo bom. Gosto de vir aqui na cozinha de vez em quando, dar minha opinião.

A outra filha de MA se aproxima e, também, dá sua opinião.

CA: É um trabalho que ajuda a mãe e, também, a outras pessoas que estão fazendo parte do trabalho.

CP: E tu te consideras parte do trabalho?

CA: Sim. Eu gostei.

### **5.2.5. V Encontro - Dando um tempo no namoro**

#### **5.2.5.1. Enfermeira SU**

Este encontro durou quase duas horas, era o final dos encontros individuais, e ela sabia que iríamos ficar até final de novembro e início de dezembro, sem nos ver, até acabar os encontros individuais dos outros atores. A última técnica utilizada para a enfermeira SU, foi uma gravura (Figura 6) “**tipos de participantes**”, onde solicitei que escolhesse qual(is) o(s) tipo(s) que seriam adequado ao papel do enfermeiro, esta técnica ficou para o final do encontro. Anteriormente, dialogamos sobre outras questões e verificamos como andava nosso plano (prescrição de enfermagem) de cuidado.

## TIPOS DE PARTICIPANTES DE GRUPO



- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1 – O Calado                  | 6 – O Acanhado                     |
| 2 – O Aborrecido (O Belicoso) | 7 – O Que Não Coopera              |
| 3 – O Positivo                | 8 – O Distraído (O Desinteressado) |
| 4 – O Sabe-Tudo               | 9 – O Desdenhoso                   |
| 5 – O Falante                 | 10 – O Cochichador                 |
|                               | 11 – O Perguntador Persistente     |

**Figura 6** - Exercício retirado do curso de Dinâmica de Grupo orientado pela psicóloga Maria Aparecida Estacia, ministrado no ano de 1996, na UPF- Passo Fundo - RS.

CP: O que vamos fazer hoje?

SU: Eu já estou aqui, daí a gente vê o que vamos fazer e como vamos fazer, não é assim?

CP: Sim. Então, o que vamos propor?

SU: Eu proponho que tu digas o que vamos fazer?

CP: Puxa vida, heim? Que coisa cômoda, heim? Risos.

SU: Risos. Eu chego, assim, sem nada determinado e, como sempre, é uma novidade, eu espero, deixo que tu me cuides.

CP: Ok! Então, como está nossa prescrição de enfermagem?

SU: Estou fazendo aquela da carteira de cigarro. É, ela não deixa a gente ansiosa porque não pode fumar e ao mesmo tempo ajuda a gente a fumar menos no final do mês. Quanto a ida ao sanitário<sup>19</sup>, estou fazendo, assim, quando vou sair de casa vou ao banheiro e depois, na hora do intervalo, me desloco para o banheiro da maternidade que é mais agradável e limpo. Mas durante todo o expediente, só consigo ir uma vez por turno.

CP: E como se sente?

SU: Bem melhor. É! tu tinhas razão, eu não fico acumulando tanto, a bexiga fica mais leve. É, senão, amanhã pode dar até um problema de prolapso. A urina está até menos concentrada. Sabe, hoje eu cheguei ao vestiário e comentei com algumas colegas a questão dos banheiros no hospital e exclamei: “tenho horror destes banheiros, que banheiro horrível”. E aí a resposta foi: “é horrível mesmo, não sei como a gente agüenta isso, não se sente bem quando tem que vir ao banheiro, que fedor, não tem nenhuma ventilação, é velho, de aspecto tétrico”. A outra colega que estava ouvindo a conversa disse: “lá, no outro local que eu trabalho, também é assim. Eles até tiveram que dar uma modernizada no banheiro, mas porque estavam construindo uma ala nova. Ficou um pouco melhor, mas a ventilação é um problema”. A outra colega saltou e disse: “pior é no meu outro local de trabalho que não tem nem janela”. E eu disse: “mas meu Deus! dependendo tu morres lá dentro”. E olhe que esta instituição é uma das mais modernas. Vê-se que não pensam em nós, da enfermagem, quando projetam as coisas. Eles não pensam nos funcionários.

CP: Então, você está me dizendo que, além da desvalorização, as condições de trabalho, de ambiente para enfermagem também têm seus problemas?

SU: É. E como tem! A sala, o banheiro, o refeitório... são melhores para o médico, para o diretor, para o supervisor. O restante se vira como pode e ainda vem com uma conversa mole: todos têm que dar sua contribuição, as coisas vão melhorar, a luta, juntos

---

<sup>19</sup> SU passa todo o tempo de seu trabalho (média de 9 horas) sem utilizar o sanitário. Então nossa orientação foi que ela pudesse encontrar um meio e um local onde se sentisse melhor para realizar suas necessidades fisiológicas.

nos fortalece. Sabe estas babozeiras. E isso nos chateia, nos atrapalha.

CP: Por exemplo, como você fica um plantão inteiro sem ir ao banheiro? E como ficava assim, durante todos os dias de tua atividade?

SU: Exatamente.

CP: Porque a gente não busca, não reivindica, se acomoda ?

SU: É, acaba deixando para lá. A gente não cuida de si, e daí se tem várias coisas para fazer pelo outro, e acaba deixando de lado as coisas, a tua vontade a tua opinião e teu sentimento.

CP: Então, vamos ter que pensar porque tanto abafamento e o que se pode fazer para mudar e/ou amenizar esta situação.

SU: Olha, isto é tão antigo quanto é Jesus (...). Estes dias a gente até falou em reunião que nós vivemos apagando incêndio. Não se tem tempo para fazer nada, um estudo mais detalhado. O médico tem a mesa dele e as cadeiras, daí, ele se reúne para fazer a revisão dos pacientes do dia. Assim, chega, tem tempo para estudar, trocar idéias com os residentes, aprender, se aperfeiçoar”. Eu fico só olhando, de longe, porque a gente não tem tempo. Sabe, outro dia, eu quis fazer um espaço na CTI para estudar. Veja o que aconteceu: “era uma questão de internação, eu voltei a ficha para os responsáveis resolver e tal. Eu disse: ‘eu não concordo com este tipo de serviço, quem tem que avaliar esta situação é o médico e o pessoal da internação, não sou eu quem decide se ele deve ficar ou não internado. Vocês, pelo menos, deveriam dividir o trabalho e não deixar só com a gente’. Sabe o que aconteceu? Fomos parar todos na chefia! Foi aquela confusão, tivemos que ficar calados. Então, olha é N coisas para fazer. Não sobra tempo para mais nada.

CP: Nem para ir ao banheiro?

SU: É. Somos, então, uma profissão tarefeira. A gente reclama, mas continua fazendo (...).

CP: SU, ao olhares para esta gravura diga-me qual seria o papel do enfermeiro nesta reunião?

Olhou a figura por alguns segundo e verbalizou:

SU: Este aqui o “**Acanhado**”, porque tem tudo a ver com a valorização e a



desvalorização. Perante o grupo todo se sentiria desvalorizado, um empregado e ficaria acomodado, passivo, a espera de uma ordem.

CP: E o último qual seria?

SU: Silêncio. Observa a gravura por mais um tempo e diz: “**Desinteressado**”, ele nunca seria. Ele está sempre querendo saber, está sempre se envolvendo. Até demais para o meu gosto.

CP: E entre o primeiro e o último qual seria mais?

SU: Silêncio. Este aqui me chama a atenção - “**Perguntador persistente**”. Porque depois que tu comesças a falar tu queres o mínimo dos detalhes, queres saber tudo. E o outro que me chama a atenção é o “**Positivo**”, ele acredita que tudo vai dar certo, tem esperança.

CP: Teria mais algum?

SU: Não. Acho que o restante ele não seria. Acho que seria estes mesmos.

CP: Vamos avaliar nossos encontros? Este método foi adequado para cuidar de quem está sofrendo por questão da enfermagem? Você quer fazer por escrito ou...?

SU: Não, prefiro falar. Tu tá gravando, não?

CP: Sim.

SU: Então, vamos lá. Silêncio de alguns minutos. Ele é um bom método. Porque a gente buscou se conhecer, trazendo toda a minha história de vida, de trabalho. Tem alguns pontos que eu nunca teria me dado conta. Tu entendes, fica mais claro para ti, por que às vezes tu não sabe porque estás nas coisas, não se dá conta que tem coisas que tão te preocupando, te atrapalhando. Então tu vai indo, vai indo sem mudar nada. Mas, às vezes, tem coisa que a gente pode fazer. E nós traçamos algumas estratégias para o meu cuidado que eu reconheci serem importantes e necessárias e o que tu trouxe à tona foi produtivo para mim. Veja a questão do cigarro. Não tá sendo massante fazer a prescrição e é uma coisa boa para mim. Desde parar de fumar a ficar mais com dinheirinho na carteira. Eu achei ótimo para mim este teu trabalho. Porque, no teu trabalho, ninguém tá preocupado se tu tá fumando pelos olhos, se tua bexiga tá cheia, se teu colesterol tá alto.(Risos). Eles podem estar preocupados se tu tá fumando, dentro da empresa. Agora, se tu vai chegar em

casa e detonar um pacote de cigarro, eles não tãem aí. Isso é ruim, dói, quando tu está num ambiente que tu dá tudo de ti e eles não estão aí. É verdade, ninguém chega para ti e diz: tu tá precisando de alguma coisa? tem alguma coisa te incomodando? te atrapalhando? eles nem tãem. E você faz isso com teu trabalho. É um bom método para cuidar de enfermeiros com dificuldades e que não sabe se cuidar.

CP: Se eu pudesse expandir a proposta para mais colegas seria uma boa idéia?

SU: Eu acho que sim. E precisaria.

CP: E como se poderia fazer isso?

SU: Indo propor isso.

CP: Quem proporia?

SU: Risos: Eu? Não sei.

CP: Que mais tu gostarias de me dizer?

SU: Na maioria dos trabalhos que eu participei, eram com questionários. E, às vezes, tu põe qualquer coisa. Aqui, faz a gente refletir, pensar. Eu gostei de me conhecer melhor. O questionário deixa muito a desejar, tu não participa, não interage. É a primeira vez que participo de um trabalho assim, e ainda, gravado. Confesso que, de início, me preocupei, depois foi tranquilo. A gravação não deixa distorcer as repostas que, no questionário, não fica claro. Então fica bem real, depois tu trouxe os resultados para gente do que foi trabalhado e a gente ainda tem a possibilidade de acrescentar, concordar ou discordar das coisas e isso é legal. Poder ver as coisas sobre vários ângulos é ótimo. De repente, a visão do colega (tua) me ajuda. Eu adorei bastante.

CP: Como pessoa, tu disseste que contribuiu bastante e para a profissão, como foi?

SU: Vai contribuir, também. É bom ver as coisas que se tem dentro da profissão, é bom discutir as dificuldades, as coisas boas, as coisas que precisam melhorar, como está a enfermagem, como está o enfermeiro. Os trabalhos, na grande maioria, são para o paciente, para o auxiliar, para a empresa. Este é para nós. E, isso, talvez, se fizesse com mais gente ajudaria a enfermagem a sair dessa posição de desvalorização, desta passividade, desta domesticação. Eu diria “agora sou uma mulher enfermeira falante”. Daí tu poder trabalhar todas estas questões é maravilhoso. E o que é importante: sem cobranças, trabalhar juntos.

Nós fomos uma equipe. Uma ajudou a outra a perceber as coisas do mundo, as coisas que nos cercam, o que somos neste todo, que parte somos. Que coisas nos influenciam e como eu posso influenciar as coisas Ajuda, enquanto profissão, se nós pudermos reconhecer alguns papéis e assuntos. Penso que ajudaria a gente a ter outro *status*. E isso deve acontecer, mas primeiro temos que passar pelo conhecimento pessoal e, então, alterar o grupo de enfermagem. Assim, mudaria a postura e o comportamento. Tem que se conhecer para isso, cada enfermeiro tem que olhar para dentro de si, se reconhecer.

CP: Gostaria de deixar uma mensagem?

SU: Eu diria para a categoria dos enfermeiros que eu **não trocaria a enfermagem**. Ela é uma profissão intrigante. Mas temos que buscar mais uma atitude política, uma atitude mais social. Ser mais participante. Ser mais um grupo. Dizer que tu fazendo aqui, eu ali o outro lá, daqui a pouco uma plantinha vira uma árvore.

A nossa confraternização aconteceu em um restaurante especializado em “massas” (por escolha da SU). Na ocasião, ofertei-lhe um cartão sob a forma de uma casa e uma lua em cima (feito de madeira). É, para lembrar dos nossos encontros, um saquinho de bolachas sortidas, nos sabores de canela, castanha, nozes e amendoim.

Após 15 dias do nosso último encontro, realizei um *Full up* (saber notícias de seu cliente após o término do trabalho, uma espécie de desligamento gradual da relação e uma atenção com a pessoa. Serve para mostrar para a pessoa que você está ali, caso ela necessite de sua ajuda, novamente) por telefone com a enfermeira

O *Full up* foi realizado também com os outros dois atores. Ao mesmo tempo que serviu para desvincular, serviu para manter contato, pois teríamos, ainda, um encontro coletivo. É, também, uma forma de não perder os sujeitos do estudo.

Os *Full up* foram igualmente gravados. Eles não devem durar mais que 5 a 6 minutos.

Passarei a relatar as avaliações dos outros dois atores do último encontro de cada um.

As técnicas apresentadas, aqui, permearam os encontros dos atores, porém cada qual a seu momento, ou seja, quando a situação assim pedia.

### 5.2.5.2. Enfermeiro GI – Avaliação do 5º Encontro

GI: Eu achei bastante válido. A dificuldade é quando você trabalha sentimentos, valores com as pessoas, vai sempre haver aquele receio, de que maneira vai ser encarado, o que vai ser feito com isso. Isso vai me trazer algum prejuízo, então, não é tão fácil de trabalhar. Mas eu gostei muito. Eu nunca me imaginei fazendo um trabalho assim. Sou muito tímido e tenho alguns receios. Talvez, pela dificuldade de me expressar. Com a parte mais prática, mais técnica, eu faria qualquer teste. Estaria, assim, apoiado naquilo que eu domino. A gente não consegue se perceber muito. Falta um auto-conhecimento. Este teu trabalho poderia ser comparado a um processo de enfermagem. Penso que eu e você conseguimos melhorar certas dificuldades minhas as quais, dificilmente, eu conseguiria trabalhar no grupo. Principalmente, as coisas que são individuais. Que, se **tendo esta disponibilidade de tempo**, a gente conseguiria melhorar muito. Se tivesse uma pessoa dentro do hospital que fosse conversar de um por um, fizesse este levantamento, se propor a fazer uma prescrição assim como você, seria ótimo. E fosse corrigindo as coisas, realmente seria ótimo. Você conseguiria melhorar aquelas dificuldades que o profissional tem. O trabalho teria uma outra qualidade. Melhoraria este sujeito enquanto pessoa e enquanto profissional.

Eu melhorei bastante. Consegui colocar algumas coisas que, às vezes, a gente não fala para outras pessoas como: algumas dificuldades, sentimentos, expectativas...Que é importante a gente parar e saber o que as pessoas pensam, quais são seu anseios. É importante a gente saber o que o profissional espera de seu trabalho, suas perspectivas, o que ele pode fazer para melhorar as dificuldades dele e da profissão. Isso é ótimo. Com isso, a gente teria uma equipe mais adequada trabalhando na enfermagem. **Eu me senti cuidado com o teu trabalho.**

### 5.2.5.3. Enfermeira MA – Avaliação do 5º encontro

MA: Desde nosso primeiro encontro, eu posso dizer que eu levei mais a sério a necessidade que eu tenho de parar de fumar, de fazer um exercício, de fazer os intervalos previstos pelo hospital, no meu horário de trabalho. A grande necessidade que eu tenho de

procurar um apoio (terapia). De poder olhar mais para a família. De poder me cuidar mais. Essa oportunidade de poder fazer este tipo de trabalho, que é muito bom. Me senti extremamente lisonjeada com a oportunidade de participar de teu trabalho. Poder olhar para dentro de mim foi algo maravilhoso. Olhar as coisas que estavam causando sofrimento na profissão foi algo muito bom. Me ajudou muito. Bah! Foi extremamente essencial na minha situação. As técnicas utilizadas por você faz a gente se abrir, faz a gente revelar coisas que, até para gente, estavam escondidas. Foi excelente. Eu recomendo para as outras enfermeiras. Valeu. Só tenho a dizer, que pena que acabou.

### **5.3. O encontro coletivo – Despedindo-se do namoro**

Neste encontro, não utilizei nenhuma técnica, apenas devolvi as situações encontradas anteriormente. O Objetivo maior era o de validar algumas informações e fazer uma avaliação coletiva, trocar idéias. E acabou servindo para coletar mais dados.

CP: O que vamos fazer? O que vocês gostariam de conversar ?

MA, SU e GI: Aquela boa idéia: você decide. (Risos).

CP: Então, vou colocar para vocês alguns achados dessa nossa trajetória. Gostaria de dividir isso com vocês e que vocês não comentassem, ainda, pois são apenas uma pré-análise dos resultados. Ok?

MA, SU e GI - Claro. Concordaram todos com a cabeça.

CP: Apareceu uma dificuldade entre o sentimento e o significado de ser enfermeiro, o enfermeiro fica enredado entre a razão e o sentimento, a razão e a emoção, a mente e o corpo. Existe uma chateação, um sofrimento, uma resignação frente à desvalorização da enfermagem. Com isso, o enfermeiro fica passivo. Foi comparado, também, a profissão com uma atividade doméstica e uma profissão extremamente tarefaira, quase sem autonomia, sem poder de mando. E isso acaba causando um sofrimento. A desvalorização aparece pelo baixo salário, pelo paciente, pela empresa e, também, pela própria categoria. E que este sofrimento, na grande maioria, não é percebido pelo enfermeiro, mas ele interfere no processo do viver saudável deste profissional. Não tem o reconhecimento

social que deveria. Mas, mesmo assim, os profissionais são apaixonados pelo que fazem. Apareceu, também, que o ser humano enfermeiro sofre.

SU: Rindo verbaliza: “fariam de novo enfermagem”?

CP: Gostaria de ratificar isso com vocês.

SU: Eu acho que sim.

MA: Faria de novo.

GI: Apenas, verbaliza com a cabeça afirmativamente.

CP: Então, o sofrimento que vocês me revelaram são pela desvalorização da profissão e não por ser enfermeiro?

MA, SU e GI: Sim, é isso aí.

CP: Uma outra coisa que apareceu foi o isolamento que a enfermagem apresenta. Ele dificulta a busca, a troca de idéias, um entendimento maior do setor, da instituição. Fica-se muito centrado nas tarefas. E aí, fica difícil a aprendizagem com o próprio enfermeiro, com a própria equipe, com os outros profissionais. Não ocorre muito grupos de estudos.

SU: É, você se sente bem dividida. Parece que a porta da CTI é outro mundo, outro hospital. Às vezes, acontece coisa que tu diz, “o quê? desde quando?”, você nem toma conhecimento. Não chega até à gente. Tu acaba não trocando muita informação.

MA, GI: É. É. O setor fechado é muito assim.

CP: Outra coisa que apareceu foi que, em relação ao ambiente, as questões da enfermagem ficam em segundo plano, desde o organograma até às questões de móveis. Tudo é planejado para o cliente, para a administração, para o médico e a enfermagem fica em segundo plano. E quando o enfermeiro dá alguma reclamadinha, às vezes, se altera alguma coisa.

MA: Olha, que a reclamadinha, às vezes, tu tem que ir para cima dos livros, tu tem que dizer por A+B porque você quer as coisas. É impressionante. Tu tem que provar, provar. Até parece que tu tá fazendo um favor.

SU: Daí alguém vem de fora da enfermagem e diz o que você queria, daí tudo se resolve. A gente só se olha. A gente tentou, mas não nos ouviram (...).



GI: Exato. Mas, às vezes, a gente consegue. Eu acho que está melhorando.

CP: O que está sendo planejado para a enfermagem, dentro dos locais de trabalho de vocês em relação ao descanso, relaxamento, para a melhoria de ambiente?

SU: No meu nada, pelo menos que eu saiba.

MA: Parece que na CTI nova, vai ter uma sala para enfermagem descansar, para ler, fazer um intervalo ou coisa do gênero, eles estão pensando.

SU: Será que sai? Falando em intervalo, o que nós conseguimos foi que, nos finais de semana, a gente não tem onde ir, então, temos aquela pracinha e a gente vai lá relaxar, quando tá de plantão. Aquela área verde é ótima, grama bem cortadinha, bem arborizada, só que não tem banco, então, agora, depois de pedir, eles providenciaram bancos.(...) Acho que eles conseguiram entender o recado.

CP: Outra coisa que apareceu foi que o cuidador não sabe se cuidar direito?

SU: Risos. Ah! É.

MA: É mesmo. Verdade.

GI: É que fomos preparados para cuidar do outro.

SU: Você está esquecendo do cigarro?

MA: Você também é fumante? Eu já consegui ficar um dia praticamente sem fumar, e só fumei três cigarro. Só três cigarros por dia.

CP: Como te sentiu?

MA: Queria me morder.

CP: Parece-me que o nosso plano não era esse?

MA: Claro. Não era. Eu que quis me testar. Mas já voltei para a nossa prescrição. De duas a três carteiras quase por dia, eu já consegui ficar entre uma a duas e meia. Você me disse: “sem muito *stress*”.

SU: Sabe, eu me pego pensando: “fumar não condiz com a tua pessoa”. O que tu queres com isso? Risos. Eu digo: isso tá demais. Sabe, outro dia fui ao shopping e lá não é permitido fumar. Eu pensei: “não vou deixar de ir lá só por causa do cigarro”. Risos. Já pensou tu não poder ir a um lugar só porque tu não podes ficar sem fumar? Eu me fiz esta

pergunta.

MA: E agora tu imagina ,eu perder meu emprego só por causa do cigarro?

SU: Pois fica estranho.

MA: Daí é violento demais.(...)

CP: Deixe eu ver se entendi o que vocês acabaram de me colocar.

O enfermeiro enquanto no exercício de sua profissão tem muito controle, fora dela, acaba “explodindo”, não tendo o controle necessário, dando origem ao sofrimento. O excesso de controle enquanto profissional causa a falta de equilíbrio na vida pessoal? Então, a pessoa se atrapalha, sofre?

MA: Exato. E como. E gera um sentimento de raiva (..)

CP: Outro item que apareceu foi em relação ao perfil do enfermeiro. Não ficou muito claramente evidenciadas as características.

MA, SU e GI : É. É. É.

CP: E o que é visto como cuidado profissional também não está claro. Por exemplo, arrumar uma cama, dar um uma atenção, tirar uma comadre...

MA: Realmente. A má interpretação do que é cuidado, do que não é cuidado. Isto realmente existe.

SU: É. Penso que, ainda, isso trás aquele ranço de que o cuidado de enfermagem é um cuidado doméstico.

GI: E, talvez, por isso não nos é dado o real valor social, nem monetário.

SU: Algumas pessoas, alguns profissionais vivem como uma extensão da tua casa.

MA: É bem isso mesmo. Você ajusta os móveis, você limpa, se preocupa com as “compras”, com o que tá faltando.

SU: Alimenta, se preocupa com a dieta, com o banho, com a higiene.

MA: E, aí, é como numa casa que você precisa das coisas e você não as consegue. É extremamente tarefaira.

CP: E por falar em coisas domésticas, nos nossos encontros, vocês me disseram que

existe uma diferença entre: ser enfermeiro e ser enfermeira.

MA: Ah! É.

SU: Eu acho. Ele é mais ouvido.

MA: Sabe, eu tinha te colocado sobre a emergência, né. Realmente, depois que os enfermeiros homens entraram, as coisas começaram a andar. Enquanto as enfermeiras pediam, elas não conseguiam. Mesmo o tratamento é diferente, por parte do paciente e dos médicos. Por exemplo, dar de cara com uma mulher ou com um homem é diferente. Caso de paciente alcoolizado ou outra situação. É, pensando bem, tem diferença!

SU: Inclusive ele é mais ouvido, dentro dos setores. Como eu te coloquei, no nosso encontro, as broncas vêm mais para nós, as mulheres.

CP: GI, o que tu pensas dessa situação?

GI: Não sei. Não havia pensado isso.

MA: É porque ele é homem que ele não quer falar. Risos. Eu acho que eles tem mais privilégios. Escolhem o mês de férias que quer, sai o dia que quer, se está doente o atestado pode trazer outro dia...

GI: Não é bem assim.

MA e SU : Risos.(...)

CP: Vocês estão me trazendo outro fato importante. A questão da relação de poder. Da administração, o poder de outras coisas em cima da enfermagem, e o poder de quem está na chefia de enfermagem, o poder do gênero?

MA, SU e GI: Ficaram em silêncio.

SU: É, tem muito “poderes” na enfermagem. É, muita gente que manda na enfermagem.

CP: Outro item que apareceu em nossos encontros foi a influência da família e da sociedade no que se refere a escolha da profissão.

MA: Hum! Hum!. Até a minha filha completou isso : “a avó disse que queria que tu trabalhasse fora, tu tá falando a mesma coisa para mim. E, indiretamente, eu aceitei, porque eu perguntei para ti o que eu deveria fazer no vestibular”. Eu disse que se ela

escolhesse enfermagem eu não pagava(...). A mãe disse para mim trabalhar fora, e eu acabei fazendo serviço de casa fora de casa! Que coisa impressionante. Ainda ela acrescentou: “eu tô gostando de uma profissão por tua insistência”.

CP: E qual é esta profissão?

MA: Direito.

CP: Pude sentir, enquanto trabalhávamos que a enfermeira mulher teve sua identificação mais observando as características do homem, em casa, e do enfermeiro homem (também em casa) observando a mulher. O que vocês me dizem disto?

MA: Que tal? Eu não sei. Mas eu não me dou muito com a minha mãe. Realmente, eu sou mais ligada ao meu pai.

SU e GI: Ficaram em silêncio.

CP: Apareceu a questão da influência da família, tanto na questão da valorização como na desvalorização da profissão enfermagem. O que vocês me dizem e este respeito?

SU: Às vezes, tu tomas alguma atitude assim: Os vizinhos pedem alguma coisa para gente fazer em relação à saúde e eu exclamo isso eu já faço no hospital e o pai e a mãe dizem : “mas tu não és enfermeira? Parece que tu tens que ficar 24 horas servindo alguém. Então, essa é a visão que eles têm. E o que é pior: cobrar, nem pensar!”.

MA: A visão que eles têm é que nós temos que ser doadoras. Fazer tudo para o bem-estar das pessoas. E não nos vêem como pessoa que tem determinado horário, é profissional, eles te pressionam para fazer as coisas. Tudo é uma situação de cobrança. Você tem a obrigação de fazer.

CP: Então, se tem tudo isso, se as pessoas acham que tens que ser uns “anjinhos”, porque escolheram esta profissão?

MA: Bah!

SU e GI: Ficaram em silêncio.

MA: Eu queria medicina, mas acabei na enfermagem porque eu queria lidar com saúde.

SU: A área da saúde é uma coisa que me atrai, mas eu não pensei em ser médica. Eu queria Nutrição. Eu só tentei a primeira vez, depois desisti. Ainda bem que eu não passei.

Penso que eu não ia gostar.

GI: Eu optei. Gostei quando fiz o técnico.

MA: Tá vendo? Casa- comida. Risos.

SU: É bem doméstica.

CP: Dentro da família vocês se sentiam como um patinho feio, sem condições, pensando que os irmãos eram melhores?

MA: Eu sim. Eu era a filha do meio, o sanduíche. A salsicha no meio do pão.

SU: Em meu pensamento, eu achava que meus pais preferiam um menino e que eles, lá no fundo, preferiam a minha irmã.

CP: GI, e você?

GI: Eu não sei. Eu sou meio tímido. Não gosto muito de falar. Sempre tive dificuldades. Principalmente financeiras.

MA: Eu tive que lutar muito para ver que eu tinha capacidade. E não faz muito tempo que eu estou descobrindo isso. Desde criança que eu passo por esse processo de me achar o patinho feio.

CP: Deixem-me eu confirmar: Lá com seus “ botões”, quando vocês apagavam as luzes, lá em suas camas, lá no fundo, vocês sentiam algo em relação a questão da desvalorização?

MA, SU e GI: Acenam afirmativamente com a cabeça. E exclamam: Hum! Hum!

CP: O último item apareceu que seria bom a criação de grupos de apoio, dentro dos locais de trabalho, pois a pressão é muito grande sobre a enfermagem.

MA: Bah! Essa é uma das minha sugestões, eu escrevi aqui. Na enfermagem a gente não conversa muito, tem medo de represálias. Sabe é uma coisa impressionante, tem três funcionárias da CTI com depressão. E, entre os enfermeiros também tem outras pessoas na mesma situação.

SU: É uma sobrecarga.

MA: Somos quinze funcionários na CTI, no mínimo, cinco estão em tratamento.

CP: Então, estas questões precisam ser discutidas com a categoria.

MA: Eu acho uma boa sugestão.

SU: Eu também.

GI: Não sei.

CP: Ao analisar as falas de nossos encontros, os itens foram os que agora abordamos. Vocês desejam me colocar outros?

SU: Apareceu um monte de questões aí que eu tava identificando, que eu percebi bem as minhas respostas, as minhas colocações. Eu concordo com isso tudo.

GI: Eu também.

MA: A mesma coisa comigo

CP: Como foi para vocês eu poder ouvi-las?

MA: Nossa! Nossa! Foi muito bom, muito bom, não tenho palavras.

SU: Para mim foi muito bom. Porque eu parecia estar adormecida em alguns assuntos, que tu acorda. Eu acordei para um monte de coisas. De situações.

GI: Foi bom, mas, no começo, eu fiquei meio tenso.

MA: Duas coisas importantes: ser ouvida e dar vazão às coisas que estavam dentro do baú. O presente que eu queria de dez anos atrás. Enfim, ser ouvida e necessária.

SU: Puxa! estou encantada com as palavras dessa menina, aí. Risos.

O encontro foi regado por um bom lanche da tarde. E, ao final, entreguei ao atores cartão natalino com votos de felicidade.

Apresentei as avaliações escritas dos atores participantes da prática assistencial coletiva. (Xerox das avaliações ) (Anexo 7).

#### **5.4. Avaliando a Aplicação do Cuidado Construtivo na Prática Assistencial**

O trabalho deveria ser fonte de prazer e produzir o mínimo de sofrimento. Isto fica difícil para seus atores ,quando este trabalho não é reconhecido e nem valorizado pela



sociedade, bem como, pelas pessoas que o executam, pelas pessoas que estejam engajadas na roda do labor. A revisão da literatura é rica em evidenciar estes fatos.

Na enfermagem, Patrício, Padilha, Lunardi Filho são alguns porta-vozes desta situação. Em suas obras apontam, de alguma forma, o sofrimento que o trabalho de enfermagem acaba gerando nos profissionais. Estes autores apontam soluções e/ou recomendações que possibilitam um viver mais saudável a estes profissionais.

Uno-me aos referenciais propostos pelos autores citados acima, e diante da minha inquietude, procurei desenvolver este estudo centrado no Cuidado Construtivo, com base no enfoque sistêmico, que passo a avaliar:

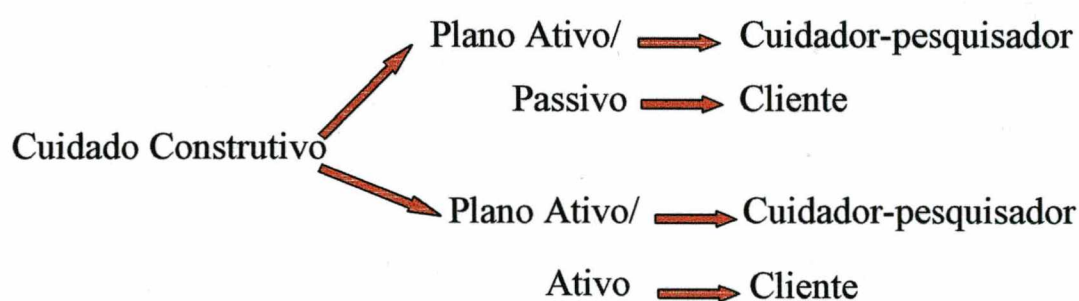
A disciplina Prática Assistencial tinha como objetivo: construir, aplicar e avaliar um marco referencial junto ao cliente (grupos, pacientes, profissionais...). Em meu caso, realizei com Enfermeiros que Vivenciam Sentimentos de Desvalorização da Profissão Enfermagem. Considero que os objetivos foram alcançados, de uma forma significativa, trazendo soluções criativas para todos os que participaram desse processo. Considero que foi positivo o alcance dos objetivos para mim (enquanto pessoa, profissional e mestrand...) e, também, para o cliente. Acredito que, para o futuro da profissão, a contribuição vem através da produção de conhecimento (dissertação).

Outro ponto que considero alcançado, de modo positivo, foi a possibilidade de evidenciar meus pressupostos: O Cuidado Construtivo mostrou-se eficiente e muito rico para coleta de dados, bem como no atendimento do sofrimento de Enfermeiros que Vivenciam Situações de Desvalorização da Profissão Enfermagem. Também, através da Prática Assistencial, pude perceber que a raiz da desvalorização tem influência na matriz familiar e, quando o enfermeiro que tem esta desvalorização internalizada (consciente e/ou inconsciente) sofre durante a execução de seu trabalho, que é desvalorizado pela sociedade. E este sofrimento na grande maioria é calado e/ou escondido através dos mecanismos (negação) utilizados para tentar dar uma solução criativa a esta situação (porém não sendo eficiente) e, desenvolver a profissão que escolheu como sendo sua e que iria conduzi-lo a realização profissional e pessoal. O Cuidado Construtivo, através de sua metodologia, permitiu, ao enfermeiro que sofre poder expressar seus valores, suas crenças, seus conhecimentos, seus desejos e seus sentimentos. Possibilitou revelar seu ser. Isso foi possível pelo grande ponto do Cuidado Construtivo que é a **escuta**. Ouvir estes atores, ser

continente com seu sofrimento foi a grande tônica deste cuidado. A escuta permitiu traçar planos pessoais/originais para cada enfermeiro, num compartilhar de relações (ação-reação ativa/passiva). O Cuidado Construtivo permitiu ao cuidador-pesquisador e ao enfermeiro que sofre pensar em coexistência, através de seu auto-conhecimento e do desenvolvimento da percepção que ia sendo evidenciada durante o processo do Cuidado Construtivo. E, por último, consegui evidenciar a circularidade do modelo sistêmico, que a rede de relações produzem uma ação-reação, influenciando-se mutuamente.

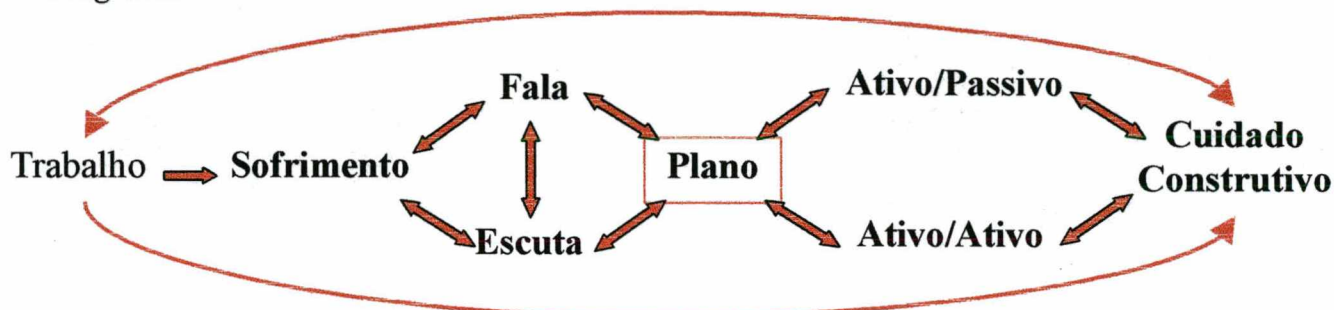
O que me leva a afirmar que os objetivos foram alcançados, também, foi a produção de dez diagramas do Cuidado Construtivo e as avaliações individuais produzidas a cada encontro, bem como o encontro coletivo e a avaliação escrita dos atores que participaram desta Prática Assistencial, as quais foram apresentadas, anteriormente. Assim, como a cada etapa vencida por mim, produzia uma satisfação ao ver o crescimento e o alívio das situações tensionais do ser enfermeiro, que estava sofrendo pela desvalorização de sua profissão, penso que, neste momento cabe, ainda, pensar de modo esquemático nestes diagramas:

### Diagrama 8



O Cuidado Construtivo pode ser ativo/passivo, quando é proposto pelo cuidador-pesquisador, e o cliente executa o plano de ação. Ou ele poderá ser ativo/ativo quando o cuidador-pesquisador e o cliente planejam juntos e criam soluções particulares a cada situação através da ação/reação. Nesta situação, o cuidado ativo/ativo preocupa-se como, quando e quais as condições que o cliente tem para atingir seus objetivos mais efetivamente, bem como qual a medida desse cuidado e da ação do ser humano enfermeiro.

Diagrama 9



No diagrama 9, observa-se que o trabalho, quando fonte de sofrimento, exige a fala do cliente e a escuta do cuidador, traçando um plano ativo/passivo (cuidador planeja, cliente executa) ou um plano ativo/ativo (cuidador e cliente juntos planejam e executam) possibilitando o Cuidado Construtivo. Este cuidado é baseado nas relações (ação-reação), nas trocas e na reciprocidade.

Também, pude evidenciar na Prática Assistencial, os conceitos do meu marco referencial: ser humano, ambiente, processo saúde-doença, ser humano enfermeiro em situação de sofrimento, cuidado construtivo com base no enfoque sistêmico, ricamente exemplificado pelas falas dos atores, durante os encontros. O Cuidado Construtivo mostrou-se efetivo para cuidar de aspectos mais orgânicos, assim, como os aspectos mais comportamentais. Portanto, avalio este processo como tendo atingido os objetivos propostos e é ricamente positivo.

Por último, cabe-me ressaltar alguns pontos limitantes da Prática Assistencial: inicialmente, gostaria de ter trabalhado com o enfermeiro e sua família de origem, isso não foi possível por vários fatores, tais como: alguns familiares já haviam falecido, outros residiam longe de Passo Fundo e outros, ainda, tiveram receio de participar deste processo. O pouco tempo que tive para executar este processo, através do Cuidado Construtivo, uma vez que ele exige uma maior condução dos atores e sua disponibilidade, fazendo com que muitas vezes, eu acelerasse o processo, em função de cumprir prazos do Curso de Mestrado

Cabe ressaltar que, o agendamento dos encontros individuais e coletivos foi um pouco complicado, devido à agenda dos atores ser intensa. Os horários de trabalho (manhã, tarde e noite) dificultaram marcar os encontros, principalmente, o coletivo. Aliado a este fato, também a minha liberação apenas parcial das atividades docentes causaram uma certa complicação para o agendamento dos encontros.

Ainda, coloco que a Prática Assistencial revelou os dois lados da profissão: a desvalorização (não reconhecimento, mau remunerada, sofrimento...) e a valorização (os enfermeiros gostam do que fazem, não querem deixá-la...) e desvelou as questões existenciais do agir ético e técnico do ser humano enfermeiro.

Concluo que senti a necessidade de aprofundamento, no que se refere à literatura pertinente ao Cuidado Construtivo, a qual, ainda, é escassa. Entretanto, tais limitações, não inviabilizaram a execução da Prática Assistencial, as compreendi como fazendo parte da construção do Cuidado Construtivo, o qual foi fundamentado nas relações, dentro de uma estrutura sistêmica de ação-reação.

**A vida dos homens sem dúvida não se reduz ao trabalho, mas também não pode ser compreendida na sua ausência. Onde quer que estejam as causas do sofrimento dos homens, estão suas próprias vidas.**

**(Codo, Sampaio, Hitome, 1993:63)**

## VI - AVALIANDO O CUIDADO CONSTRUTIVO COM OS ENFERMEIROS QUE VIVENCIAM SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO: desvelando questões existenciais entre o agir ético e técnico da profissão

Neste capítulo, trago a congregação dos dados referentes à avaliação da Prática Assistencial e do marco conceitual com os sujeitos. Acrescento à discussão do tema que emergiu da análise reflexiva desta prática, as categorias encontradas que serviram para formar a grande temática deste estudo, culminando com a síntese final entre o agir ético e o técnico na profissão.

A análise dos dados mostra várias categorias como **Questões de gênero, Interferência familiar na escolha da profissão e as Condições inadequadas do ambiente do trabalho, sejam relacionadas ao ambiente físico ou das relações humanas, além dos aspectos organizacionais do processo de trabalho.**

A análise reflexiva dessas categorias, fortificou a imagem da temática, mostrando os sentimentos de **desvalorização dos enfermeiros em relação ao seu trabalho, centrado nas questões existenciais entre o agir ético e o técnico da profissão.**

Foram analisados e interpretados todos os achados. Porém, serão apresentados os dados que possuem maior significação para este estudo, buscando apoio de alguns dados do estudo exploratório e os dados dos encontros, entendendo que assim, pude desvelar a realidade encontrada.

### **6.1. As questões de gênero no trabalho de enfermagem**

**“ ... a enfermagem é coisa de mulheres, é uma atividade doméstica. O cuidado fica associado a limpeza, higiene. É uma profissão feminina. É uma atividade que mantém o caracter feminino - é quem cuida. O médico - é quem manda, portanto profissão de caracter masculino. A enfermagem, cuida, portanto a obrigatoriedade das tarefas.”**

**“... na profissão, somos quase que exclusivamente mulheres, e tem muito machista (médico, administrador, enfermeiro) na regência da coisa toda.”**

**“... as mulheres em outras profissões parecem ter mais autonomia, mais autoridade, do que na nossa profissão. Na enfermagem é assim: primeiro o homem médico, depois o homem administrador, depois a enfermeira mulher. Então se diz sim senhor.”**

**“... se tem 2 a 3 homens no grupo, as reclamações são sempre dirigidas a nós enfermeiras (mulheres) muito mais que para o enfermeiro (homem)”.**

Além das falas apresentadas, a questão de gênero também se configurou com bastante ênfase no estudo exploratório, tendo assim, 89,2% de mulheres no trabalho de enfermagem nos locais de coleta dos dados e 10,8% de homens. Na prática Assistencial, esta realidade também se confirmou, pois dos sete sujeitos que se identificaram para participar do processo de cuidar-pesquisando, apenas um era do sexo masculino.

Posso dizer que os resultados confirmaram os achados na literatura, que apontam um grande contingente de mulheres exercendo a enfermagem. Verdi (1993, p.70) aponta vários autores que confirmam este dado: Melo(1986); Silva (1986), Almeida (1989) e Pires (1989), relacionam a predominância de mulheres na profissão. Estes autores relatam que esta panorâmica é oriunda das raízes históricas, como também a questão mais ampla do papel social desempenhado pela mulher e sua inserção no mercado de trabalho.

Ao pensar o trabalho na enfermagem, então, é impossível deixar de lançar um olhar sobre a questão de gênero e falar do trabalho de enfermagem é falar, portanto, de trabalho de mulheres. Então, um trabalho composto essencialmente por mulheres, carrega consigo todo um legado decorrente da condição feminina.



Neste sentido, Fonseca (1986, p.63) relata que a prática do cuidado traz para seu exercício um contingente de mulheres que precisa ser dotado de qualidades percebidas como naturais às mulheres. Podemos dizer que o ser enfermeira embute-se, portanto, no ser mulher e, mais, no ser mulher com atributos de mãe, pura, honesta, disponível e abnegada (*op.cit.* p.65).

O trabalho da enfermagem assemelha-se ao trabalho doméstico no sentido de ser pouco reconhecido e valorizado, e como diz Gonzales (2000, p. 25) trazendo Taffe (1997, p.142), trata-se de um trabalho invisível que só aparece quando há fracasso.

A enfermeira, constantemente, assume tarefas quando não tem ninguém para realizá-las, assim, são vistas como donas de casa e torna-se difícil elas não providenciarem os meios de satisfazer as necessidades do cliente, uma vez que este é o seu objeto de trabalho.

Lunardi (1998, p.31), neste sentido escreve que a prática da enfermagem, ao não ser percebida como trabalho a ser remunerado, já favorecia a exigência de um trabalho sem limites, sem espaço, até por não ser reconhecido como trabalho deste mundo, ou por ser percebido como trabalho cujo pagamento e/ou recompensas não seriam dadas nesse mundo.

Não se pode esquecer que a história das mulheres é marcada pelo trabalho não reconhecido, portanto, apagado, principalmente no lar e, pela subordinação que este trabalho ocupa a maior parte das vezes, apenas nos espaços que os homens não queriam ou não gostavam.

As mulheres viviam em função dos outros. A mulher enfermeira não foge a esta regra, não encontra espaço para o cuidado de si mesma, com veremos mais adiante.

Pitta (1994) confirma estes dados e reafirma que as atividades de cuidar de doentes, provendo os elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento destes sempre estiveram delegados as mulheres.

Apartir da institucionalização do trabalho de enfermagem, como formação de profissionais de saúde no Brasil, conforme comenta Pires (1989, p.108), sempre coube às mulheres, as atividades relativas aos fenômenos da procriação e, aos homens os demais (medicina e farmácia). Só em 1879, os cursos institucionalizados foram oferecidos indistintamente para homens e mulheres.

O mundo da enfermagem, predominantemente feminino, mostra-nos as mulheres sacrificando-se, trabalhando incansavelmente, negligenciando a sua própria saúde e felicidade.

Como escreve Gonzales (2000, p.98) o trabalho pode representar um espaço onde as enfermeiras sentem-se **valorizadas, úteis e remuneradas** pelo que fazem e encontram alguma gratificação, principalmente após séculos de sujeição á prática masculina. Essa autora escreve ainda que, estabelecendo relações com diversas pessoas que integram a equipe de saúde, encontram no trabalho uma forma de expressarem a sua singularidade como seres humanos. Mesmo o trabalho da enfermagem sendo semelhante ao doméstico, o que muda é o tipo de relação que se tem com um e outro, no caso da enfermagem, é um trabalho remunerado.

Segundo Verdi (1993, p. 71), a enfermagem tem se dirigido no sentido de prestar cuidado aos doentes; cuidados estes que, na idade média, já eram desenvolvidos pelas mulheres na conjugação de seus afazeres domésticos. Na época do surgimento dos hospitais, novamente as mulheres entraram em cena, desta vez como assalariadas (o que antes faziam de maneira gratuita aos pobres e desassistidos). Esta autora lembra ainda, que a inserção da mulher no mercado de trabalho deu-se ao longo da história, e ainda nos dias de hoje, de forma desigual ao homem.

A mulher “prepara-se para” e assume tarefas mais femininas, aceita cargas assim consideradas e procura funções tidas como de mulheres como as de enfermagem, magistério, pediatria, psicologia, faxina, secretariado, etc...(Machado, 1986).

Pode-se perceber uma ação desproporcional no maior valor atribuído ao papel masculino do que ao papel feminino, um “quase nada” de valor, por ser um trabalho entendido como mais “doméstico”. Neste caso, tem-se uma ação desmedida ou falta da justa medida. Quando isso ocorre, o sofrimento aparece. De acordo com apontamentos de Silva (1986, p.57), o trabalho da enfermagem não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado.

Para Ferreira-Santos (1973, p.18), embora a sociedade reconheça a necessidade de enfermeiros homens, continua a enfermagem a ser uma ocupação essencialmente feminina (...). A enfermagem não tendo conseguido competir com outras ocupações que fazem exigências semelhantes, com promessas futuras mais elevadas de salário e de prestígio,

além de mais condizentes com as definições corrente de “atividade masculina”, é um dos motivos que concorrem para a menor procura por parte dos homens para esta atividade.

Ainda nesta categoria de gênero profissional, encontrei diferença entre o enfermeiro (homem) e a enfermeira (mulher), então trago algumas falas para exemplificar tal diferença sentidas pelos profissionais da enfermagem:

**“... o enfermeiro homem tem muito mais autonomia de trabalho que nós enfermeiras para dizer não, sim, pode, não pode. O enfermeiro homem tem mais facilidade para levar as questões para a administração. Mas, em relação aos homens em geral, ele é mais calmo, ele acata mais. O homem, na enfermagem é mais ouvido, eu não diria mais ativo.”**

**“... o enfermeiro homem é menos passivo que a enfermeira mulher. O homem enfermeiro é, pelo menos, convidado para ser escutado, já assim, as mulheres enfermeiras, elas são convidadas aqui e excluídas dali. A gente fica com uma baita bronca, pois as pessoas (médicos, administradores, pacientes, e a própria enfermeira) dão mais credibilidade a um homem enfermeiro do que a uma mulher enfermeira. De certo, o pensamento deles é mais ou menos assim: ser homem está mais próximo de ser mais inteligente, dá mais segurança.”**

**“... o enfermeiro homem é menos passivo que a enfermeira mulher. O homem enfermeiro é pelo menos, mais ouvido e fala mais. Mas o homem enfermeiro fica mais calado em outras reuniões que tem outros homens, com outras funções. Então fica mais passivo, também, igual a nós enfermeiras. Somos todos homens e mulheres enfermeiros passivos.”**

Num breve comentário dessas três falas, percebo o sofrimento duplo que a profissão enfermagem traz ao ser homem e ao ser mulher. A sociedade costuma atribuir valores às coisas, pessoas e fatos. Ao homem (médico, enfermeiro) essa atribuição é cultural e histórica em relação a sua força, segurança, inteligência, capacidade. Aparece a relação verticalizada entre homens e mulheres, aparece a desigualdade, as relações de trabalho, de poder de decisão.

As representações podem ser fontes de sofrimento, uma delas diz respeito as questões das subjetividades do feminino, marcando o sujeito social e vice-versa. O homem

apresenta sua virilidade, em qualquer situação, principalmente em relação à mulher; a mulher apresenta a sua ternura e abnegação. Então, o homem assume dois papéis, um diante da mulher e outro diante do próprio homem. Quem assume o papel de enfermeiro assume, também, o papel feminino.

A relação homem-mulher está em grande medida atrelada à posição que ocupam no processo de produção, pelo setor/posto de trabalho e pela relação nessa produção. Vê-se a divisão dentro da divisão: ser enfermeiro é (talvez) ser desvalorizado, mas ser enfermeira é ser mais desvalorizada.

A enfermagem mostra a ambivalência que vem atrelada às características de gênero, que são as questões de dependência versus independência. É uma profissão feminina, portanto mantém a característica feminina ou seja, abnegada, dócil, submissa. Esta situação fica evidente, na seguinte fala:

**“... na enfermagem ocorre uma divisão entre o sexo masculino (dominação/médico) e a dominação simbólica (submissão/enfermeira). O médico manda, a enfermeira obedece.”**

Segundo Beck (2000, p. 45), é necessário evidenciar a dicotomia entre o perfil de enfermeira estabelecido pela sociedade, associado à questão de gênero e às dificuldades inerentes às pessoas, de um modo geral, no desenvolvimento do seu trabalho.

Esta autora questiona, neste sentido, como associar atributos “angelicais” às pessoas concretas que são as enfermeiras?

Na enfermagem, a atitude de submissão, de sujeição, está presente em maior ou menor grau, certamente, decorrente da sua história (principalmente da história da mulher), sendo difícil de reverter, ainda, nos dias de hoje.

**“... as mulheres que educam os homens e as mulheres. ‘Eduquem seus meninos que não será necessário castigar os homens’. Eu acho que quem precisa se tratar são as mulheres, pois elas ensinam os homens a serem fortes, saudáveis, superiores, e para as mulheres sobra o contrário”.**

Nesta fala, vê-se como os papéis são transmitidos na sociedade através do processo educativo. A educação da figura feminina sempre foi de passividade, de aceitação, de ser servil. Aqui, cabe fazer uma relação com as construções do que se espera da enfermeira, ou

seja, o que se espera da mulher. É uma situação de reprodução destes papéis.

A mulher é quem teve que dar mais do que receber. Deve ficar passiva, à espera de sua proteção. Novamente, parece que há uma alusão ao trabalho da enfermagem, quando espera o médico para atuar. Então, não pode ser autônoma, não pode ter autoridade. Esta situação, acaba por comprometer o reconhecimento e a valorização da profissão. A mulher necessita de gerenciamento, precisa de mando, precisa ser dirigida, supervisionada. Aqui, novamente, encontra-se a imagem e semelhança com a enfermagem.

A enfermagem (enfermeira) sofre frente a esta panorâmica. Sofre pela disparidade social, sofre pela falta de autonomia, sofre como trabalhadora, sofre como mulher, então sofre enquanto ser que tem que agir ética e tecnicamente com o cliente e com relação a si mesma. O enfermeiro homem sofre duplamente por ter (assumido) características mais dóceis e pela não aceitação do homem com papel de caráter mais feminino. A seguinte fala ilustra esta situação:

**“... eu acho que sou mais parecido com minha mãe, o meu irmão com o pai. Acho que aprendi este lado mais sensível com ela. Ela é uma pessoa mais emotiva, mas a sociedade cobra do homem atitudes mais racionais, rotinas, procedimentos. Ter perfil do toma-lá-da-cá. Eu acho que sou muito sentimental, por ser do sexo masculino.”**

As identificações com papéis que nossos pais nos mostraram, são importantes para as nossas condutas, nosso modo de agir. Principalmente agir como homem e como mulher. Os estereótipos atrapalham e acabam causando sofrimento a quem “ouse” mudar a ordem. Reforçando esta idéia, outro ator da prática assistencial verbaliza:

**“... a questão da passividade do enfermeiro, acho que está ligada em função do nosso trabalho ser parecido com o trabalho doméstico (dar banho de leito, fazer a higiene no paciente, arrumar a cama, dar comida e retirar a comadre e papagaio...) e porque somos mulheres. Isso é por interferência da família. Geralmente, na casa, o pai é quem manda e controla tudo, e a mãe, é quem organiza. E isso é mais ou menos o que fazemos na enfermagem. A passividade interna está na relação pai versus mãe e na condição de ser mulher, de necessitar de comando. Então, isso vem da família e a grande maioria dos trabalhadores da enfermagem são comandados pelos homens. A nossa função de**

**gerente é assim: você é a pessoa que executa para a organização, porque ela manda .”**

O trabalho na vida do ser humano cumpre duas finalidades especiais: a reprodução social e a expressão do sujeito. Estes componentes, junto à evolução histórica da profissão e o contexto sócio-político, estruturam o papel social estabelecido para os trabalhadores, no caso para a enfermagem.

Em seu trabalho, Beck (2000, p.184) traz que a enfermagem enquanto profissão estruturada sobre o cuidado, ao longo do tempo, tem na figura da mulher a representação social da mesma, sendo a questão de gênero preponderante no enfrentamento dos conflitos e na posição que ela ocupa na área da saúde junto à maioria dos profissionais do sexo masculino. Logo, o que se espera ainda hoje da enfermeira é uma atitude de obediência, submissão e acatamento das decisões tomadas pelos demais profissionais da saúde.

Retomo, novamente, a fala de um ator da prática assistencial para ilustrar a literatura: **“... sabe aquela história do rádio? Foi uma mulher que deu ordem (enfermeira), claro mandada por um homem. O que é pior: quem faz ou quem manda? Porque as coisas não podem ser assim: se mandaram de lá-para-cá, tínhamos que mandar daqui-para-lá. Mas é que aqui é uma mulher. Tu podes fazer isso se tu é grupo, se tu vai lá sozinha tu podes perder teu emprego.”**

Neste trecho, aparece as questões de gênero, de força e de poder, do agir. A enfermagem, por ser composta de um contingente expressivo de mulheres e, portanto submissa, sensível, abnegada, passiva, quando precisa lutar contra o homem (forte, valente, ativo, dominador), fica sem saída, a menos que junte forças para isso, sendo que esta força vem do grupo. Parece dizer que a força que vem do grupo e não da mulher, para enfrentar o homem. Situação semelhante encontramos nos adolescentes que para assumirem seu papel, sua identidade, buscam apoio no grupo.(Pode-se, então, pensar que a enfermagem vive seus momentos de adolescência como profissão?)

Beck (2000, p.185) afirma que essa dualidade e ambivalência da enfermagem entre o espaço público e o privado, amarra e contém a identidade profissional da mulher enfermeira e que o estereótipo elaborado para a enfermagem inclui a manutenção das

enfermeiras no espaço privado, aliado ao desejo de reconhecimento público.

Assim, Passos (1996) citado por esta mesma autora (*op.cit.* p.189), reafirma que o perfil profissional esperado para a enfermagem pela sociedade atual está calcado sobre princípios religiosos preconizados ao longo do tempo, que incluíam acatamento e aceitação de ordens dos superiores, subserviência, dedicação, desvelo, como forma de engrandecimento e de honra. Beck (2000, p.189) apresenta ainda, que esta ideologia, somada às questões de gênero e às normas que regem a profissão, traçam um perfil que ultrapassa o do ser humano, pois somente um ser acima dos mortais seria capaz de tanta abnegação, humildade, calma, vigilância, previdência e aceitação (...).

Codo e Gazzoti (1999, p.55) dizem que as atividades que exercem maior investimento de energia afetiva são aquelas relacionadas ao cuidado (...).

A questão é que, acima de tudo, segundo Leopardi (1994, p.179), antes de sermos profissionais, somos homens e mulheres, embora, muitas vezes já tenhamos perdido a nossa identidade enquanto pessoa.

A esse respeito Sgreccia (1994, p.126) escreve que a noção de personalidade implica a de totalidade e de independência. A pessoa é como um todo e enquanto pessoal, subexiste de maneira independente. De acordo com o mesmo autor, o homem deve ser entendido como dinâmico. Esta dinâmica circula entre o corpo, a mente, o nível individual, o coletivo e o ambiente (natural e social).

O ser humano quer trabalhar, quer progredir e conquistar a realização pessoal e profissional. Por isso, a base fundamental do ambiente (natural, social, político, econômico, espiritual), deve estar centrado neste ser - o homem. Enquanto os desvios ocorrem, este homem sente, sofre, adoce e muitas vezes morre.

A temática gênero não poderia ser vista apenas como abstração resultante de uma divisão sexual do gênero humano, mas abranger a vida humana como um todo. Como percebe-se, a questão de gênero tem importante papel no modo de agir da enfermagem, especialmente do enfermeiro e, portando, do ser enfermeiro.

Não se pode separar o homem do profissional. Não se pode separar o homem da mulher, ou seja, o homem do homem. O homem sofre para manter-se integralizado, o enfermeiro também sofre, pois além de estar confuso, está profissionalmente



desvalorizado. Buscar os pedaços no sem valor é tarefa difícil, então a alma humana se oferece em sacrifício. Através de sua atuação tenta olhar o desvalido com louvor, tenta buscar o total na divisão, tenta ser atuante na passividade. Tenta buscar o prazer na dor. E, assim, tenta agir ética e tecnicamente na profissão, porém, talvez, não sendo tão leal aos seus princípios humanitários, especialmente, consigo mesmo.

Mas, quando o homem busca a alegria na contrariedade, ele pode até encontrar, mas seu ser sofre, a alma padece, pois sua atitude constante de luta, de batalha gasta, assim, uma energia que, talvez, fosse melhor canalizada para a felicidade, se ele pudesse agir diferente.

Codo e col. (1993, p.42) dizem, que

“... o trabalho morto ganha supremacia sobre o trabalho vivo. Nasce assustadoramente os trabalhadores sem produto, administradores de trabalho morto, a característica principal é que o único valor de uso que produzem é o próprio valor de troca.(...) do ponto de vista psicológico, se a sociedade do homem é possibilitada pela materialização de si no produto, a ausência do produto empurra ao homem de encontro a si mesmo, ou melhor, a impossibilidade de reconhecimento entre si mesmo e o mundo.(...) arquiteta-se uma sociedade narcísica, individualista. Se os aspectos positivos do esteriótipo homem-mulher, não tenderem a se tornar na medida do possível mesmos desigual, e devido a proximidade do trabalho do homem e da mulher, o que pode acontecer com o ser humano, a um custo muito alto para sua sobrevivência é a **orfandade do afeto**”.

Indivíduo e sociedade equivalem-se e distinguem-se concomitantemente, numa relação de contrariedade ou dupla negação. Indivíduo e sociedade são a negação um do outro, embora, no indivíduo, apareça uma essência objetiva e, na sociedade, uma essência subjetiva e humana.

A construção do indivíduo é a história do trabalho e, também, como gira a sociedade. Se este trabalho é desvalido, não reconhecido, sem autonomia, o indivíduo tende a reproduzir este modo de agir consigo mesmo. Portanto, o trabalho é maneira de o indivíduo existir, agir, objetivar-se e, portanto se subjetivar.

O ser enfermeiro está mergulhado na ação (agir) de quem manda, de quem obedece, de mulheres sofredoras, sacrificadas, sem autonomia, passivas, de homens menos ativos (qualidades estas, contraditórias à vida humana). Seu trabalho acaba sendo invisível pela falta de reconhecimento, pelo baixo valor monetário atribuído a seu labor, bem como a equiparação a uma função desvalida como é a função doméstica. Desigualdade perpetuada internamente, entre o ser-enfermeiro e o ser-enfermeira, com o poder de mando para o masculino e de obediência para o feminino. A sua ação fica na maneira de agir caladamente, pois não são ouvidos. Então o homem emudece, pois o valor do homem é “ser humano.”

O homem está aprisionado no profissional enfermeiro, ele transita entre o papel de dependente (feminino) e o papel independente (masculino), mas esta relação rouba-lhe energia, vida e alegria.

Eis um duplo homem. A cisão entre o homem do homem e o animal do homem, razão e paixão, amor e trabalho. Percebe-se que isso é um produto histórico, ou seja, depende do desenvolvimento, das relações de produção. De qualquer forma, dois homens dentro do homem, em luta contante, o eu consigo mesmo. Buscar o animal do homem é rigorosamente uma sublimação em uma sociedade que impede o reconhecimento de si pelo trabalho.

Homens e mulheres estão perdidos e é necessário um esforço para resgatá-los, para sua adaptação e/ou mudança. Amar não é deixar de existir para que o outro possa viver, dedicação não é subserviência, delicadeza não é imbecilidade. Homens e mulheres querem ser parceiros de um modelo de sociedade, com direito à igualdade e direito à própria identidade.

Não é só o papel feminino que precisa ser repensado, mas também, precisamos repensar o significado do que é, hoje, a masculinidade, ou seja, este ato pode ser uma estratégia para construir algo novo, algo mais prazeroso, que poderá abrir portas para novas formas de relacionamentos entre homens e mulheres, na família, com os amigos e no trabalho.

## 6.2. A interferência da família na profissão

Alguns trabalhos apontam para o fato da família exercer influência na vida afetiva e profissional das pessoas, como os de Groisman (1996) e Toman (1994), entre outros. A família tem poder de decidir sobre suas ações e sobre as ações de seus descendentes. Ela demarca os limites para atuação pessoal, profissional e social de seus membros.

A família é um sistema que envolve relações de poder, envolve questões de gênero (masculino e feminino), questões de consangüinidade, questões de sexualidade, de aspectos psicológicos, econômicos, espirituais, sociais, de questões afetivas, de produtividade, de cuidado e de trabalho.

A história do indivíduo se mescla com a da família, esta se confunde com a existência do homem na sociedade, através do trabalho/atividade e de sua maneira de fazer escolhas na vida e no modo de sua ação. Enfim, como sua maneira de viver a vida.

A construção do indivíduo é a história do trabalho. Codo e col. (1993, p.23), neste particular, referem que, inicialmente, o indivíduo aparece como um depositário de vários outros. A dissolução da aparência das reposições se dá através do trabalho, o trabalho é, portanto, maneira do indivíduo existir.

Trago alguns depoimentos para exemplificar essa relação da interferência familiar na profissão:

**“... tudo começa na família. As relações interpessoais, a transmissão de apoio, das experiências, a visão de mundo. Antes de tudo a enfermeira tem uma família, que tem uma estrutura e isso é o que vai dar a parte humana. A família é a base de tudo: da educação, do seu trabalho e de sua responsabilidade. A gente não larga as nossas raízes.”**

**“... como a minha mãe colocava para mim, eu digo para as minhas filhas: acima de tudo estudo(...). A enfermeira reproduz, no grupo, a sua situação de família - se ela era mais calada, mais passiva, mais conversadora... ela repete isso nas relações e no seu trabalho.”**

**“... outro dia eu falei, assim, para meus familiares: vou fazer uma pós-graduação. Eles riram e disseram para que estudar mais? Você já sabe fazer curativo, dar injeção, controlar os aparelhos...”**

Percebe-se nas falas, a família como um ponto importante no papel de estruturação do indivíduo, na auto-estima, na reprodução de valores sociais e na relação do trabalho. O cuidado profissional, também, está atrelado a esses valores transmitidos pela família. O cuidado é algo de vivência e, portanto, é interno.

O profissional da enfermagem sofre determinadas pressões, advindas desta fonte (matriz familiar), que interferem positiva e/ou negativamente no seu dia-a-dia, enquanto pessoa e trabalhador. O enfermeiro é ou pode tornar-se passivo, de acordo com o legado que recebeu de sua família.

Padilha e col. (1997, p. 25) escrevem que (...) as alunas, ao ingressarem no Curso de Enfermagem, trazem consigo significados e representações acerca da profissão, que serão modificados ou confirmados ao longo do curso e da sua história de vida (...). O espírito de servir e de cuidar do outro se delineia desde a infância, na relação familiar e social (...). Muitos significados foram construídos a partir de sua formação familiar e social e vêm impregnados de estereótipos e preconceitos, que encaminham o seu agir, diante da vida acadêmica e profissional.

Buscando algumas falas para ilustrar a interferência familiar nessa relação de valorização/desvalorização, alegria/sofrimento do enfermeiro, e seu modo de agir, selecionei estas:

**“... se o enfermeiro pertencer a uma família que valoriza a saúde, as pessoas, o que elas fazem, o cuidado, as relações com princípios, esta pessoa terá uma boa chance de se dar bem na profissão. Do contrário será um profissional frustrado, ou melhor, teria uma boa chance para isso.”**

**“... quando a família apoia a nossa atividade, a coisa fica mais fácil, mesmo que ela tenha suas dificuldades, seus desvalores e falta de reconhecimento. Trabalha-se mais tranquilo.”**

A família é apontada como importante produtora de estima no indivíduo. Aparece a influência da família na satisfação/frustração profissional. Os seus membros ocupam determinadas posições/papeis em um sistema familiar e recebem e/ou exercem certas atividades. Sendo assim, trabalho-família parece ser um binômio, onde um tem influência sobre o outro.

Neste momento, reporto-me ao estudo exploratório, onde a análise deixou transparecer esta relação. Nesta amostra, 55,1% (49 pessoas) responderam que **a família também considera a profissão de enfermagem desvalorizada**. E todos os enfermeiros pertencentes a estas famílias também responderam que a profissão enfermagem é desvalorizada, sendo que as repostas para **Por que as famílias consideram a profissão desvalorizada foram:** baixos salários, pela dependência do médico para tomar decisões, custo elevado na formação frente à proposta salarial profissional e pelo doente não citar o nome do enfermeiro na sua recuperação.

Outro dado importante que trago para esta discussão (é que através do teste Qui-quadrado, com uso da correção yates, tendo  $P= 0,00468$ ) revelando a significância que, quando a família do enfermeiro considera a profissão desvalorizada, o enfermeiro respondeu que o sentimento de desvalorização **afeta seu processo de trabalho e seu processo de viver saudável**, demonstrando a relação entre desvalorização profissional e a interferência familiar.

Para que a discussão fique mais rica, trago outras falas dos atores com relação a interferência familiar, na desvalorização da profissão:

**“...se minhas filhas quisessem fazer enfermagem eu não pagaria a faculdade para elas. Pelo financeiro que é muito baixo. O meu plano para elas é ter dinheiro e uma profissão liberal, serem donas dos seus narizes.”**

**“... eles acham que a enfermagem ganha pouco. Eles falam mais da desvalorização. A minha família não queria que eu fizesse enfermagem. Acho que eles pensam que a enfermeira precisa ter um pouco de religiosidade, de doação. (...) O que eu ouvia a família dizer é que eu deveria casar e cuidar do lar. Quando eu falava que gostaria de fazer esta ou aquela faculdade, o pai sempre dizia não. Quando eu falei em medicina até que ele disse sim. Até hoje ele me vê como “Dra”. Hoje ele respeita um pouco mais meu trabalho, mas quando ele pode, ele diz: quando vai fazer medicina? A família sempre dizia que eu não tinha condições de fazer coisas grandes.”**

O que (e como) os pais dizem aos seus filhos, tem influências sobre a vida deles tanto pessoal como profissional, sobre como eles agem diante da relação profissional e pessoal. Quem inicialmente, apresenta o mundo à criança é a família que diz como ela

deve ou não se comportar.

Kersner (1993) admite que cada indivíduo traz a marca daqueles dos quais nasceu e a família pode ser considerada uma marca a ferro e a fogo, indelével ao sujeito para o resto da vida. Em verdade, metaforicamente falando, o bebê nasce da barriga da mãe para a barriga da família e dependendo da abertura desta, poderá ou não nascer para o mundo, argumenta Groisnam (1996, p.25).

A esse respeito, este mesmo autor assinala que cada um dos pais provém de diferentes contextos ou **barrigas de origem**, tendo-se que levar em conta inúmeros personagens atuando e interferindo na recém-nascida barriga nuclear, numa interação contínua.(op.cit.27).

Carter e Mcgoldrick (1995, p.174) escrevem sobre as questões de expectativa, competitividade e diferenças em relação as realizações profissionais entre hierarquias familiares, dizem que esta inibe uma maior diferenciação do eu em relação à família ,o que acaba por comprometer a carreira do indivíduo. Para o jovem adulto, a competitividade reativa para superar os pais ou no outro extremo, a aproximação reativa de mostrar-lhes como eles estavam errados em suas escolha de vida, freqüentemente, compromete a energia necessária no mundo externo , vinculando-a a envolvimento improdutivos.

Estas autoras continuam seus pensamentos e relatam, que essas lutas podem, então provocar desvios inadequados no caminho profissional, afastando o indivíduo daquilo que seria mais apropriado para suas reais capacidades e necessidades, podendo, então, aparecer o sofrimento(*op.cit.* p.30).

Acrescenta Toman (1994, p.13) que a reatividade dos pais à realização (pessoal e profissional) dos filhos, também, pode relacionar-se à ordem de nascimento deste, assim como pode, também, estar ligado às questões de gênero.

Os dados encontrados são ricos e, neste momento, reporto-me à algumas falas dos atores:

**“... eu ouvia a mãe dizer: você deve sair de casa e estudar (...). E o pai dizia que eu tinha que escolher uma profissão de mulher. A minha mãe disse que eu escolhi a enfermagem porque é um dom que eu tenho de ajudar as pessoas.”**

**“... o que a mãe fazia era bom. Ela era professora, atuava na comunidade, tanto em festas como nos serviços assistências. Então, foi crescendo com essa admiração pelo que ela fazia. Acho que isso me influenciou a buscar a enfermagem.”**

A imagem da profissão atrelada ao serviço feminino está marcada na família e como tal ela acaba transmitindo um significado não valorativo à profissão. A profissão fica órfã. Os modelos sociais, os simbolismos, são fortes agentes marcadores do nosso ser. A noção de participação política-social fascina. Porém, no caso da enfermagem, os modelos vem de fora da profissão, uma vez que as enfermeiras, em seus modos de ação tendem a cumprir um papel privado, domesticado, dócil, passivo, sem destaque. Os espaços de participação política e social da enfermagem são mínimos ou quase “invisíveis”, e sua conquista se dá sem organização coletiva ou certas lideranças com destaque no espaço público.

Com relação a isso, Bowen (1978, p.32) afirma que, ao nascer o indivíduo vem inserido numa história familiar que compreende várias gerações e recebe uma série de expectativas, delegações ou projeções. Todo ser humano tem uma missão familiar a cumprir explícita ou implícita, grande ou pequena, possível ou impossível (...).

Este mesmo autor escreve, ainda que, se o indivíduo não tentar cumprir essa missão, gera angústia e sofrimento ou, ainda, favorece a limitações na qualidade de vida. Quando existe fracasso ou insatisfação em relação á profissão, torna-se difícil de manejar estas relações, causando dor e perda de energia.

Vejamos estas relações nas falas dos atores da prática assistencial:

**“... o pai concordou que eu fizesse enfermagem, mas acho que nunca desistiu da medicina para mim. Até hoje ele fala que eu ganho pouco. O meu irmão queria oceanologia, o pai agronomia ou administração, por causa de seus negócios. Então ele “optou” pela administração. Os pais têm muita influência em relação aos filhos. Eu digo para minhas filhas façam isso ou aquilo, claro que a decisão é delas. A gente caba dando um fardo para os filhos carregarem”.**

Então, a profissão pode tornar-se um fardo, um fardo para o ser profissional, pois, se os filhos não agradarem seus pais, isso “traria” uma decepção a eles e uma culpa aos filhos. O fardo torna-se pesado: agir, tecnicamente, dentro de uma atividade que não se quer ou



que não é valorizada e, ainda, agradar os pais; é difícil a uma pessoa, então, quem adocece é a alma do ser. Como pode-se ser ético com seus princípios, sem ferir alguém? Fica difícil por toda esta carga negativa que vem atrelada à profissão enfermagem durante sua historicidade e pela confusão entre o ser e o profissional. O ser fica aprisionado no profissional e o profissional no ser, enredados se confundem-se, nebulando seu agir tanto ético como técnico.

Construir-se como ser nessa dualidade é fardo pesado para qualquer pessoa. Na busca dessas respostas, estão em jogo, principalmente, as concepções que nós temos de nossa profissão e nossos conceitos do que seja um profissional e de quem nós mesmo somos. Mello (1996, p.76) diz que a auto-imagem profissional condiciona nossos objetivos e define o âmbito de nossa ação.

Outro ator da prática assistencial se referiu a participação da família na relação profissional desta maneira:

**“... na maioria das vezes, os pais gostariam que seus filhos seguissem suas profissões ou aquelas que eles sonharam. Eu penso que meu pai queria um filho menino, para seguir seu negócio. A minha irmã, também, tem essa impressão. Na enfermagem, acho que em função da desvalorização, os pais acabam não querendo que seus filhos façam algo desvalorizado, que não dê muito dinheiro e *status*. Depois, falta todo este relacionamento social e político. Agora, eu não entendo, porque as pessoas não vêem diferente essa história toda?”**

Nesta fala, vê-se uma visão introjetada da profissão, os valores transmitidos, a questão sócio-cultural e a influência dos pais na escolha profissional. Mostra, também, a influência que os pais podem ter na estima da pessoa, quando estes almejam algo para seus filhos e quando estes não podem cumprir, por falta de condições ou por não serem do sexo esperado, a dor que isto acarreta no ser, pois isso é, praticamente, impossível de reverter.

A família contribui para a não sucessão profissional na enfermagem e isso, também é reconhecido pelos atores participantes deste estudo:

**“... quase não temos sucessão na enfermagem. Eu, pelo menos nunca ouvi dizer. Encontrar avó enfermeira, mãe enfermeira e filha enfermeira. Eu e minha**

**mulher somos enfermeiros, espero que, quando tivermos filhos , pelo menos um venha a desenvolver o gosto pelo cuidado como os pais. Na medicina, no direito, essa sucessão familiar é bem evidente e mais freqüente.”**

Pode-se pensar que, aqui, evidencia-se um pré-esboço inconsciente da missão familiar na descendência profissional confirmado na literatura. Ao contrário do que se encontra nas falas seguintes, onde para cada relação positiva na enfermagem evidencia-se duas negativas. Nesta relação, pode-se estar deixando transparecer o quanto ainda a profissão carrega de negativo. Sua imagem sofre, sofre também quem atua na enfermagem. Cabe perguntar, diante de tanta carga negativa, como agir ética e tecnicamente correto? Resposta difícil, mas parece-me que a resposta deste estudo é o sofrimento existencial do ser humano que foi desvelado.

**“... as minhas filhas não gostam do meu trabalho excessivo. Elas têm razão, depois eu chego em casa e começo a brigar com todo mundo. Têm horas que a energia se vai, eu durmo, e aí os outros precisam fazer por mim as coisa aqui em casa. Eu fico desorganizada. Acabo chateando as gurias. O sono e o cansaço me dominam. Me sinto freada pelo trabalho excessivo, ele toma conta de mim. Acabo chorando, não vendo saída, a vida parece cinza. Elas dizem para que tanto trabalho, tu não ganhas nada, precisa de dois trabalhos para nos manter. Trabalho, trabalho, serviço, serviço, Uta! profissãozinha. Então, vêm o cigarro, o café preto em excesso. Rezo, converso com Deus. Me ajude. Acredito que determinadas coisas que você passa é para o teu crescimento e para tua evolução.”**

O profissional passa através de seu modo de agir, uma imagem da profissão como fardo, como sem valia, sem perspectiva. Vê-se o sofrimento do ser trabalhador, através do seu agir. Será que ele sabe agir ética e tecnicamente correto com ele? Com sua família? Com a enfermagem? Com sua qualidade de vida? Percebe-se, também, que quando o ser sofre com estas questões, o seu agir é buscar o consolo para a alma na fé, na noção de sacrifício como valor de salvação e na atividade, no excesso de trabalho.

Perceba e reação da filha adolescente em resposta ao agir da enfermeira (mãe):

**“... Eu, às vezes queria ir no trabalho da mãe para ver tudo isso, mas quase**

**nunca dá. A enfermeira trabalha muito. Então, um dia eu fui. O que eu vi eu não gostei, ela não é muito respeitada. O paciente respeita mais o médico. Ele acredita em tudo que o médico diz. Até as próprias colegas não acreditam nelas mesmas. A enfermeira tem que ter muita paciência. O cargo do médico é superior ao da enfermeira, embora, às vezes elas saibam até mais, mas ele é mais respeitado. Eu não quero ser enfermeira. A profissão do médico já é tradicional. Existe um rótulo Dr fulano de tal. Para a enfermeira é assim: a enfermeira disse, sem nome. O sucesso vai para o médico, as enfermeiras estão perto deles”.**

Capra (1982) diz que em virtude da estreita concepção biomédica da doença e dos padrões patriarcais de poder no sistema de assistência à saúde, o importante papel que os enfermeiros desempenham no processo de saúde-doença não é plenamente reconhecido.

A concepção de profissional apresentada põe em evidência as características pessoais desse profissional, isto é, o profissional é de forma tal como a pessoa é e isso ele aprendeu, em grande parte, na família. E o que se sobressai são as características da pessoa, na sua ação (no seu modo de agir) profissional. As falas, principalmente, contribuíram para esta evidência, pois, quando os atores verbalizavam, mostravam suas ações profissionais, implícita ou explicitamente e, quando assim faziam, falavam de si, de sua vivência familiar e, também enquanto pessoa feliz ou infeliz, valorizada ou desvalorizada, livre ou dominada, produtiva ou massificada, submissa ou dominadora, independente ou dependente.

Será que pode-se pensar que os achados, revelam uma imagem de profissional em seus atributos pessoais também desvalidos? Algumas de suas características pessoais específicas, por exemplo, baixa estima, estariam representando essa natureza, essa “vocação” para agir tão apagadamente como profissional e como pessoa?

Em relação às evidências das menções às qualidades éticas e morais, estas estavam mantidas, principalmente através das qualidades racionais (técnicas) do enfermeiro. O profissional continua sendo concebido como alguém que possui determinados atributos pessoais, mas agora é visto, também, como alguém que realiza ações profissionais específicas, de determinadas formas e com certos objetivos.

Observa-se um conjunto muito variado e multifacetado de informações e de elementos capazes de contribuir para a formação de imagens (abnegação, passividade, sem autonomia...) relacionadas à ação profissional do enfermeiro e dos inúmeros aspectos que envolvem sua profissão, desde os familiares, os pessoais e o sociais.

Quando se observa a imagem do profissional em menos valia ou em menor destaque, junto aos seus atributos correlatos como modo e objetivo da ação, vê-se o contato com outros profissionais atuantes que descrevem o que fazem, como fazem, para quê fazem e em quais circunstâncias o fazem, isso podendo resultar em uma imagem mais rica da ação profissional do enfermeiro, com uma distribuição mais equilibrada do peso dado aos outros atributos correlacionados à essa ação. Porém, dentro da própria categoria, este modo de agir mais vigoroso, mais salutar, mais confiante e, satisfeito é em muita pequena escala, visualizado, talvez por isso, muito apagado, pelo que mostra o desvalor, por isso, talvez ainda não, resultando em uma imagem mais rica da profissão.

O profissional além de trabalhar com base em valores morais e éticos, deve, principalmente, realizar ações específicas e de forma mais eficiente possível para si e para a clientela, visando atingir seus objetivos e os da instituição. Mas a relação entre o individual e o coletivo precisa ser melhor trabalhada na família. A família precisa possibilitar mais espaço para seu membros se tornarem mais independentes como pessoas e profissionais. Diminuindo as contradições entre o profissional e a pessoa, seu modo de ação, tanto ético como tecnicamente será melhor executado.

### **6.3. As condições inadequadas do ambiente de trabalho**

Leitão (1993, p.92), ao falar de ambiente de trabalho, especialmente o hospitalar expõe seguinte pensamento: "...o hospital, ambiente físico reservado para acolher doentes, tratar doenças. Onde circulam profissionais de saúde, tentando realizar suas funções, apesar de todas as limitações objetivas e subjetivas".

O homem é um microcosmo que pertence a um macrocosmo (planeta, sociedade, família, trabalho), o homem é parte dele, que funciona através de leis que regem estes cosmos (*op.cit.* p.93).

As relações saudáveis dos profissionais consigo mesmos, com a equipe de trabalho, com os clientes, administradores, chefias com os materiais e as instalações proporcionarão, sem dúvida, um eficiente atendimento à demanda hospitalar como um todo, atendendo bem mais a saúde e fazendo com que todo recurso, no hospital, seja técnico ou físico, antes de tudo possa ser um recurso pessoal-humano.

O profissional de saúde convive com o sofrimento, com o medo e a morte. Então como realizar as tarefas e ter uma boa qualidade de vida laboral e humana? Resposta difícil, mas através de uma prestação eficiente de atendimento, proporcionando satisfação psico-emocional dos funcionários em relação às suas atividades no hospital, conseguindo alimentar um bom relacionamento na equipe e um relacionamento hierárquico equilibrado, junto com um ambiente físico salutar, são alguns pontos importantes para esta qualidade de trabalho e de vida ou, melhor dizendo, para a saúde dos que circulam em um hospital.

Convido, então, o leitor a desvelar tal realidade, através das falas e análise por mim trazidas a este palco, uma vez que encontrei realidade oposta:

**“...os banheiros deveriam ser mais arejados e nos setores. Ter que se deslocar do setor, acaba fazendo a gente ficar com preguiça de ir ao banheiro.”**

**“... a preocupação com o paciente é bem maior que qualquer outra coisa dentro do hospital. Mas as condições do empregado é outra. A gente tem que se virar para fazer as coisas. (...). Sala para descanso? Cadeiras duras, geralmente, num cantinho improvisado, nem música tem. No inverno, a sala é fria e, no verão, um calor danado, a sala não tem aclimatização para nosso relaxamento. A gente pede pede, pede e acaba deixando para lá.”**

**“... os outros profissionais da saúde, dificilmente, fazem suas atividades, se não tem as coisas. A enfermeira está sempre improvisando. Isso é um desrespeito com nossa pessoa, com o paciente, com nossa profissão, com tudo.”**

**“... os banheiros não oferecem condições de higiene e conforto em geral. Por isso não vou no banheiro no hospital; às vezes fico 12 horas sem fazer pipi. Olha esta coisa de banheiro é meio danada, tenho colegas que trabalham em outras instituições e tudo é a mesma coisa. Elas falaram, assim: janelas em alguns nem pensar. Você fica até constrangida de ir ao banheiro fazer suas necessidades fisiológicas nestas condições. Todo mundo sabe.”**

Percebe-se a interferência do ambiente físico no processo saúde-doença do trabalhador de saúde. O foco da investigação centrado no cliente externo e na própria instituição, acabam afetando as condições de vida do trabalhador, tanto, em nível profissional como pessoal. A falta de condições físicas interfere no agir do profissional, tanto em nível técnico como ético, e comprometem a sua qualidade de vida e por tabela a qualidade de ser.

Para Leitão (1993, p.94.), a maior riqueza de uma empresa é o ser humano. A qualidade das relações e do ambiente são fundamentais e deveriam fazer parte da filosofia de vida, antes de ser filosofia de ação. A qualidade deve ser filosofia administrativa, que o trabalho deve incorporar à prática diária com qualidade. A qualidade começa e termina na pessoa (Leitão, 1993, p. 83.)

Não há dúvida que a qualidade de uma empresa passa pela qualidade das pessoas que nela trabalham e de que dela dependem. As pessoas que trabalham numa empresa são que dão a vida à esta, às máquinas, enfim, ao trabalho. Uma pessoa com qualidade não se conforma com a mediocridade em suas ações e faz do trabalho uma oportunidade para expressar suas responsabilidades e sua própria filosofia de vida (Campos,1997, p.76.). Quando isso não é possível, quem sofre é o ser, o ser que está por traz do profissional, como vimos, nas falas dos atores acima representadas.

O administrador de uma empresa, segundo Campos (1997, p.100), necessita ter sensibilidade para distinguir, em seus subordinados, as diferenças nas reações à sua maneira de apresentar as tarefas (...) e deve tentar melhorar o ambiente de trabalho.

Leitão (1993, p.100) diz que a instituição hospitalar, não importa qual seja, deve ser o lugar do profissional de saúde, e não apenas o lugar do médico.

**“... como nós enfermeiras gostaríamos de sentar, pegar os exames e fazer um estudo de caso, mas primeiro as tarefas não permitem, depois as vezes tu está até fazendo isso e, aí, vem o Dr. com seus alunos e você tem que dar lugar na mesa e deixar a sala porque a sala é dele, segundo ele. Então, porque não dão uma sala para nós?”**

A humanização resulta não só da aplicação de recursos materiais, ela pode ser

conseguida, essencialmente, pela mudança de atitudes (Leitão, 1993, p.95).

Patrício e col. (1999, p.11) em seu livro “Qualidade de vida do trabalhador”, trazem que a ergonomia deriva das palavras gregas “*ergon*” (trabalho ) e “*nomos*” (lei, regras). Então ergonomia vem a ser uma ciência do trabalho. Esta autora, ainda, escreve que todos se ocupam do trabalho e do trabalhador, mas suas abordagens são parciais e, por vezes, contraditórias: a segurança pode opor-se à produtividade, uma organização muito restrita pode travar as iniciativas, e as qualificações podem contradizer as competências. Então, uma ciência do trabalho digna de seu objeto deveria poder ultrapassar todas essas contradições.

Para Leitão (1993, p. 96), qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço/produto que tornam adequada a missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas das pessoas.

Em relação à qualidade, Patrício (1999, p.50) escreve que qualidade é atributo, característica ou propriedade de determinado fenômeno ou objeto que o qualifica como tal. E qualidade de vida é produto e processo, diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam essa vida e ao sentido que tem para cada ser humano. Esta autora complementa e diz que qualidade de vida é fenômeno da vida. Este fenômeno tem a ver com: o modo como se apresenta, como se constrói e como o indivíduo sente o constante movimento de tecer o processo de viver nas interações do cotidiano (Patrício,1995).

A este respeito, Leitão (1993, p.80) assinala que a qualidade visa respeitar (valorizar quem presta o serviço, respeitar o cliente (quem utiliza o serviço) e respeitar (valorizar) a própria instituição. (...) Um aspecto importante a considerar é a adaptação do homem ao homem, do trabalho ao homem e do homem ao trabalho.

Pode-se entender que as relações institucionais são fundamentais para a qualidade de trabalho e de vida do trabalhador. As condições físicas são um dos requisitos para a saúde laboral de qualquer pessoa.

Neste sentido, Contini (2000, p.48) diz que, nas relações institucionais, são fundamental apreender os mecanismos que as engendram e as constituem, pois será o conhecimento destes mecanismos que irão apontar o movimento entre instituição e as relações produzidas em seu interior, desenhando o micro universo de uma determinada estrutura social e histórica, onde um constitui o outro.



Em relação às condições físicas, ainda, gostaria de apresentar a seguinte fala:

**“...acho que em uma reunião de trabalho estas questões dos banheiros poderiam ser levantadas, ficar falando nos corredores não adianta nada, e, também, não é uma coisa só minha, mais pessoas também têm essas dificuldades para usar o banheiro. Mas, antes, eu vou perguntar se as colegas concordam, não quero ter surpresas.”**

O ambiente, quando inadequado, seja físico ou relacional, gera inquietudes, receios e isso interfere nos atos e atitudes das pessoas. As condições de trabalho são fundamentais para o bem estar profissional e pessoal.

O ser humano sente-se infeliz, quando não está em segurança. Sgreccia (1994, p.129) diz que são quatro as dimensões para a saúde humana e sua felicidade: a dimensão orgânica, a psíquica, a ecológica social e a ética. Nesse modo de agir dos enfermeiros, estas dimensões estão privadas (diminuída) destes princípios. E, quando o homem realiza na vida cotidiana parte de vida ética (o bem), ele fica insatisfeito, inquieto e conflituado.

Então, ele fica aprisionado entre o agir ético e o técnico, causando-lhe sofrimento existencial. A alma padece, o profissional não se realiza como pessoa e pode acabar perdendo sua identidade, enquanto pessoa e profissional.

Leitão (1993, p.94) ao falar do relacionamento humano, coloca que o convívio e o relacionamento com pessoas, apesar de difícil, é benéfico e salutar. Os fatores que interferem e atrapalham o relacionamento humano são: a falta de cooperação, competição desleal, estereótipos, tipos de personalidades, preconceitos e diferenças de credo, política, posição, hierarquias rígidas. Continua esta autora verbalizando que as relações humanas são vitais para a qualidade de vida pessoal e profissional, assim como são vitais para a organização.

Neste sentido, posso dizer que se relacionar bem chega a ser uma arte, um crescimento pessoal, uma conquista, que fará criar ao nosso redor, um clima favorável para o nosso espaço. A organização é um meio social, as pessoas que nela trabalham trazem consigo, além dos fatores pessoais de personalidade, uma carga de necessidades que, quando não atendidas, fazem o ser profissional sofrer.

Os elementos de pressão da vida, do trabalho e do momento geram uma carga emocional grande nas pessoas. A empresa por sua vez tem exigências, regras, objetivos que vão exigir da pessoa um comportamento adequado e, muitas vezes, diferente do que estavam acostumados ou preparados. Assim, este conjunto de fatos, acrescido dos contatos com diversos tipos de pessoas, vai exigir do profissional um esforço maior, uma dedicação mais intensa e até mudança de comportamento.

Para os autores Beltrão Passos (1991, p.64) e Mezomo (1995, p.62), as relações interpessoais, no local de trabalho, são umas das primeiras preocupações das pessoas. Decidir onde ela se encaixa e onde os outros se encaixam em relação a ela, é uma constante. Alguns aspectos devem ser considerados, nesta relação: a crítica e autocrítica, a tolerância, a imparcialidade, a lealdade, a objetividade nos julgamentos, o respeito às individualidades, a colaboração, a adaptação à equipe de trabalho, a agressividade e o autocontrole.

Percebe-se a importância das relações humanas, dentro do local de trabalho. É importante entender o comportamento humano e o equilíbrio adequado para o bom êxito profissional. Um clima agradável, formado e conquistado por relações sadias com os outros e com suas tarefas, terá como resultado a satisfação pessoal e, portanto, o crescimento profissional e do ser humano.

Para o relacionamento humano apresentar bons resultados, um fator de importância deve ser considerado - **o diálogo**. Para Benincá (2000, p.19), o diálogo significa a manifestação recíproca das pessoas através da palavra. Quem pronuncia a palavra pronuncia a si mesmo, mostra sua intimidade, revela o seu interior; isto é, revela o que foi gerado e o que cresce dentro de si. Este autor continua e escreve que pronunciar a palavra significa, portanto, tornar visível o invisível, revelar o oculto, ou seja, anunciar o mistério (do ser). No diálogo, as pessoas se anunciam e se revelam e ele acontece, quando as conseqüências das pessoas se põem em confronto.

O ser-enfermeira não pode se desvincular do diálogo, ou seja, não pode se desvincular do ser-pessoa que dialoga, sendo assim, a relação com o outro é imprescindível no ato de cuidar em enfermagem. O ser-enfermeira de cada um também é demonstrado na relação com os colegas e nas relações interpessoais como um todo.

Para Patrício (1990, p.160), os elementos do cuidado são empatia, interesse, ouvir

atentamente, diálogo, troca de experiência, confiança, valorização (...).

Benito (1994, p.72) ao falar de estrutura organizacional de um hospital escola, entre outras assertivas, escreve que a enfermagem, pelas suas características, somente poderá ser exercitada em equipe, levando ao compromisso da prática cooperativada. Para tanto, o relacionamento humano é essencial.

Vejamos como aparece esta relação com os atores desta prática assistencial:

**“.. para que toda uma classe seja valorizada necessitam de muitas coisas. Devemos começar por nós mesmos. Se uma pessoa fala mal do colega, ele está falando mal, também, da sua profissão. E esta realidade na enfermagem, às vezes, é meio danada.”**

**“Quando eu vivencio uma situação de pessoas falando mal uns dos outros eu procuro não repetir essas ações. Claro que, para certas atitudes existe a comissão de ética que vai avaliar essas ações. Mas se o fato não é comigo, não me diz respeito, procuro ignorar.”**

**“.. estas questões de postura das pessoas são pouco faladas nas reuniões. Fica-se mais na parte técnica, na assistência e nas questões mais administrativas. E isso tem seu grau de importância.”**

Percebe-se, através das falas, que na enfermagem existe uma boa carga de pessoas falando umas das outras. Uma profissão com muitas divisões favorece tal situação. As rixas internas e o ciúmes são freqüentes, nestes casos. A mudança de categoria requer um grande investimento para muitas pessoas (pessoal, financeiro, vestibular...) a tensão fica aumentada e o diálogo desmedido acaba ocorrendo.

Uma postura de coleguismo, talvez precise existir no cotidiano da enfermagem. Porém, as pessoas ficam passivas frente ao discurso não qualificado, levando a desarmonia, o crescimento da desconfiança, a instabilidade e estresse no ambiente. O ser-enfermeiro sofre, fica entrelaçado no agir ético e técnico, ocorrendo forte vibração na alma.

O enfermeiro está numa posição de mediação de conflitos (pessoais, profissionais e institucionais), mas isso fica difícil pois ele é treinado e (re)educado mais para as atividades tarefas e, aliado a isso, ele vive um clima de desvalorização e de falta de reconhecimento. Este pensamento é exemplificado com as seguintes falas:

**“... o enfermeiro é um profissional que trata não só do lado curativo, mas do lado emocional. O enfermeiro administra conflitos entre profissionais e funcionários, entre funcionários e paciente, entre paciente e família. Ele é o elo de ligação entre o administrar conflitos. Por isso, necessita de uma certa serenidade, tem que ter jogo de cintura para trabalhar com esses assuntos pessoais, porém, ele não é preparado para isso, nem na faculdade nem o emprego. Ele é preparado para a técnica, controle, deixar tudo pronto e em ordem.”**

**“... sabe a gente é preparado para o lado técnico da coisa, o lado humano vai se adequando com o passar do tempo. Então, leva-se muito tempo para isso, quando ocorre, as vezes causa dor, sofrimento para nós mesmos e para os outros, pois até aprender, se erra, a coisa não sai muito adequada.”**

**“... o lado mais humano, mais sensível não é muito enfatizado na faculdade. O lado humano, então, tem que vir da vivência de cada profissional. Vem de onde e como ele viveu. Vem da educação da família, do relacionamento com a sociedade, com sua cultura, de suas dificuldades e facilidades. Então, o lado humano fica muito diferente para cada um. Você é treinado para desenvolver a parte técnica, durante a tua formação. Você é avaliado pelos procedimentos técnicos, pelo que faz, como faz, como escreve, se sabe esta ou aquela teoria. Se você não aprendeu muito, este lado, nas tuas relações pessoais, não é na faculdade que você aprende. Então, certas pessoas vão ter dificuldades desse lado.”**

Pode-se perceber o conflito existencial que ocorre entre o “ser-enfermeiro” e o “ser-pessoa”, entre o “lado afetivo” (ético) e o “lado profissional” (racional-técnico), tendendo a tensão e a ruptura.

O ser humano é afetivo, sensível e necessita de cuidados técnicos e afetivos na medida certa para cada cuidado. Como a enfermagem é mais preparada para tarefas, as questões mais subjetivas ficam de pano de fundo e a critério de cada profissional, mas sem dúvida deve ser observado em qualquer relação, principalmente, nas relações de trabalho.

A técnica pela técnica é adestramento, é controle, é subserviência. As falas mostram,

claramente, a necessidade do lado humano, da força humana nas relações entre duas pessoas e com a própria pessoa. Mostram, também, que a escola ainda privilegia a formação técnica das pessoas e não a sua lapidação. O conflito aparece, pois o humano tende a se apresentar em qualquer situação.

Em relação às questões de relacionamento interpessoal (hierarquia), ainda encontram-se as seguintes situações:

**“... o relacionamento com o meu chefe me desmotiva. Eu posso não estar certa, mas ele também não age tão adequadamente.”**

**“... deveria ter mais competição e menos competidores. Não por questões de ciúmes, de inveja, sabe algo tipo assim: já que ela conseguiu vou tentar podar o caminho, isso eu queria para mim. As pessoas devem se superar e não aos outros. Quando as pessoas vêem alguém que conseguiu com condições suas, elas não vêem isso como algo bom, elas pensam como vão fazer para que isso desapareça, não percebem como uma questão de melhora. Isso, na enfermagem, tem bastante.”**

**“.. eu já vivenciei uma situação assim: cale a boca, senão você vai para outro lugar. E, aí isso vai depender da minha posição. Será?”**

**“... a ética, na equipe, às vezes tira férias...”**

**“... é importante tu chegar no trabalho e ter um bom relacionamento com o funcionário, com as chefias, principalmente, com administração e é claro com o paciente. É importante sermos uma grande família. Se não um grupo fica mimando o outro, por interesse é claro. Essa experiência é frustrante na enfermagem, mas isso é péssimo para mim como pessoa e para o ambiente. O ambiente fica pesado.”**

Aqui existe um foco de tensão. Lunardi Filho (1995, p.163), relata as implicações dos sentimentos de prazer e sofrimento que o trabalho traz através das relações hierárquicas. Este autor escreve que um tratamento amistoso, isento de “maus modos” e de atitudes ameaçadoras é o que se espera de qualquer chefia. A existência de uma relação perneada de cinismo entre chefes e subordinados e a existência de privilégios e tratamentos desiguais é produtora de desprazer.

A enfermagem está cheia de divisões (entre enfermeira, técnicos, auxiliares) e dentro da própria categoria enfermeiro, encontramos divisões: enfermeira de cabeceira, supervisora, gerente, chefia imediata, coordenadora e diretora). Dejours (1982) diz que a divisão do trabalho acaba por gerar desconforto, dor e doença no trabalhador.

Na enfermagem pode-se observar este fenômeno da divisão do trabalho. Fica difícil para o enfermeiro assumir várias posições no seu local de trabalho (divisão dos homens, como fala Dejours), ora ele é chefe de uma unidade e de uma equipe, ora ele é somente o enfermeiro, ora ele é subordinado à chefia maior da instituição; entre outras, estas divisões apontam muito bem as relações de esquadramento que Foucault<sup>20</sup> falava em suas obras. Mas o peso desta divisão é sentida pelo trabalhador.

Neste sentido, Balieiro Junior (1999, p.53), escreve que

“numa hierarquia, existem níveis de decisão, estratificados e organizados de forma que certos níveis estão subordinados a outros que, por sua vez, estão subordinados a outros, e assim por diante. Quanto mais níveis existam, maior será o número de subordinados e a responsabilidade decisória dos ocupantes dos níveis mais altos e, inversamente, menor será o número de subordinados e a responsabilidade decisória dos ocupantes dos níveis mais baixos”.

Esse mesmo autor apresenta, ainda, a esse respeito que, neste tipo de arranjo, é comum que os problemas subam, ou seja, decisões e soluções que envolvam certa carga de responsabilidade são levados para os níveis superiores, que ficarão encarregados destas decisões ou soluções. Outro efeito complementar ao primeiro é que a culpa desce, ou seja, quando uma decisão está errada, culpa-se o subordinado.

O “ser-pessoa” é tencionado pelo “ser-enfermeiro”. O ser-enfermeiro está dividido, esquadrihado, portanto sua identidade está cisada. Quem ele é, então? Certamente esta divisão se faz sentir, demandando uma atitude: realizar a tarefa e esquecer o afeto.

---

<sup>20</sup> Para Foucault no trabalho estabelece-se a disciplina, a docibilidade, transforma o homem em força de trabalho e diminui a força política pela docilizar dos corpos.

Para maiores informações e esclarecimentos consultar as obras:

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 9.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

\_\_\_\_\_. *A arqueologia do saber*. 4.ed. Rio de Janeiro : Forense Univesitária, 1995.

Os atores continuam falando das relações interpessoais e de sua importância para o seu trabalho:

**“... no meu trabalho, quando tem um grupo mais na linha das relações humanas, quando a gente tem que falar nas dificuldades, nas nossas fraquezas, ficamos com medo de se expor, com medo de represálias por parte das “hierarquias superiores”, e por parte das colegas que começam a te ver de outra maneira.”**

**“... teria que ter alguém de fora que fizesse grupos com o pessoal da enfermagem para trabalhar as questões de relacionamento, mas, hoje, pouco ou quase nada tem se feito. Tem-se medo de recortes, pois as pessoas querem saber quem está formando alguma coisa contrária a eles. Então ficamos técnicos, cuidamos do outro. Eu não manifesto as coisas que eu gostaria de manifestar.”**

Dejours (1982) refere que quando o desejo do trabalhador é ceifado ele adocece.

A continência na equipe de enfermagem, quanto ao afeto, parece não ser um hábito cotidiano, o que tensiona as relações laborais, pois, quando a pessoa não se sente querida, aceita e compreendida, ela fica insegura, desconfiada e receosa.

**“... Quanto menos distinções tivermos na enfermagem, quanto menos categorias, quanto menos hierarquias existirem seria melhor para todos.”**

Pode-se pensar que quanto mais divisão tiver uma categoria, tanto mais controle ela terá que ter e, portanto, menos autonomia. Quanto mais controle do desejo houver, maior controle da pessoa ocorrerá. Segundo Dejours (1986), o desejo é o grande produtor de prazer no trabalho.

Encontra-se, portanto, uma enfermagem controlada, com falta de desejo, sendo assim, desmotivada, passiva, abnegada. Esta realidade deixa evidenciar o modo de agir do enfermeiro, enquanto pessoa e profissional. Mostra as questões existenciais entre o agir ético e técnico.

**“... tem pessoas que te ligam e dizem, assim: manda teu funcionário. Me manda isto ou aquilo. Mas é uma ordem mesmo. Que horror! como a gente se destrata.”**



O sentido de posse de algo ou de alguém acaba tencionando as relações, principalmente, as hierárquicas.

**“... não fizemos reunião para dar elogios. Acho as outras reuniões importantes. Ontem, nós cobramos isso da chefia.”**

Lunardi Filho (1995, p.163) refere que, em relação às expectativas quanto às chefias da equipe de enfermagem, os profissionais querem que o diálogo possa ser franco e sincero e que, se assim não ocorrer haverá interferência no prazer do trabalho, mesmo quando se realiza um bom trabalho. Outro fator que se pode pensar é que o serviço de enfermagem, não sendo reconhecido, necessita de constantes elogios para que uma força motivacional o impulse e energize a pessoa por trás do profissional. As pessoas têm necessidades de elogios, pois este representa uma forma de reconhecimento e, em reconhecer, reconhece-se a pessoa como uma individualidade, como um ser pensante, realizador, vitorioso, portanto, com vida.

**“... as relações, na enfermagem, são mais ou menos assim: os subordinados, primeiro, chegam ao superior imediato, depois, ao superior mediato, então, só depois, vamos ao líder. Esta situação é semelhante na família - primeiro falamos com a mãe, ela tria, depois chega para o pai. Ela faz o meio de campo, se isso não acontece, então, vamos ao chefe. Nossa parece até militar!”**

Para Lunardi Filho (1995, p.164) a equipe de enfermagem reconhece que compete à chefia orientar o andamento do serviço, avaliar, apontar os erros e acertos (...) o respeito à chefia não se deve apenas, ao cargo, mas decorre do tratamento respeitoso que é devido a qualquer pessoa. Ainda, este autor relata a opinião de uma enfermeira administradora que entende que a chefia deva ser exercida contemplando atitudes autoritárias e democráticas, não podendo ser demais nem uma coisa, nem outra, porém, sem nunca esquecer que está lá para chefiar (observe a ação (des) medida evidenciada aqui, a força do poder).

Lunardi Filho(1995, p.164) escreve que, no entendimento desta enfermeira, somente atitudes democráticas não garantem o andamento do serviço, além de dar origem a queixas e manifestações de insatisfação. Diz que, para ela, as pessoas (enfermeiras) têm uma chefia

elas desistem da autonomia (...).

Esta situação reporta-me aos encontros da prática assistencial, onde eu pedia o que os atores queriam fazer, e a resposta sempre era: você decide, você propõe. Então, concordo com enfermeira administradora, citado acima, quando se refere que as pessoas não se sentem co-participantes, acomodando-se em seu refugio existencial (que, de certa forma, é seguro), então não perguntam, não se questionam, não sugerem e ficam a espera de receber ordens. Embora, entenda que isso possa ser apenas um dos motivos para essa recusa ou baixa motivação. Mas é algo a se pensar. Veja os seguintes exemplos:

**“... Ah! Eu pensei, era para mim trazer alguma coisa que eu quisesse, então, veio o pensamento: deixa que ela (cuidadora-pesquisadora) resolva.”**

**“... não tenho nada a dizer, eu prefiro que tu faças o planejamento do cuidado.”**

**“... eu gosto, quando tu tens as idéias, quando tu sugere. Sabe, quando tens uma missão a cumprir, você fica estimulado.”**

Talvez, este trabalhador acostumado a ordens, a esperar por decisões, não se ache no direito de sugerir, de querer, de desejar. A passividade é algo que acompanha muitos momentos do enfermeiro, seja na vida profissional ou pessoal. O sujeito prefere executar a ter que ser o mentor. Quando a ordem é imposta ela trava as pessoas, principalmente, pelo medo.

Em qualquer sociedade, existe a divisão do trabalho, esta divisão separa a sociedade entre ocupações. A divisão social do trabalho acaba subdividindo a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem e, enquanto a subdivisão da sociedade pode fortalecer o indivíduo e a espécie humana, a subdivisão da pessoa, quando ocorre com menosprezo das capacidades e das necessidades pode dividir o homem, pode enfraquece-lo. Pode-se dizer então que ocorre um crime contra o ser humano e, portanto contra, a humanidade (Braverman, 1987).

Lunardi Filho e Leopardi (1999, p.48) ao citarem Cattani (1996), mostram as dimensões ambivalentes do trabalho: opressão e emancipação; sofrimento e prazer; alienação e criação, que não se limitam, apenas, a jornada de trabalho, mas que se estendem sobre a totalidade da vida em sociedade. Vai mais longe o pensamento destes autores e escrevem que a enfermagem moderna, desde a sua concepção e

institucionalização, já adotara a divisão técnica do trabalho, com base na divisão social do trabalho, apresentando, desde sua origem, um carácter fragmentário, fundamentado na diferenciação de origem social, saberes e práticas. Isso deu um carácter coletivo e hierárquico à profissão (*op.cit.* p.74).

**“... de dia, as pessoas são muito profissionais, têm N coisas para fazer, são mais voltadas para seu desempenho profissional e de tarefas, à noite, é completamente ao contrário, são mais calmas.”**

O sujeito se fraciona entre o pessoal (afetivo) e o profissional (racional), e esta divisão para alguns, é difícil.

**“... na equipe de enfermagem, existe muita disparidade de conhecimento, de situações em geral que com essa divisão da nossa categoria, acaba atrapalhando nosso serviço. Uns pesquisam, uns estudam, outros não querem nem saber, fazem a tarefa pela tarefa. A qualidade do serviço fica não adequada, isso repercute na valorização e no reconhecimento da nossa atividade.”**

**“... às vezes, você se sente responsável para falar, fazer alguma coisa em relação a treinamento, mas daí tem a chefia, tem as tarefas, tem a falta de interesse dos colegas.... a coisa vai se complicando. Mas a disparidade de conhecimento é verdadeira. Essa disparidade de conteúdo precisa ser reduzida. Às vezes você quer fazer esta atividade e não te acham capaz, dizem para você: traz fulano, quem sabe convidamos sicrano, e aí a coisa não sai, fica tudo muito formal, tem que arranjar tempo essa coisa toda da enfermagem. Puxa! eu sei que eu tenho condições para fazer este treinamento. O trabalho é a melhor coisa para o crescimento do ser humano, desde que se faça o que se gosta.”**

Saber ouvir, oportunizar o crescimento das pessoas no seu trabalho, deveria ser a filosofia das empresas e, principalmente, das chefias. Na enfermagem o medo de se expor é grande e quando as pessoas se dispõem a fazer isso elas devem ser reconhecidas como tal, senão vem o descrédito. Outro fator interessante é a própria enfermagem não acreditando nela. Isso pode ter influência na motivação do trabalhador. Não ser reconhecido com capacidades profissionais é não ser reconhecido como pessoa com potencial. Ocorre o duplo sofrimento: o do profissional, por não poder agir tecnicamente e

da pessoa que sente a falta do agir ético para consigo. Percebe-se, aqui, a evidência das questões existenciais entre o agir ético e o técnico da profissão enfermagem, com seu executor - o enfermeiro. Aparece a cisão entre o ser-enfermeiro e o ser-pessoa.

A melhoria do relacionamento entre hospital e seu “usuários” não dependem apenas de técnicas, mas deve ser integrada na política hospitalar como um todo. Os hospitais não devem se omitir nos esforços para humanização de seus serviços (...). A humanização dos hospitais é característica fundamental de uma administração eficaz (Leitão, 1993, p.95).

A falta de humanização pode acarretar sintomas de desmotivação nos profissionais. Se os profissionais desmotivados, tensos e ansiosos, atendem a uma demanda da mesma forma (seu modo de agir) comprometida, aumenta o risco de má qualidade de trabalho e, até, de incompetência. Para que isso não ocorra, para que as relações laborais sejam saudáveis, o hospital não deve só pagar auxílio de insalubridade, mas deve ter uma filosofia da empresa, ter funcionários com filosofia de vida.

Há uma fundamental importância da visão mais humanística no acompanhamento hospitalar, da necessidade do profissional de saúde se atualizar, numa reflexão em relação ao que envolve o ser (pessoa, profissional).

É importante lembrar que o homem não deseja a dor, o sofrimento, mas utiliza-os como um alarme para evidenciar seu desejo primário de integridade e equilíbrio. Seu modo de agir mostra a própria vida do homem, podendo, por suas capacidades e limitações, escolher como quer estar no mundo.

A autora Leitão (1993, p.97) complementa este pensamento e diz que um profissional imbuído dessa visão de mundo e de vida, não será, apenas, um técnico, mas uma pessoa com consciência de respeito ao ser humano.

As relações humanas têm um significado importante para todos, pessoas e profissionais, e esta importância fica registrada pelo grande número de respostas encontradas dentro desta categoria. Neste momento trago mais algumas falas, para dar prosseguimento à minha análise:

**“... às vezes as situações de briga entre enfermeiros me dá uma raiva. Isso para mim é como lidar com a morte. De início, tu se envolve, depois você não dá mais bola, fica insensível, mas é difícil(...). Não é uma coisa fácil de se lidar. Isso é**

uma das situações mais complicadas. Primeiro, você tem que mudar, vem de dentro. E como saber o que o outro quer, como quer? Então você não passa vontade de ajudar. Então, você espera que as pessoas busquem essa vontade de mudar, busquem por si ou se lasquem. A gente tem um ideal de crescimento pessoal e técnico, estas situações fazem o lado pessoal ficar para baixo.”

“...você é despreparada para lidar com as relações humanas no trabalho. Você sai despreparada para o elo de ligação que você é, em qualquer setor da enfermagem. Você recebe um carga grande técnica para as tarefas, para a administração. Pouca base para o RH, pois você tem que lidar com vários tipos de pessoas (funcionário, paciente, chefias, médico, administradores, etc...).

“...sabe, a coisa funciona mais ou menos assim: tem problema manda a M., tem problema alguém vai se ferrar, então, eu não vou, manda a M. Isso era injustiça, mais eu ia, resolvia. Mas dai.... Sofre-se para conseguir um lugar ao sol. Mas vamos batalhando. A frente é tua, é você que se defronta. Se deu certo o mérito é de quem mandou, se deu errado é incompetência tua. É, você que não sabe ter jogo de cintura, é você que não serve. Isso te dá uma raiva, um ódio.”

“... toda essa estrutura acaba me deixando com uma baita insegurança. Aceitar os limites meu e o dos outros é muito difícil. Vejo que somos um ser imperfeito.”

“... como é difícil fazer os colegas sentirem a necessidade. E, quando se tenta falar as pessoas não escutam, mas reagem. Falam por traz, dizem que não gostam, que não é assim, sei lá. Mas a gente acaba pegando os furos. Eles vêm, vêm... e, geralmente, se pega o trem descarrilhando, isso é uma das coisas que não consegui colocar para o meu grupo, para as chefias. Acaba-se falando aqui e ali, mais nada de efetivo. Isso é um horror, isso me preocupa. As reuniões são técnicas, estas questões de relacionamento fica para segundo plano, terceiro, quarto, quinto, sei lá.”

“... Uma vez eu interrompi uma reunião, porque falar do fulano, falar do beltrano que não tinha nada que ver, eu disse não. Faz 1h15min que eu tô aqui, para que vocês marcaram essa reunião mesmo? Eu estou aqui, ouvindo vocês e isso é uma coisa ruim. Vocês não se deram conta que tempo é importante e o que vocês estão conversando é o intransigente. Porque já estava acontecendo

**outras vezes. Eu fico preocupada, isso me dá nojo, dá dor de cabeça e fico nervosa.”**

**“... sabe, a coisa anda meio danada. Quando tu tens um grupo, a coisa anda. Tu podes reclamar, dizer para o médico, chefia e administração que não é assim e coisa e tal. Quando não, tu te calas, mesmo as coisas estejam errada, mesmo quando tu tens certeza. Pois tu nunca sabe, quando vão te apoiar. A gente fica sem saber o que fazer.”**

Pode-se perceber que as relações com a equipe de enfermagem vêm carregadas de conflito. O ser-enfermeiro sofre pela desconsideração que começa com seus próprios colegas. A tensão se eleva, a pressão no ambiente se carrega, a desconfiança, a insegurança ronda o cotidiano deste profissional. O ser-pessoa fica mortificado com tamanha desconsideração. A quem vai se apegar? A imagem desvalida, o não reconhecimento, as relações hierárquicas, autoritárias, ao paciente que deposita o lucro da sua recuperação ao médico, ao colega desleal...

Como as arestas não puderam ser aparadas, as chateações ficam latentes, não permitindo a troca. O agir fica excludente. Parece que tudo está dentro de compartimento, tudo individualizado. A situação é ambivalente, se individualiza, mais precisa do grupo. A dificuldade de entrosamento são evidentes. Aparece a força centrada no grupo. O enfermeiro precisa dessa força para ser reconhecido como individualidade. Mas ela está fragmentada.

Compara-se esta atitude de espera, de aceitação a uma atitude adolescente, pois o adolescente encontra sua afirmação, sua identidade no grupo, no coletivo. A questão da hierarquia fortemente verticalizada aumenta a pressão e a dependência deste profissional. Aumenta a necessidade de se fazer “querida” e aceita pelas hierarquias superiores, pelo poder. Então num grupo com muitas categorias a força fica diluída, acaba gerando uma inveja coletiva, favorecendo um ambiente inseguro. E a força da categoria se dilui.

Esta realidade, também, se evidenciou no estudo exploratório, no qual os enfermeiros listaram as dificuldades com os colegas como sendo a segunda mais importante no seu campo de trabalho. Em relação a esta dificuldade, trago os seguintes exemplos:

**“...eu peguei um pessoal mais velho na minha equipe, quando eu comecei a trabalhar, com mais de 10 anos de atividade. Tem muita resistência do pessoal**

**mais velho em aceitar os mais novos, aceitar uma chefia mais nova, tanto por parte dos enfermeiros como pelo restante da equipe. Isso é uma barreira e tanto. Muitas vezes, tu és taxado de “não tomar uma atitude”, mas isso é em função de ter que ouvir para aprender a lidar com essa situação toda. Só que daí o teu conceito vai se formando. De início é terrível para ser aceita, mas qualquer médico novo que chega é logo aceito.”**

**“... durante três anos de trabalho, tive mais que escutar, ouvir, estudar, ficando mais na retranca. Para mostrar aos mais velhos, para começar a se sentir segura. O pessoal parece colocar tudo em você. Parece dizer: vamos ver se essa daí sabe mesmo.”**

**“... estamos um pouco inseguras, nossa equipe de trabalho é toda nova. Não para de trocar de gente. Isso estressa a equipe - insegurança, instabilidade, as atividades demoram mais. Explica, explica, verifica, verifica tudo de novo. O grupo fica disperso.”**

Como se pode perceber equipes muito jovens ou mais velhas trazem alguns focos tensionadores para a enfermagem. Como a profissão apresenta uma divisão social, oferece um terreno fértil para as resistências, principalmente pelo ciúmes do que chega, pois assume algo que talvez no inconsciente fosse tido como seu, rouba-lhe o lugar. E este novo chefe é um tirano ou não? São inquietudes pertinentes ao trabalho. Porém isso ocasiona conflitos se a equipe não estiver preparada e orientada.

Ferreira-Santos (1973, p.72) ao falar da categoria de enfermagem, diz que a medida que uma profissão se institucionaliza sobre bases científicas coexiste com outras categorias, e isso é um atrapalho para a enfermagem e, para o seu papel como um todo.

Essa autora ainda refere em seu diálogo e escreve que existe um jogo entre o que a enfermeira espera dos seus funcionários (obediência, submissão, disciplina para com as rotinas e execução das tarefas que lhes foram atribuídas) e o que os auxiliares esperam da enfermeira (que sejam capazes na profissão, de modo a dirigi-los com eficiência e com relacionamento humano). Isso fica tensionante quando a equipe é muito jovem ou com muitos anos de experiência, numa unidade (*op.cit.* p.73.)

O conhecimento destas relações humanas, atravessadas por afetos, pode criar um



espaço de promoção à saúde, ao possibilitar a ruptura dos comportamentos cristalizados, emergindo o sujeito intencional, ou seja, aquele que está cômico das suas ações e pode, dessa forma, colaborar com a alteração do curso dos fatos e da estrutura institucional (Contini, 2000, p.49).

Spink (1992), trazido por Contini (2000, p.49), diz que há uma necessidade de encontrarmos uma mediação nas relações (...). O conhecimento das relações entre os sujeitos, a sociedade, a instituição e a educação, são fatores de importância para compressão do que é o mundo das relações.

É, no encontro com o outro que o sujeito se objetiva e, nesse encontro ele se subjetiva também, podendo ser reconhecido com uma identidade (“ser-pessoa/ser-profissional”) e reconhecendo no outro a identidade dele (“ser pessoa/ser-profissional”).

Para Severino (1995, p.47), o que parece ser fundamental na relação dos seres é o convívio das duas perspectivas, de modo que poderíamos reafirmar que o ser é uno e múltiplo, ao mesmo tempo. Tal afirmação mostra a histórica relação e o processo contínuo entre o ser e o fazer individual e coletivo, entre o ético e o técnico.

Parece inevitável que se precise aprender a trabalhar com o outro, com seu olhar diferente, com seu desejo diferente. Este desafio, transformado em compromisso e ação, especialmente na prática da enfermagem, pode contribuir para alterar o problema de relacionamento existente entre o profissional, o pessoal e o institucional.

O modo de vida, a saúde e a personalidade, estão intimamente relacionados entre si e, simultaneamente, estão intimamente vinculados com as relações laborais.

Contini (2000, p.52) trazendo Vygotsky, sintetiza a essência dessa prática e aponta que é no movimento mediado pelo outro que aprendemos e aprendemos o vivido, que nos elaboramos, que reafirmamos e transformamos o que somos, que nos desenvolvemos e nos singularizamos (...).E como diz a canção **viver é afinar os instrumentos de dentro para fora, de fora para dentro...**

Então, essa essência na enfermagem está, por assim dizer em uma CTI, pois o sujeito-enfermeiro, está confuso, vivencia sofrimento, desvalorização e falta de reconhecimento enquanto profissional e, como não se pode fazer esta cisão entre este dois homens, aparece o sofrimento existencial no ser-pessoa enfermeiro, comprometendo seu

agir ético e técnico.

De acordo com Davies e Schackleton (1977, p.14), o trabalho serve a várias funções para o indivíduo, contribuindo para o amor-próprio de duas maneiras: o indivíduo adquire domínio sobre si mesmo e sobre o seu meio e, ao realizar uma atividade que é apreciada pelos outros, pode cotejar a avaliação que faz de si mesmo com a avaliação dos outros a seu respeito e obtendo assim, um sentimento de valor pessoal.

Pode-se perceber que a satisfação no trabalho está ligada à identidade pessoal e ao amor-próprio, portanto à auto-estima. Beck (2000, p.206) escreve que quando o grau de auto-estima é elevado, a atitude é enfrentar a vida e não fugir dela.

O trabalho poderá ser um elemento muito importante para análise do ser humano e sua relação com o mundo externo (material) e o mundo interno (vida psíquica). É por meio do trabalho que o ser humano busca atender suas necessidades, busca o prazer e tenta evitar o sofrimento (Lunardi Filho, 1995, p. 1) (...) através das práticas cotidianas de vivenciar os fatos satisfatórios e os causadores de sofrimento, sabendo que o trabalho é um ótimo meio para essa expressão.

O homem moderno ao se experimentar simultaneamente como vendedor e como mercadoria a ser vendida no mercado tem, o seu amor-próprio dependente de condições fora do seu controle (From, 1975).

Portanto, o trabalho pode ser definido não só em termos de sua função na sociedade, mas, também, em termos de seu significado para cada trabalhador.

Davies e Shackleton (1977, p.26) apontam vários autores que por meio de seus trabalhos mostram que a satisfação e a valorização do trabalho estão ligados ao tipo de trabalho que executam, ao salário, à oportunidade de promoção, à supervisão e aos colegas de trabalho. Entre outros citam: Edwards (1957), Likert (1961 e 1967), Smith, Kendl e Hulin (1969), estes estudos trazem que as atividades não reconhecidas tem maiores chances de receber menos valor monetário do que as diversas atividades mais reconhecidas.

Neste sentido, Lunardi Filho (1995, p.111) ao falar da questão da remuneração no trabalho de enfermagem, refere que seus trabalhadores consideram o salário muito pouco, péssimo até, pela atividade e pela responsabilidade que têm. E o salário é um dos motivos

de sofrimento, pois não corresponde ao esforço despendido pelo trabalhador e, sendo uma expressão da desvalorização do trabalho de enfermagem.

Trago para discussão os achados do estudo exploratório, onde os enfermeiros responderam porque sentiam a desvalorização profissional. Suas repostas foram: 10,5% é mal remunerada; 16,3% mal remunerada, não recebe o reconhecimento como pessoa e é pouco reconhecido na equipe multidisciplinar; e 15,1% é mal remunerada, pouco reconhecida pela equipe multidisciplinar e não é reconhecida pelo paciente. Confirmando a literatura.

Os trabalhadores da enfermagem percebem o salário como gerador de desânimo, sendo extremamente injusto, devido as restrições que ele impõe a vida particular do enfermeiro.

Em seu estudo, Gonzales (2000, p.92) traz que um grande número de enfermeiros tem outro emprego ou possuem algum tipo de trabalho, que ajuda na complementação salarial (atividades como venda de roupa, cosméticos..).

Os achados dos encontros sobre as questões salariais ficaram assim evidenciados:

**“... eu gosto da enfermagem, mas depois de formada, depois de estar trabalhando á muito tempo, eu tentei vestibular para medicina. Principalmente pelo fator financeiro. Eu sei que a enfermagem vê o paciente diferente do que o médico, mas o lado financeiro pesa, pesa muito.”**

**“... o pouco salário, faz a gente, ás vezes pensar em trocar de profissão. Mas, é claro, eu só vou sair por uma coisa melhor.”**

**“... eu sinto a dor pelo pouco valor monetário atribuído ao profissional que trabalha para manter e recuperar a vida das pessoas. Não dá para fazer reserva, seguro. Eu para atender minhas necessidades, precisava ganhar uns 80% á mais. Então, a coisa toda é economizar, economizar, deixar, deixar para outra hora. A outra opção é fazer trabalho extra (dar aula no auxiliar, vender cosméticos, vender férias, vender plantão)”.**

A idéia de crescimento e valorização fica atrelada ao salário e à troca de profissão. E não de valorização e crescimento, dentro da enfermagem.

**“... eu gosto do que faço, mas se eles não pagam mais, o que é que eu vou fazer?”**

**É, não é fácil ser feliz! Fico perplexa, sem muita força, me envolvo no trabalho e esqueço. Então, se é mais razão do que emoção”.**

Nesta fala vê-se a utilização dos mecanismos de defesa que o ser enfermeiro utiliza (negação e sublimação), mostrando como ele age em relação a sua desvalorização, que vem expressa no valor pecuniário atribuído ao seu produto - a tarefa e o trabalho, portanto ao sujeito. Mostra o profissional sua fragilidade e sua resignação.

Lunardi Filho e Leopardi (1999, p.33) escrevem que o trabalho representa algo bem mais amplo do que a simples manutenção da sobrevivência. Pode constituir-se na condição de realização da pessoa humana, na qual ela se exterioriza e se dignifica.

Por isso, ou melhor dizendo, talvez, esse seja um dos motivos do aparecimento tão forte deste tema neste estudo, como as questões existenciais entre o agir ético e técnico da profissão enfermagem.

No entender de Davies e Shackleton (1977, p.67), a remuneração acelerou positivamente com o tempo, isto é, os aumentos salariais tornaram-se cada vez maiores. Mas a variação salarial também aumentou com o tempo. Assim, existe uma tendência geral para subestimar os salários, quer olhe para cima ou para baixo, na escalas de valores.

**“... em relação ao salários, que andam por aí, até que não podemos nos queixar.”**

Nivelar por baixo, olhar para quem ganha menos e achar que seu salário está bom é uma maneira de conformismo, de mecanismo de adaptação a esta realidade cruel com o profissional do enfermeiro, mas acaba sendo uma forma de alienação. Seu agir fica no técnico pelo técnico, enquanto o agir dos “outros” foge do ético para com esse profissional.

De acordo com Lunardi Filho e Leopardi (1999,p.36), a sublimação permite a articulação pelo indivíduo dos significados do seu desejo à busca do reconhecimento social, mas no trabalho desqualificado, a sublimação fica vulnerável. Então, aparece o sofrimento mental e alienação.

Para os mesmo autores, os salários baixos são atribuídos ao trabalhador dito desqualificado (aquele que pode ser realizado por qualquer um). Pensando esta realidade

reporto-me a divisão do trabalho da enfermagem isso fica fácil pois temos uma divisão grande na categoria (na equipe) no passado, ainda com o atendente, hoje com o auxiliar, técnico, enfermeiro e, até o agente de saúde. As funções se confundem e dão a falsa noção que todos podem fazer tudo.

**“... eu fico abismada pela falta de estabelecimento do valor do cuidado, atribuído especialmente ao enfermeiro, na relação salarial dos profissionais de saúde, acho que ela é a mais baixa.”**

Retomando Lunardi Filho e Leopardi (1999, p.36) o que vem ocorrendo, na prática de enfermagem, é que o interesse econômico vem considerando este trabalho como simples e desqualificado, assim, representa menores custos e maiores lucros para o empregador. Somando a categoria dos trabalhadores da enfermagem somos um contingente grande de mão de obra, isso tem interferências na lucratividade do processo saúde-doença no mercado econômico.

Colliere (1989) diz que isso acontece porque o trabalhador de enfermagem não foi capaz de fortalecer e afirmar os efeitos sócio-econômicos do seu trabalho e, assim, ele continua invisível.

**“... eu gostaria de saber quem “foi” aquela que começou a fazer as coisa de graça, aquela que foi fazer filantropia com a nossa profissão. É foi um “anjinho”, isso é cultural, é de papel. Estamos na profissão, ainda, por baixo.”**

Ratificando as idéias de Collière, Lunardi Filho e Leopardi (1999, p.38) consideram que a invisibilidade do trabalho da enfermagem pode ser buscada na própria evolução histórica da profissão, uma vez que este era, apenas, um exercício de caridade, era um trabalho oferecido gratuitamente serviço dos pobres, sem a consciência que este trabalho em saúde é um dos eixos de um sistema econômico altamente rentável.

Mas neste interjogo social quem sofre é o ser-enfermeiro e por extensão, o ser-pessoa fica desvalorizado, entrelaçado nas questões éticas e técnicas de sua tarefa cotidiana do cuidado.

Guattari (1987, p.79), trazido pelos autores Lunardi Filho e Leopardi (1999, p.44), assinala que o interessante ao capitalismo são as diferentes máquinas de desejo e de

produção, que ele poderá utilizar como máquina de exploração (seu corpo se você é um trabalhador braçal, sua capacidade intelectual se for um trabalhador qualificado, graduado sua sedução se for um trabalhador-propaganda). Quanto ao resto o capitalismo não quer nem ouvir falar.

Transportando esta realidade para a enfermagem, vê-se que o trabalhador enfermeiro é utilizado pelas suas capacidades intelectuais, através de seu corpo físico, fazendo assim ele se percebe como um trabalhador braçal. Com isso, um trabalho qualificado por “preço” de um trabalho desqualificado. Quem sabe seja por isso que ele circula, amargamente, entre o agir ético e técnico dessa maneira tão desvalida, tão abnegada? Pois se ele é um trabalhador braçal não pode se equiparar ao trabalhador intelectual. A fala do ator abaixo deixa claro esta relação:

**“... quando comecei a trabalhar, o salário já era baixo, mas até que dava. Mas agora....Tudo tem seu preço, só o nosso trabalho que não. As necessidades aumentam e até surgem outras. Para somar ao baixo salário, tem muita exigência, muita cobrança, trabalha-se feito burro de carga. Você trabalha no vermelho: pouco salário, muito trabalho, não se é ouvido, não se é reconhecido, não se é valorizado.”**

Ter um trabalho que não proporcione condições suficientes para atender as necessidades básicas é muita falta de valor e reconhecimento com o ser-profissional e com o ser-pessoa. Quem sofre é a alma humana, é a vida como um todo.

Tem sido postulado por Leopardi (1994) que a existência humana tornou-se funcional, seguindo um ritmo e uma sucessão cíclica de trabalhar, consumir, sobreviver. Isto acarreta uma desfiguração estética da vida cotidiana, decorrente do sistema produtivo, então gerando uma crise de subjetividade, em consequência da fragmentação e descontinuidade nas dimensões objetivas e subjetivas.

O estudo tem mostrado esta realidade através da sua temática central: questões existenciais entre o agir ético e o técnico da profissão enfermagem.

Outro ator deste palco traz a seguinte fala, mostrando bem este fenômeno:

**“...ter um trabalho, mesmo desvalorizado, não muito reconhecido, pouco remunerado, é melhor do que não ter nenhum. Sem trabalho acho que**

**sofremos, não somos ninguém.”**

Esta fala evidencia os postulados de Dejours, quando afirma que o trabalho é condição para humanização do homem. É o trabalho que objetiva e subjetiva o ser humano, é ele que dá identidade ao homem, mostra o caminho da humanidade e da socialização.

O ser se submete, a alma padece, a vida humana se desqualifica. Mas o mundo gira...

Trago mais exemplos dessa cruel realidade, da desvalorização da enfermagem, em relação ao valor monetário atribuído ao cuidado:

**“...o salário é algo danado na enfermagem. É algo que ajuda a não valorização do cuidado e por sua vez da profissão que acaba ficando sem reconhecimento, acaba não gerando *status* que ela deveria ter.”**

**“...o trabalho, entre outras coisas, as pessoas buscam pelo lado econômico, financeiro. Pois é ele quem faz uma das razões pela qual a gente busca o trabalho, não é a única.”**

Cabe uma reflexão e me pergunto, então: como fica equacionado esta questão desvalorização, não reconhecimento, baixo salário para o ser-enfermeiro? Parece-me que o ser humano enfermeiro fica em conflito com isso, o conflito é da alma. O próprio ator dá a resposta.

**“... se você buscar a enfermagem como uma maneira de ascensão à sociedade, ou buscar o lado financeiro, você será um profissional frustrado.”**

Novamente percebe-se o pouco valor de *status* da profissão, a desvalorização em termos de simbolizar no dinheiro, o valor do cuidado. Então se é no trabalho que o sujeito objetiva-se e subjetiva-se ao, mesmo tempo, o enfermeiro revela, através de sua ação sua abnegação, sua submissão, seu anonimato, sua posição na escala de valor social.

Deste modo, Lunardi Filho (1995, p.111) enfatiza que, para muitas enfermeiras, o salário é percebido como o primeiro motivo para o sofrimento, por ter excedido todos os limites possíveis de sofrimento, por demonstrar o quão pouco o trabalho é reconhecido. Assinala ainda, que a sujeição a um salário considerado pouco, resulta da necessidade de sobrevivência, porém, é verdade que trabalham mais pelo amor ao trabalho do que pelo



que recebem (...) embora percebam o salário como não sendo suficiente para dar prazer (...).

Segundo este mesmo autor, as negociações por melhores salários são desanimadoras. Tudo é muito sacrificado, muito difícil, sem retorno em termos de ganhos e de reconhecimento e de apoio da própria categoria. A falta de uma postura política expressiva e a própria acomodação da classe é sentida como responsável pela situação atual.

Como será que este trabalhador agüenta tanta carga negativa: salário baixo, não valorização do cuidado, falta de reconhecimento pessoal e profissional, frustração?

Neste momento busco Lunardi (1998, p.31) numa tentativa de entendimento para esta situação:

“a prática da enfermagem, ao não ser percebida como trabalho a ser remunerado, já favorecia a exigência de um trabalho sem limites, sem preço, até por não ser reconhecido como um trabalho deste mundo, ou por ser percebido como um trabalho cujo pagamento e/ou recompensas não seriam dados nesse mundo.”

**“... na enfermagem, não existe um valor \$. Eu só sei que o valor que eu recebo é pequeno. Dez anos de profissão e o salário base de 1.100 reais é algo irreal. Fazendo jornada tripla: dois emprego mais o da casa, cansa. Eu penso como vou pagar daqui a pouco, a faculdade das minhas filhas? Uma quer medicina e a outra direito. Então a preocupação também é essa. A esperança é que algum dia Deus me olhe e me recompense. Trabalho, trabalho e aí? Eu acostumei com uma luta econômica diária, daqui e dali. Tenho sempre que fazer opções, sempre. Teu plano de vida fica sempre modificado, adiado. Viajar nem pensar, raramente saio para cursos, jornadas..., além de não sobrar tempo pelos dois empregos, essa é a palavra: não tem dinheiro. Eu me mordo de vontade, quando vejo alguém fazer um curso, como você. Só saio para atualizações, quando a instituição paga e isso é outra história.”**

**“... Estas coisas de dinheiro são barras pesadas. Sabe, um bom salário seria de 5 mil reais, por tudo que a gente faz, mas que bela utopia a minha hem? Por causa do dinheiro, até em relação a tratamento de saúde já tive que optar, eu ou**

**minha filha, optei por ela. O dinheiro não dava. Isso te judia, te dói, faz sofrer (caem lágrimas de seu rosto).”**

Esta realidade é cruel, massifica o profissional e, ao massificá-lo, atormenta o ser. Ele vive um dilema entre as questões existenciais do agir ético e técnico. Ter uma profissão que não garante o presente e o futuro, acaba não sendo recomendada para as gerações futuras e, assim, a sociedade tende a desvalorizar cada vez mais.

Suportar a desvalorização é um fardo pesado para o ser-enfermeiro, então, ao dividi-lo com o ser-pessoa, conflitua sua essência humana. Ele fica perdido, entre o agir ético e técnico como num magnetismo.

**“... a enfermagem não é valorizada, não tem autonomia. Tem uma pressão dentro e fora do serviço. A pressão é grande pelo vínculo empregatício. Eles querem mandar no que tu faz fora do teu horário de serviço. Parece escravidão. Ter dois empregos é um crime para a empresa. Eles te atribuem um valor - o que eles querem, não o que tu precisa.”**

Aparece o nítido sofrimento do ser profissional, tolhido em suas ações, em sua liberdade e, até, na possibilidade de ascensão. A noção de ação desmedida, trazendo a falta de justa medida no cotidiano do labor da enfermagem, vem através do controle dos corpos e da mente do trabalhador.

De acordo com as afirmações de Davies e Schackleton (1977, p.65), quando o serviço é ampliado como, por exemplo, ter dois empregos, acarreta para o trabalhador fadiga ou tensão adicional. Ocorre uma oportunidade reduzida de divagar e isso faz com que ele possa ficar menos satisfeito com que fazia anteriormente.

Assim, Kornhauser (1965), citado por Davies e Schackleton (1977, p.42.), considera a saúde mental suscetível de ser prejudicada por um nível baixo de amor - próprio, por sentimentos de frustração e impotência, engendrados por muitos trabalhadores de baixo nível ou tidos como de baixo nível.

No seu estudo, Kornhauser (1965) mostrou que 40% dos trabalhadores apresentavam sintomas de problemas de saúde mental. E estes problemas estavam relacionados ao amor-próprio, ao nível de adaptação às tarefas, ao salário baixo e às condições de trabalho.

**“... a enfermagem é uma profissão, na qual se trabalha com homens e mulheres, indistintamente. No qual, este trabalho tem que ter amor, dedicação para você conseguir sucesso. Sem amor, dedicação, doação você não consegue, dificilmente, consegue ficar bem na enfermagem, adoece.”**

O autor reforça a idéia do quanto a profissão enfermagem tem o caráter caritativo, e portanto, a abnegação é uma constante. Sendo caritativo, não tem valor.

**“..é uma profissão que realiza, mas depende muito, muito da dedicação, da doação. Exige muito do profissional, mas não tem o reconhecimento e valorização dessa dedicação toda.”**

**“.. é uma boa profissão, é um profissão de ajudar o próximo. Não é reconhecida e valorizada, completamente. É uma profissão que tem dificuldades para a pessoa subir na vida, para ser feliz. Historicamente, não mudou muito. Tem muitas categorias dentro de enfermagem, isso é um agravante para o seu reconhecimento, o médico é só ele que pode fazer o que é dele. Tem coisa errada nisso tudo.”**

No entendimento de Leopardi (1994,p.179), “a insuspeita certeza de que algo anda errado conosco, indivíduos que trabalham a terça parte de seus dias, precisa vir junto com a esperança da possibilidade da reconstituição do trabalho, para a emergência do trabalhador-homem-vivo.

Dejours (1993, p.99) escreve que o trabalho, por ocupar parte considerável de nossos dias, de nossas vidas, pode ser fonte de interesse, de realização, de cansaço, de aborrecimentos e, ao mesmo tempo, um meio de desenvolvimento. (..) Considerando todos estes fatos, as diferentes relações do indivíduo com seu trabalho, pode-se imaginar o quanto a sua saúde está implicada, até o mais alto nível na relação de trabalho.

Gonzales (2000, p.210), ao citar Agudelo (1995, p.149), diz que o processo de produzir serviços de saúde exige um percentual significativo de uso de trabalho humano (...).

Percebe-se, nas falas anteriores, que o ser humano está sofrendo, sua alma está triste,

o ser-enfermeiro está cansado, desmotivado, desvalido.

E como diz Dejours (1994, p.128), o prazer e o sofrimento são vivências subjetivas, que implicam em um ser de carne e um corpo onde ele se exprime e se experimenta, da mesma forma que a angústia, o desejo, o amor, etc...

**“... a enfermagem é mais para cuidar, o médico ele faz o diagnóstico e o tratamento. A enfermeira é a pessoa que se dedica ao cuidado. É uma profissão de dedicação, tem que lutar com garra. Mas cada um na sua, então ficamos sem força. A enfermagem é uma área de trabalho que exige muito da pessoa.”..**

**“... não é a enfermagem que é desvalorizada, têm pessoas que desvalorizam com seu modo de agir. Tá certo que ela ainda não tem muito *status*.”**

**“...a profissão enfermagem, na questão da carga horária, tem uma série de inconvenientes. Na grande maioria não conseguimos conciliar o horário de trabalho com nossa família. Hospital exige um trabalho diário, requer fins de semanas perdidos para o lazer, feriados e dias de festas (natal, ano novo). É uma profissão que fica difícil você adaptar com as coisa da sociedade, com seu horários.”**

**“...o tipo de tarefa na enfermagem não permite muitos deslocamentos, quando tiro férias tenho que dividir: um tempo para os meus familiares, que quase não vou visitá-lo (tempo e dinheiro), um tempo para arrumar as coisa lá em casa, e um tempo para passear. O trabalho da enfermagem é integral e ocupa todos os dias da semana (...) Ficamos afastados de quem se gosta, nossos contatos são poucos e curtos. Isso, também, me desmotiva. Trabalhar, nos fins de semana, feriados, festas, não é uma boa.”**

**“... trabalho 8 horas/dia, durante a semana e no sábado ou domingo 12 horas. Eu gostaria de ter mais tempo, nos finais de semana. Então, a rotina do trabalho fica diferente da vida social.”**

**“... gostaria de fazer inglês e computação. Mas não sobra tempo na nossa profissão. Trabalha-se bastante. Eu trabalho bastante e como tenho Bip fico de sobre-aviso.”**

**“... na enfermagem, são aquelas 8 horas /dia, mas, na verdade, a gente realiza**

**muito mais.”**

**“... já tive ansiedade pelo horário de trabalho na enfermagem, mais ou menos durante dois anos, pois me colocaram de manhã e aí tinha que acordar todos os dias às 6 horas, nossa! Nosso clima é frio, no inverno era pior. Eu gosto do turno da tarde. As pessoas brigam pela manhã e a noite. Elas não gostam da tarde para o trabalho, tem gente que briga porque tem dois empregos ou tem todo o serviço da casa para fazer e, aí, a tarde rende.”**

Quando a relação entre trabalhador e a organização do trabalho não é compatível, ocorre um conflito entre o desejo do trabalhador e a realidade do trabalho. Aparece o bloqueio, o cansaço, a frustração, as dificuldades das relações interpessoais, a desesperança, então, começa o sofrimento e este pode gerar sentimentos de desprazer e tensão pessoal e profissional.

Gonzales (2000, p.23), por outro lado, aponta que quando a organização do trabalho é equilibrada, pode-se constatar uma maior aproximação entre o interesse da empresa e o interesse do trabalhador. E esta situação é benéfica para a saúde das pessoas, pois não reprime o funcionamento mental, mas oferece um campo de ação para que o trabalhador concretize suas aspirações, suas idéias e seus desejos.

Neste sentido, o pensamento dejouriano postula: (Dejours, 1999, p.32) “para transformar o trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, precisa-se flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e para encontrar os gestos que são capazes de lhe fornecer prazer”.

No trabalho de enfermagem não se vê muita flexibilidade. Seus executores realizam, diariamente suas atividade e a organização é, predominantemente, da empresa. Porque iniciar o plantão às 7 horas da manhã? Além de ser um atrapalho aos enfermeiros, acaba sendo inconveniente, até, para os paciente, pois a equipe da noite “tem” que deixar tudo organizado para a próxima equipe. Então o “inconveniente” controle dos sinais vitais acaba ocorrendo na hora que o paciente dormiu.

Este ponto, também, é nodal na enfermagem, sendo mais um a se juntar aos demais que tensionam esta importante profissão. Então, fica o ser-enfermeiro atrelado nessa dicotomia entre o agir ético e técnico da sua atividade, tensionado o ser-pessoa em seus

desejos, e aumentando assim seu conflito existencial.

Observe a seguinte fala:

**“... a profissão enfermagem é uma doação só. Vocês enfermeiras são muito resignadas, parecem uns anjinhos, todas de branco. Sempre ajudando, servindo, limpando...ganham pouco pelo que fazem. Eu jamais faria o que vocês fazem por dinheiro algum neste mundo. Trabalhar nos finais de semana, feriados, limpar tudo aquilo: vômito, sangue, urina, fezes... trabalho pesado (amigo de um do atores falando sobre a profissão enfermagem)”**.

Nesta fala, aparece a visão social em relação ao papel do enfermeiro. Este papel está ligado a uma profissão de doação, sacerdócio, como algo divino. Na simbologia dos anjos, estes são figuras meigas, protetoras e que vem para servir, proteger, porém não têm sexo. Nesta relação a enfermagem fica sem identidade. Quando se fala do trabalho pesado parece estar associado a profissão, refere-se ao lidar com a dor, o sacrifício, a morte. Associa-se a profissão enfermagem a coisas sujas e repugnantes.

Lunardi Filho e Leopardi (2000, p.36), consideram que determinadas tarefas e ocupações podem apresentar significados que conduzem à discriminação e desvalorização, que são freqüentemente é introjetados pelo trabalhador, tendendo à auto-depreciação e, não raro sua identificação maior com os conteúdos “sujos e mortos” do seu trabalho, como bem se pode observar em relação aos trabalhadores da enfermagem que, pela forma como se referem às atividades que realizam, dão mostras de percebê-las como desprovidas da real importância que detêm no contexto assistencial.

**“... na profissão enfermagem, não é porque você ganha pouco, não é valorizada e reconhecida que tu vais deixar de fazer bem as coisas, de atender o paciente da melhor maneira. Mas desmotivava. Dá raiva, ódio.”**

Aqui, percebe-se o agir (a intenção) ético e o técnico. Os trabalhadores de saúde, a partir de crises mal resolvidas, podem desenvolver atitudes profissionais negativas, com base na baixa estima. A perda de interesse pela profissão, pelas tarefas e pelo bem-estar do paciente, o que poderá acarretar danos, tanto para ele como para seu cliente. O ser-profissional está apertando o ser-pessoa, sobra-lhe a intenção de raiva e ódio, introjetando

estes sentimentos.

Beck (2000, p.44) questiona-se como ser ético e técnico em situação conflitante ? O ser profissional está associado ao ser-pessoa. (...) A atitude de submissão, de sujeição, está presente em maior ou menor grau e isso compromete a pessoa do enfermeiro. Entende que o trabalho técnico é realizado, dentro da qualidade necessária, mas o trabalho relacional como fica?

Para Gonzalez (2000, p.18) o que há na enfermagem é uma ideologia da supervalorização da tarefa como um modo a ser assegurado na realização do trabalho, de tal forma aceito, que a atitude reflexiva é que passa a ter um caráter alienado.

Para juntar a esta discussão, trago outro dado que me parece interessante para esta análise, quando no estudo exploratório, foi perguntado se a desvalorização da profissão estava afetando o processo de trabalho e o processo de viver saudável dos enfermeiros. Obtive a resposta sim, com 51,1% dos achados. E as respostas no que estava afetando, encontrei os seguintes dados: com 27% das respostas na motivação, 16,2% além da motivação, no relacionamento com a equipe multidisciplinar e de enfermagem e 12,2% na tristeza, na vida pessoal.

A motivação foi apresentada com grande ênfase no estudo exploratório e, também, foi evidenciada nos encontros da prática assistencial, veja algumas falas:

**“... estou tão desmotivada, que é difícil levantar para ir trabalhar.”**

**“... eu não consegui fazer nosso combinado, pois estou sem vontade..”**

**“... estas coisas de desvalorização, de falta de dinheiro, de falta de reconhecimento, quando você olha para tua profissão e diz: foi isso que eu escolhi? Te desmotiva, então.”**

Para Davies e Shackleton (1977, p.118), a motivação de um indivíduo para o trabalho afeta a sua satisfação e desempenho num emprego. O clima organizacional (relação entre pessoas) afetam a motivação e o comportamento dos empregados. Estes autores apresentam ainda, que a satisfação está associada a fatores como responsabilidade, realização, reconhecimento e o próprio trabalho.

Na enfermagem, o trabalho e a responsabilidade são grande, o reconhecimento e a

valorização são pequenos. Isso dá um desgaste no ser enfermeiro, enquanto pessoa e profissional. Seu agir ético e técnico fica comprometido. Veja a seguinte fala:

**“... às vezes as pessoas são chatas, incomodam... mas eu não sou aquela pessoa que vou perguntar se ela tem algum problema. Eu já estou bem desmotivada para ouvir mais problemas.”**

A solidariedade está abafada por trás da desmotivação, pois, também é o sujeito que precisa de ajuda. Ele precisa receber atenção, não conseguindo dar atenção.

Com relação a motivação Atkinson e col. (1985, p.302) concluíram que sob o título motivação encontram vários fatores, entre eles, os desejos e as necessidades, os quais envolvem fatores que energizam este sentimento. Ainda falam que os fatores motivacionais atendem a dois polos: o de sobrevivência e os sociais. As emoções e os motivos estão bastante relacionados. As emoções podem ativar e dirigir o comportamento, do mesmo modo que os motivos. Entretanto, cabe uma distinção: as emoções são ativadas a partir do exterior, enquanto os motivos são ativados em nosso interior.

Aqui pode-se pensar, a partir do exposto até o momento, que o interno e o externo do enfermeiro está desvalido, por isso, seu agir fica conflituado entre o agir ético e o técnico, o que, por sua vez, provoca o aparecimento de conflito existencial entre o ser-enfermeiro e o ser-pessoa.

A autora Leitão (1993, p.90) lembra-nos que o instrumental de trabalho encontra-se antes de tudo, na própria pessoa. Então, fica difícil para o enfermeiro enfrentar as questões internas e externas. O social (externo) é cruel com a enfermagem, a remuneração inadequada, o papel atribuído a ela é de subalternidade, lhe é cobrado um super trabalho, mas não lhe dão condições; é desvalorizada e não tem reconhecimento social. Estes fatores aliados, em alguns profissionais que possuem uma baixa-estima (interno), acaba retirando-lhe o motivo para a ação (motivação).

Há uma fundamental importância para os profissionais de saúde que, além do aperfeiçoamento técnico, ocorram momentos de aperfeiçoamento humano, afinal, com diz Horta: “somos gente que cuida de gente.” Para Leitão (1993, p.92) o hospital não importa qual seja, deve ser o lugar do profissional de saúde (...).

Entendo eu, que o fenômeno motivação pode ser representado por um processo de



tomada de decisão, a partir das relações, que leva o indivíduo a executar sua tarefa e a desempenhar sua atribuição, na medida de suas melhores capacidades e esforços.

Leitão (1993, p.50) considera que a motivação possa ser individual ou grupal, e que a motivação compreende três momentos: a) interno - **atitude** (é o que a pessoa pensa e acredita ); b) externo - **comportamento** (atos realizados); c) interno e externo – **conhecimento** (aprendizado e desenvolvimento obtido por alguém, após um esforço interno e externo de treinamento).

Para complementar o exposto, trago Davies e Shackleton (1977, p.20) que dizem que a orientação da pessoa para o trabalho não faz parte de sua dotação genética; as atitudes em relação ao trabalho e a maior parte do comportamento são socialmente e culturalmente determinados (...) as pessoas são grandemente instruídas, quanto ao que podem esperar e querer do trabalho por várias agências de socialização, entre elas a família, a escola, a comunidade local, a empresa, os veículos de comunicação, etc...

Na enfermagem, a situação de desvalorização está um pouco melhor do que no passado, mas, ainda, lhe é conferido um menor *status*. Embora saiba-se que as atitudes para com o trabalho variam consideravelmente entre diferentes culturas e épocas, na enfermagem, ainda tem-se uma pequena variação quanto à valorização e ao reconhecimento. Então, é bem adequada esta revelação, por parte dos atores, de sua desmotivação profissional.

**“... como as coisas mais negativas do trabalho da enfermagem é o que aparece, acabo me frustrando. Meu trabalho fica afetado, pois ele sofre com minha desmotivação. A gente trabalha, trabalha, batalha, batalha e se dá conta que poderia ser melhor. Já foi pior, já melhorou um pouquinho. Mas a gente sofre como profissional e acaba sobrando para gente como pessoa.”**

**“... tem setor que é assim: auxiliar, enfermeira, médico, paciente. Tudo esta em seu lugar, como num armário, sem troca, sem sentimento. Tudo muito limpinho. Isso dói lá dentro na alma. Te deprime, tira a tua energia, principalmente, quando você quer fazer diferente. Enfim, deixa-se para lá, se desmotiva. E segue.”**

**“... sabe no trabalho de enfermagem, é assim: todo o trabalho que você tem com o paciente diariamente, o mérito sempre é do médico. Raras vezes que você é**

**reconhecido como podendo fazer parte na recuperação do paciente. A frase é mais ou menos assim: obrigado Dr. O senhor me salvou. Para nós, quando muito um aperto de mão. Então a revolta não é só do enfermeiro, é de toda a equipe. Isso nos deixa lá embaixo, desmotivadas sem reconhecimento pelo médico que poderia dizer, graças a mim e a equipe toda da enfermagem. Mas isso não acontece.”**

A divisão dos homens no trabalho pode ser fonte de desmotivação, podendo causar-lhes dor e sofrimento. A falta de valorização e reconhecimento com a enfermeira e sua equipe, seja pelo médico ou paciente, afeta as pessoas.

Com relação a questão da motivação e satisfação no trabalho, Davies e Shackleton (1977, p.25) dizem que os progressos na satisfação e no desempenho do trabalho só podem ser conseguidos por mudanças nos motivadores, o que ajudaria aos indivíduos a satisfazerem a necessidade de auto-realização. Entre essas mudanças, citam o salário, a qualidade das relações interpessoais, a oportunidade de promoção, de alteração do *status* e o conteúdo do seu serviço.

Isso não me parece que vá acontecer a curto e a médio prazo na enfermagem. As mudanças envolvem muitos fatores: o hospital, a política de saúde, o indivíduo, a família, a escola, as relações de trabalho, o paciente (a lógica que determina o local do trabalho no espaço e no mercado).

O trabalho de saúde e, no caso, da enfermagem, trazem uma parcela considerável de sofrimento. Gonzales (2000, p.6) refere alguns estudos confirmando esta temática: Pitta (1991), Gelbcke (1991), Cunha (1994), Silva (1996), Taffe (1997), Lunardi Filho (1995), Lunardi Filho e Leopardi (1999).

Embora o trabalho em enfermagem traga sofrimento, alguma coisa tem de bom, de prazer, pois as enfermeiras referem que gostam de sua profissão. Neste sentido, Gonzales (2000, p.6) escreve que acredita que o trabalho em enfermagem tem uma carga de prazer e que isso contribui para que a enfermeira permaneça nesta atividade por toda uma vida, podendo representar, inclusive, a fonte de realização profissional e pessoal.

O sofrimento produzido pelo trabalho não é exclusivo da enfermagem, mas não se pode negar que essa carga de sofrimento seja alta na enfermagem.

**“... agora só me vem na cabeça os pontos negativos da enfermagem. Eu sei que existe os pontos positivos, mas vou ter que pensar. Os negativos são muitas vezes maiores, talvez isso atrapalhe lembrar dos positivos. O negativos ficam por conta dos excessos de tarefas, da passividade escrachada, o pouco reconhecimento, o baixo salário, a falta de autonomia, os plantões, trabalhar nos fins de semanas e nas grandes festas, o médico ser mais reconhecido que você, os horários. Tudo isso acaba interferindo na vida do trabalhador. Mas eu gosto do que faço.”**

Quando os sentimentos negativos são mais fortes que os positivos, a pessoa fica enredada no seu desejo. Como gostar de uma atividade que dá tanto desprazer? O enfermeiro usa mecanismos para sua proteção: negação, sublimação, entre outros. Mas como eles são frequentes, acabam não sendo efetivos, então, o sofrimento aparece.

Quando isso acontece, de uma forma ou de outra o corpo fala: com doenças, com dificuldades de relacionamentos, com desânimo, depressão, hipertensão, hiperlipidemia...

**“... outro dia fiz uns exames e deu 600 de triglicerídeos. E uma das coisa que me dá prazer nessa vida é comer carne gorda e pão... é claro o cigarro.”**

**“... o cigarro me acalma, me relaxa. Daí tomo cafezinho, sou viciada em café preto. Isso me deixa alerta.”**

**“... lá na unidade tem três colegas com laudo por depressão...”**

Então o trabalho acaba sendo um fardo para o processo de viver saudável do trabalhador da enfermagem. Gonzales (2000, p.10), ao referendar Vaistman (1992, p.170), escreve que o trabalho constitui-se como categoria central para se entender o processo saúde-doença e as práticas de saúde de nossa sociedade.

Esta autora, ainda, diz que o trabalho pode ser visto como um exercício para o prazer. É possível encontrar espaço para abrir outras janelas e que os olhos possam ver com a mesma intensidade da dor e do sofrimento, a alegria e o prazer.

Espero que esta realidade possa ser cada vez mais freqüente na enfermagem. E que o ser-profissional possa conviver em harmonia, diminuindo o sofrimento existencial que este espaço (o trabalho) acarreta à pessoa e à profissão.

Segundo entendimento de Leitão (1993, p.94), o profissional de saúde convive com o sofrimento, o medo e a morte em seu trabalho. Realizar as tarefas adequadamente e ter uma boa qualidade de vida, muitas vezes, fica difícil. (...) mas prestar atendimento eficiente proporciona satisfação psico-emocional aos funcionários em relação as suas atividades no hospital, conseguir alimentar um bom e equilibrado relacionamento hierárquico, são alguns pontos importante para a qualidade de vida, ou melhor dizendo, para a saúde dos que circulam em um hospital.

**“... as pessoas precisam de troca, de alegria, de tristeza, do apoio do outro. Tenho minha vida como um processo de evolução. Tá certo que anda meio parado. A troca é o melhor caminho para gente conseguir qualidade de vida. Na enfermagem as vezes fica difícil. Como seria bom se pudéssemos viver e trabalhar com mais dados, mais construção, com mais participação. (suspiro). Seria muito mais fácil e compensador. Quando você dá a mão, nossas energias se cruzam e sai uma melhor. Mas isso é novo para o homem. Difícilmente, se consegue essa postura no hospital. Eu sei que sou uma pessoa possessiva, sou muito auto-crítica, mas eu respeito os outros. Então com a parceria ficaria melhor. Mas tudo isso me afeta, me sinto desvalorizada como pessoa, e profissional”**

**“... eu sou uma pessoa muito desorganizada. Eu preciso me organizar. Aquilo tudo que faço no trabalho preciso fazer com minha vida. Preciso me cuidar antes de cuidar dos outros. Isso é preciso, mas não sobra tempo, ou acho que não vale à pena.”**

**“... sou dinâmico, persistente. Tenho certo receio de falar. Me sinto recatado. Sou receoso, as vezes, tenho medo. As pessoas todas tem suas falhas. Não gosto de me expor. Gostaria de ser mais organizado.”**

**“...eu não sou uma pessoa completa, tenho muitas falha, limites. Por isso tenho alguns receios”.**

**“... meu defeito é agir bastante com a emoção. Gostaria de agir mais pela razão. Sou bastante emotivo, sentimental. Então as coisa me atingem mais.”**

**“... eu tenho vergonha. Até para dizer bom dia me assusta. Principalmente, se, pela frente, tem alguém de mal humor..”**

Nestas falas percebe-se bem o conflito do ser-pessoa, com o encontro do ser-enfermeiro. Eles vivem uma dualidade, na vida e na profissão. São, segundo eles, frágeis, desorganizados e sensíveis (na vida pessoal), na vida profissional, são organizados, atuam mais pela razão, mas sentem falta da afetividade. E como não se pode viver na dualidade sem comprometer sua saúde mental, aparece o conflito entre o agir ético e o técnico. O sofrimento vem como uma forma de elo entre o ser-profissional, confluindo a essência do homem.

Dejours (1994, p.52) diz que o prazer tem sucumbido, o prazer do uso da inteligência não pode mais ser partilhado, a cooperação e a solidariedade se desvaneceram. A convivência nas relações diárias desloca-se e desaparece. As pessoas não se falam, não se cumprimentam mais...

Gonzales (2000, p.22) em sua tese de doutorado afirma que, nas relações de trabalho estas situações (in)visíveis, mas de maneira sutil estão presentes no nosso cotidiano do trabalho, inclusive no da enfermagem. As pessoas vivem desconfiadas umas com as outras, com receio de ter seu projeto copiado ou sabotado, sentem raiva e inveja dos chefes e subalternos, tem-se vontade de vingança, que no fundo mascara o nosso rancor em relação à organização do trabalho. (...) esta situação acaba bloqueando as relações com os homens, de tal forma que o prazer vai sendo corroído, abrindo espaço para o domínio do sofrimento.

**“... a relação médico, enfermeira, chefias é meio complicada (...). O valor da música para os pacientes é algo já confirmado pelas pesquisas. Mas o DR não quis. Então veio uma ordem de serviço proibindo rádio em todas as unidades ou postos. Eu disse para minha equipe: deixa por enquanto não vamos fazer nada, vamos esperar. Só desejei “coisinhas” boas para esta pessoa. Ficamos com raiva. Não tinha o que fazer. Eu disse vamos dar uma acalmadinha, isso vai ter volta. Tem volta. Não é o momento para fazer alguma coisa. Eles sabem que eu vou fazer alguma coisa. E eu vou mesmo. Por enquanto, eu desejei “coisinhas” boas para essa pessoa. A equipe riu, se aliviou. Concluímos: um dia, a vida dá muitas voltas, você pode estar aqui e, talvez, esteja necessitando do radinho, querendo um e que este seja teu único estímulo e, aí, eu não vou te dar.”**

**“...Outro dia uma pessoa da equipe disse para o outro, pode dar tal medicação,**

**diante de um dúvida dele. Estava totalmente errado. Eu disse, nossa! Não faça isso. Eu não deixei ocorrer isso. O respeito com os outros parece estar de férias. Eu tomei as providências necessárias. Essa pessoa fez isso para ferrar com a outra.”**

Diante destes fatos e dos outros já apresentados, parece difícil a enfermagem lidar, constantemente com a desvalorização, com a falta de reconhecimento, com a desmotivação, com relações interpessoais pouco saudáveis, inviabilizando o cuidar de si. Desvelando um intenso conflito entre o agir ético e técnico, mostrando o imenso manto das questões existenciais advindas desta relação.

A aceitação, passiva das situações, mostra como agem os trabalhadores da enfermagem, diante de tão grande lacuna pela falta de autonomia, de reconhecimento, valorização e baixa estima. Aceitar essa situação é algo doloroso, então, nega, verbaliza a raiva, mas introjeta o ódio. Ter paciência pode ser a melhor estratégia para lidar com situações tensionantes do ser. A situação apresentada causou descontentamento, sofrimento, impotência e dor para todos. Quando não temos forças, lançamos mãos de soluções do tipo “remoer” os pensamentos, originando pensamentos não tão construtivos. O corpo reclama, se estressa, a alma sente e padece.

Quem sofre com estas atitudes são as relações humanas, pois o ser-pessoa e o ser-profissional são indissolúveis. Embora na enfermagem, eles muitas vezes estejam circulando em dois polos, e quando isso ocorre se perde a identidade.

Gonzales (2000, p.13) postula que a identidade do indivíduo baseia-se em sua história, em seus atos e comportamentos, conseqüentemente, em sua realidade interna e externa, sofrendo a influência da cultura e das normas sociais, sobretudo quando assume um papel definido, como os enfermeiros, por exemplo. A autora revela que esta situação determina, na maioria das vezes, que vivamos nosso relacionamento social através de modelos que, não raro, são impostos com base na própria função que desempenhamos. Pode-se recusar este papel e buscar, então, a transformação, mas para isso o agir ético e técnico tem que ter um único sentido (*op.cit.* p.14)

Na enfermagem, este agir, muitas vezes, é divergente ou então, convergente, se chocando, sendo uma das causas do aparecimento de conflitos existenciais entre o ser-

pessoa e o ser-profissional, pela falta da justa medida.

Para Vázquez (1968, p.185), a práxis é a forma de atividade específica, onde toda práxis é atividade, mas o contrário nem sempre é verdadeiro. Então, a atividade humana desenvolve-se de acordo com finalidades e essas finalidades só existem através do próprio homem, enquanto produto de sua consciência.

Diz Beck (2000, p.7) que a equipe de enfermagem desenvolve seu trabalho e vive situações complexas e instigantes, sendo este universo conformado por características especiais como: equipes compostas por vários trabalhadores de saúde, ambiente hostil, situações de emergência que exigem empenho e habilidades, trabalho de equipe, pacientes de diferentes faixas etárias com risco de vida, dificuldades no relacionamento interpessoal, dentre outros (...) considerando que todas estas situações e fatos do processo de trabalho da enfermagem estão associados à própria forma de organização social, surgem questões relacionadas ao cotidiano destes trabalhadores, as quais denotam alegrias, esperanças e desesperanças relacionadas à sua vida pessoal e ao seu trabalho, não sendo dissociados aos da vida do trabalhador, portanto do ser.

Esta panorâmica mostra tanto o sofrimento físico como o sofrimento moral. Leopardi (1999, p.171) escreve que a ética é uma relação prática com a vida, sobre o que se deve fazer. O conflito moral desemboca em comportamentos regulados intersubjetivamente (...) é pela ética que o ser humano decide a qual sistema moral quer aderir.

As ações ou comportamentos podem ser entendidos, também, como uma forma de mecanismos de defesa (atos ou pensamentos) que as pessoa utilizam como uma maneira de proteção ao ego. Elas lançam mão destes mecanismos, quando sentimentos de insatisfação e pressões do cotidiano as ameaçam, como forma de proteção de sua vida. São, portanto, uma forma de enfrentamento da realidade, a qual não podem mudar, ou não se sentem aptas para isso, mas que é dura para o seu trabalho e para o seu viver.

Zimerman (1993, p.16), ao definir mecanismos de defesa, postula que eles são operações mentais que tem por finalidade a redução das tensões psíquicas internas, ou seja, das ansiedades. Eles se processam pelo ego e são, praticamente, sempre inconscientes. Os mecanismos de defesa têm a função de rejeitar, de qualquer forma, a vivência e o conhecimento de situações ansiogênicas que podem comprometer o ego. O mecanismo

mais fundamental do ego é a negação. Os mecanismos de defesa podem ser coletivos ou individuais.

De certa forma, a enfermagem utiliza bastante este mecanismo em seu cotidiano, quando nega a desvalorização, quando se conforma com situações inadequadas, bem como, quando utiliza, também, os mecanismos de sublimação, entre outros. A negação está presente, ao não se perceber a realidade conflituante que vive o ser-profissional, com toda sua carga de sofrimento existencial, provocada pelo conflito entre o agir ético e o técnico.

Lunardi Filho (1995, p.132) diz que o trabalhador de enfermagem percebe a impossibilidade de agir como uma das coisas que mais provoca sofrimento, por não coincidir com a visão idealizada da profissão. Muitas vezes, na tentativa de solucionar problemas aflitivos, apresentam atos de desespero, de enfrentamento ou rebeldia mais frequentemente, adotam uma postura resignada, embora possam vir a se sentirem arrasados, tristes e sentidos.

De acordo com as afirmações de Gonzales (2000, p.40), o sofrimento moral, embora estando presente no cotidiano da enfermagem, é difícil de ser captado, ao passo que o sofrimento físico é, presumivelmente, mais objetivo e mais facilmente identificável, mesmo quando olhando em um grupo de trabalhadores como os da enfermagem, em que uma boa parte deles está anestesiada ou amortecida pelas cargas assumidas. Um exemplo de sofrimento moral encontrado nestes trabalhadores, é a subalternidade, que os torna passivos e submissos à normas e prescrições institucionais, que os fazem negar sua natureza e, de pessoas com direitos.

**“... o fracasso do dia-a-dia, a passividade, é dolorosa e cumulativa, interfere na nossa saúde sem nós percebemos.”**

**“... o enfermeiro é uma pessoa calada. As chefias colocam as coisas, a administração manda, o médico fala, e o restante fica em silêncio. Depois, pode até não gostar das resoluções, mas as executa.”**

**“... o enfermeiro é passivo demais, ele sempre acata todas as decisões.”**

**Além do sofrimento moral não ser muito evidente, o sofrimento físico, às vezes, é negligenciado. Parece lembrar mais da saúde do outro e não da sua.**

**“... faz uns sete anos que tenho indicação para fazer um cirurgia. Mas, como**



**tenho que tirar laudo ou ser nas férias, fico adiando.”**

**“... em função do teu trabalho, você aprende a cuidar mais dos outros, a dar mais valor para os outros. Então, tu não te cuidas. Tá com gripe, dor de cabeça, sei lá o que, vem trabalhar, mesmo assim”.**

**“... eu estou com o dedo quebrado, mas isso não é nada. Acredito que não vai me atrapalhar na minha atividade. Da atividade física, já me afastou.”**

O trabalhador , em muitas situações pode conceber o trabalho como dual, ou seja, o trabalho pode ser realizador ou castrador, criativo ou aniquilador, desgastante ou realizador, prazeroso ou enlouquecedor, produtor de saúde ou de doença, cada forma com sua consequência mais ou menos importante sobre a vida cotidiana e sobre o ser (Beck, 2000, p.28.)

Vê-se, que quando o enfermeiro fala, dele como pessoa ele menciona seu modo de ação mais pautado para os aspectos éticos-valorativos, e quando o faz enquanto profissional aumenta a ênfase na eficiência técnica-racional. Pode-se pensar que o profissional de enfermagem é alguém que, basicamente, está confuso com seu ser, por isso, evidencia-se as questões existenciais entre o agir ético e técnico de sua profissão.

Lunardi Filho (1995, p.266.) em suas conclusões, menciona que o trabalho desponta como um operador fundamental na própria construção do sujeito e como um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista de identidade(...).

#### **6.4. Síntese final entre o agir ético e técnico na profissão**

Neste item, apresento a temática final deste estudo que é **as questões existenciais entre o agir ético e técnico da profissão**, que foi possível evidenciar a partir dos aspectos salientados pelos atores deste processo de cuidar-pesquisando desveladas anteriormente pelas questões de gênero, pela interferência da família na profissão e pelas condições inadequadas do ambiente de trabalho. Entendo que o trabalho complementa a vida e vice-versa, sendo um dos pontos mais importantes da vida da pessoa. Seu significado ultrapassa ao simples atendimento das necessidades econômicas, sociais e emocionais, ele objetiva e subjetiva ao mesmo tempo o ser humano.

Através da avaliação da Prática Assistencial e da literatura verifiquei que o trabalho

deveria ser fonte de prazer e produzir nada ou quase nada de sofrimento, mas isso não ocorre, na realidade estudada.

Dejours (1982), neste sentido, em seu artigo "*Por um novo conceito de saúde*", escreveu que o trabalho é produtor de saúde, mas é a sua divisão (das tarefas e dos homens) que acaba gerando o sofrimento e, portanto, a doença no trabalhador.

A questão da satisfação, insatisfação e sofrimento (prazer e dor) no trabalho, fica difícil para seu atores, quando esse trabalho não é reconhecido e nem valorizado pela sociedade, bem como pelos seus executores e pelas pessoas que estejam engendradas na roda do labor, como é o caso da enfermagem.

Para Sampaio (1995), citado por Beck (2000, p.6), existe uma onipresença do trabalho humano em todas as expressões da vida social, situando o trabalhador numa hierarquia social e remetendo-o a diferentes possibilidades de consumo, felicidade, adoecimento e morte.

Segundo Dejours (1992, p.77), a desorganização dos investimentos afetivos provocada pela organização do trabalho pode colocar em perigo o equilíbrio mental dos trabalhadores.

Gonzales (1995) diz que o trabalho da enfermagem pode carregar consigo características que o tornam uma atividade ambígua (...) de um lado, uma certa gratidão pelo alívio do sofrimento do cliente e, de outro lado, uma certa insatisfação com as condições e limites do trabalho.

O enfermeiro para não ter seu equilíbrio mental desorganizado, principalmente por essa ambigüidade de seu trabalho, sofre, pois esse transitar entre o agir ético (pessoal) e o agir técnico (profissional), que lhe é imposto pelo seu trabalho, tensiona o ser-profissional, repercutindo na vibração da alma do ser-pessoa.

No entendimento de Dejours (1994), a subjetividade da relação homem-trabalho tem efeitos concretos reais que se manifestam por: absenteísmo, envolvimento de excesso de tarefas por parte do trabalhador, e muitas vezes, no amortecimento do corpo e do espírito como forma de sobreviver.

No trabalho da enfermagem observa-se esta subjetividade na subserviência, na passividade, no excesso de trabalho, na divisão provocada pelas questões de gênero, nas

condições inadequadas do trabalho, sejam tanto no nível físico como das relações humanas, entre outras as quais o trabalhador vê-se envolvido, dificultando seu agir ético e técnico.

Então, Beck (2000, p.45), ao falar de autoconsciência, diz que esta é fonte geradora de toda a paixão, afeto, motivação e, inclusive do comportamento moral, sem o qual não existe a vida humana. Portanto, quando não há um certo grau de autoconsciência e os enfermeiros não refletem sobre seus atos e comportamentos, correm o risco de fazerem mal ao cliente e a si mesmos, pensando estarem fazendo o melhor.

Essa mesma autora ao referendar Lima (1993), destaca que a assistência de enfermagem privilegia mais os aspectos técnico-biológicos, do que a comunicação interpessoal essa ficando limitada (*op.cit.* p.36).

Reconhecer e buscar formas mais sadias e menos prejudiciais para as pessoas relacionarem-se, é um ponto fundamental para os trabalhadores de enfermagem, diminuindo, assim, a lacuna existencial entre o agir ético e técnico da profissão. Desta maneira, o trabalhador de enfermagem utilizaria menos mecanismos de defesa, principalmente, os de negação e de sublimação, para evitar o sofrimento, que estas relações acabam trazendo ao palco do trabalho deste profissional.

Com relação a isso, Leopardi (1994) escreve que antes de sermos trabalhadores, somos pessoas, e que precisamos buscar a realização pessoal, o que, sem dúvida, refletirá em todas as etapas da vida, incluindo o próprio processo de trabalho.

O trabalho na vida do homem cumpre algumas finalidades, entre elas a possibilidade de expressão do próprio sujeito, capaz de encontrar prazer e satisfação com sua obra, realçando suas potencialidades, enquanto ser humano (Beck, 2000, p.183).

Diante disso, reflito que as preocupações dos trabalhadores de enfermagem podem envolver as competências técnico-rationais, mas precisam, também, preocupar-se com os relacionamentos interpessoais e suas competências ético-emocional-afetivas. Estas competências precisam ser lapidadas simultaneamente, porque esta divisão confunde o ser. Tentar unir ou aproximar o que está separado e na medida adequada, deveria ser competência de todo trabalhador comprometido com a qualidade de sua vida, com a dos outros com o trabalho com as instituições e com o planeta.

Não há como negar a importância dessas competências para o adequado exercício profissional na enfermagem, pois o profissional enfermeiro é alguém que, basicamente, está confuso com o seu ser.

Sgreccia (1994, p.88), ao falar do homem e sua ação, escreve que o ser, a vida e o homem são as esferas da realidade implicadas na razão e no sentimento. A vida é a capacidade de ação iminentemente. O ser tem capacidade real de ser a causa e o fim de sua própria ação (...).

Este autor, diz ainda que o homem, por sua vez, não só elege a execução e a forma de atuar como, também, o fim, a finalidade para que atua, mediante a vida livre e intelectual.

Na enfermagem, esta realidade parece (é) confusa e o ser-profissional está perdido diante de toda a desvalorização e falta de reconhecimento de que seu trabalho é mensageiro. Agir, neste caso, parece ser mais fácil de maneira técnica, pois o agir ético-afetivo exige muitas competências, para as quais este trabalhador ainda não está preparado para desempenhar.

A ação cotidiana da organização do trabalho de enfermagem vem carregada de uma ação (des) medida de processos de desvalorização, de falta de reconhecimento das tarefas, do profissional e do valor do cuidado. Assim, fica muito difícil ao ser-trabalhador sentir prazer e liberdade com a atividade que escolheu como sendo a que lhe realizaria como pessoa. Pois fica impossível separar o trabalho da vida do ser-pessoa.

O ser humano em seu todo, com suas necessidades emocionais e sociais, ainda não se tornou o centro do quadro econômico e do desenvolvimento do planeta. Historicamente falando, a máquina e a tecnologia assumiram este centro e não permitem espaço ao homem. Evolutivamente, de acordo com os economistas, os ciclos econômicos comandam as cidades. De 1800-1900, observa-se a introdução da máquina à vapor, o domínio do aço; de 1900-1999 surge a indústria petroquímica, o automóvel, a tecnologia dos computadores e da informação.

Porém, o ser humano, mesmo assim, não assumiu o centro desse processo, o centro são os bens de consumo. Esta evolução toda conduziu a humanidade a um progresso imenso, mas este progresso não é acessível a todos os seres, e isso acaba gerando dor, sofrimento existencial ao homem.

O trabalho em saúde não foge a esta regra, uma vez que, ainda hoje, encontramos muitos profissionais nestas atividades, mas a divisão do serviço acaba por valorizar bem mais alguns trabalhadores, como sendo os mentores intelectuais e, portanto, detentores de valor e a maioria como trabalhadores da tarefa, portanto braçais, dignos da força de trabalho, mas não do seu valor.

Com relação a isso inúmeros estudos entre os quais Beck (2000, p.32) cita que a enfermagem enquanto trabalho e, portanto, prática social e histórica, situa-se na organização do processo de trabalho mais geral.

Cada vez mais a divisão de classe, a divisão do trabalho e de *status* se evidencia e divide o homem. Com isso, sua alma sofre para encontrar a identidade total em um mundo tão dividido e desigual.

Sgreccia (1994, p.108) escreve que o homem representa a forma mais rica, mais autônoma e mais ativa da vida do reino dos seres vivos e da relação da história do indivíduo. O homem representa um vértice da vida do universo e do reino, constituindo-se pelas diferentes formas de vida (...). A transcendência da pessoa humana deve ser considerada em relação as realidades intra-humanas, com relação aos interesses sociais, políticos e econômicos (*op.cit.* p.125).

Nesta caminhada toda que se evidenciou anteriormente e a que o ser humano tem pela frente, um ponto na perspectiva histórica e da ciência está estampado a necessidade de ocorrerem mudanças destes paradigmas. Mas estas não podem ser realizadas somente através da tecnologia, dos investimentos econômicos ou dos conhecimentos especializados, precisa permitir que o ser humano possa assumir o centro desta realidade. Uma máquina, por mais rápida que seja, não consegue curar doenças nem fortalecer a auto-estima, pelo simples fato de quem as cria e as opera ser um “ser humano”.

O aumento do conhecimento, por si só, ainda não conseguiu melhorar os relacionamentos com nossos semelhantes. Então, pode-se pensar que uma das receitas para se incrementar o processo de viver saudável das pessoas, de modo amplo, deve ser a de melhorar o comportamento geral, através das atitudes para com os outras pessoas, com a natureza, com as relações de trabalho e consigo mesmo.

A Organização Mundial da Saúde aponta sete critérios para uma pessoa ter saúde: forte sentimento de auto-estima; relacionamento com o próprio corpo; capacidade de fazer

amizades e estabelecer relacionamentos sociais variados; meio ambiente preservado; trabalho expressivo e condições de trabalho saudáveis; conhecimento sobre saúde e acesso a atendimento médico e uma vida que valha a pena, no presente, e a esperança bem fundada de uma vida que valha a pena, no futuro.

Em relação à enfermagem e, portanto a seu trabalhador, estes critérios estão aquém do que é apregoado, ocasionado, assim, o sofrimento existencial do ser-profissional, tensionando seu agir ético e técnico, confundindo o ser.

Nestes itens, vê-se que o centro da atenção é a relação humana, como base para a saúde. E para isso, a vida humana, deve ser preservada (tanto interna com externamente) e a alma lapidada. Isso poderá significar que cientistas, como sociólogos, filósofos, enfermeiros, médicos, psicólogos, entre outros, devam trabalhar em conjunto, em harmonia, afinal de contas seu objeto de estudo é o mesmo - o homem.

Um número de pessoas cada vez maior está desenvolvendo sensibilidade para fatores ditos “amenos” no trabalho e na vida cotidiana. Isso não só poderá tornar as pessoas mais sadias como, também, poderá garantir um processo de viver saudável para o futuro.

Este pensamento é confirmado por Gonzales (2000, p.35) em sua tese de doutorado, que escreve que o incrível progresso da ciência e da técnica veio ao encontro de muitas necessidades e desejos humanos e a idéia de sofrimento ficou um pouco mascarada(...) contudo, o sofrimento permanece ou reaparece sob diferentes formas, como novas doenças, violência urbana e no campo, as drogas, os preconceitos, a exclusão social, a falta de acesso das pessoas aos bens e aos serviços, as catástrofes, o desemprego em massa, entre outras e isso, ameaça a tranquilidade e a paz.

Leopardi (1994, p.179) considera que a modernidade cobrou e, ainda, tem cobrado um alto preço do trabalhador, em relação aos benefícios que lhe tem conferido.

Diz Lunardi Filho (1998, p.36), apoiando-se em estudos marxista, fala que, o trabalho constitui-se um produto da espécie humana e, que por sua vez, constitui-se no resultado desta mesma forma de trabalho, num processo de circularidade. Assim, ao agir sobre a natureza transformando-a, o homem modifica sua própria natureza.

Em função destas palavras, Gonzales (2000, p.19), citando Sampaio *et al.*(1995), refere que uma pessoa ao identificar-se, o faz através do seu trabalho. E isso mostra a

importância que o trabalho tem no conjunto da vida do ser humano. O que dá a certeza de que o trabalho não apenas é um modo de se ganhar a própria vida, mas um *status* social ao qual se associa, no caso da enfermagem, uma roupa específica, um vocabulário próprio, um hospital, uma unidade sanitária, um trabalho com equipes, um nível hierárquico, pessoas doentes, sofrimento, mortes, ambiente tenso, conflitos, solidariedade, resignação, submissão, entre outras coisas.

Ter consciência destes fatos e possibilidades, reconhecer sintomas de ansiedade em si mesmo e nos outros, admitir que a ansiedade pode ser vivida constantemente, observar e decodificar sua linguagem, pode auxiliar comportamentos seus e dos outros e não rechaçá-los imediatamente.

Na enfermagem, o dar-se conta é uma realidade distante, ainda; seu modo de agir parece que está pautado pela negação dos fatos, a submissão ao poder, a abnegação no trabalho e a sublimação do ser isto tudo levando a uma passividade dos atos éticos e técnicos consigo e com o outro. Então, a alma está desvalida, esta tencionada, aprisionada de maneira conflitante, pois a justa medida é uma possibilidade apenas distante.

Alguns trabalhadores têm consciência das dificuldades naturais que envolvem os relacionamentos entre as pessoas, entendendo que esse processo tem muitas variáveis (a personalidade dos envolvidos, o contexto atual e o histórico, a família, a educação, o trabalho...) não dependendo, unicamente, de uma pessoa..

Os relacionamentos deveriam ser baseados em princípios e não no estado de humor de uns, em concessões a outros, em privilégios ou em excedentes. Então, aparece a noção da ação, na medida ou no que chama Cenci (2000, p.29) de **justa medida**.

Para este autor justa medida requerida pela ética não é extraída por intermédio de fórmula alguma: ela é uma medida qualitativa, por isso requer mediana.

A vida ética é um qualitativo das ações, é uma exigência indubitável da vida humana e está presente em todas as ações humanas (Sgreccia, 1994, p.136).

Retomando Cenci (2000, p.12), ao falar de ética, ele postula que desde as suas origens, ela busca estudar e fornecer princípios orientadores para a ação. A ética nasceu amparada no ideal grego de justa medida, do equilíbrio nas ações. Então, justa medida, no entender deste autor, é a busca de agenciar o agir humano de tal forma que o mesmo seja

bom para todos, isto é, que todos os indivíduos ou cada parte nele envolvida seja contemplada de forma equânime. O espaço de cada indivíduo ou de cada parte que se envolve na ação necessita ser garantido de maneira autônoma e racional.

A fonte vital de todo e qualquer desenvolvimento está baseado na relação humana e na experiência que este relacionamento traz para vida de cada ser envolvido e, também, na relação com o ambiente que os cerca. Esta relação pressupõe e supõe um diálogo interior e um exterior. As relações humanas deveriam ter um lugar privilegiado na civilização. (A enfermagem acaba fazendo mais o diálogo exterior).

Atuar na justa medida requer um exercício diário além da teoria, mas o pressupõe na prática cotidiana e, assim, pode-se construir em um desenvolvimento permeado de valores humanos.

Cenci (2000, p.29) ao falar de ética e de justa medida, traz a noção de mediana, que é a mediação entre as partes em jogo, ou seja, os personagens, as instituições envolvidas.

Então falar de justa medida no agir da enfermagem é falar de um conceito social em menor escore para os trabalhadores da enfermagem, é falar na supremacia da medicina, é falar da robustez da doença, é falar da intransigência das instituições hospitalares, é falar do (des) cuidado do profissional consigo mesmo e, por fim mostrar uma balança descalibrada por parte deste atores.

Parece que o ideal seria a bússola que assinalaria o caminho para a justa medida da alma humana, em todos os contextos (no lar, na escola, no trabalho, nas relações, na política, na religião...).

A grandeza da reflexão ética brota de sua fraqueza, isto é, o fato dela não poder prescrever o que fazer, de não possuir uma fórmula para dizer como agir em cada situação específica, mas remeter para a razão humana, para a responsabilidade e a necessidade de busca de soluções sensatas, racionais e autônomas para as ações (Cenci, 2000, p.29). A liberdade-responsabilidade é fonte e origem do ato ético (Sgreccia, 1994, p.157).

Para Dejourns (1999), as condições oferecidas pela organização do trabalho podem deixar o trabalhador numa posição psicológica extremamente penosa, conflitante com os valores do trabalho bem feito, o senso de responsabilidade e a ética.

Existe uma desproporção entre a vida e a vontade, a ação e o fim último que, no final



de contas, é o bem. Toda ação humana é só parcialmente expressa e sua fonte inclui o querer que é intenso e participativo.

Então o agir deve buscar a capacidade e expressão da justa medida. Para Cenci (2000, p.29) agir na justa medida não significa sucumbir ao relativismo, ao factual, pois a justa medida requer a normatividade, a qual só é alcançável por meio de parâmetros ou de princípios que orientam a ação. Por essa razão, toda reflexão ética requer princípios, os quais devem orientar a busca de soluções qualificadas, autônomas e racionais para os conflitos morais.

Às vezes, uma ação boa, necessariamente pode não estar ligada a conseqüências boas, às vezes, ocorrem conseqüências negativas (Sgreccia, 1994, p.167).

Evidencia-se tal fato no modo de agir da enfermagem, onde o enfermeiro coloca-se como abnegado, caritativo, comprometido, dedicado a rotinas e as técnicas, o anjo de branco (boa ação), trabalhando em excesso, sem receber o valor devido e reconhecimento merecido (conseqüências negativas). Mas esta realidade tensiona a alma humana, tensiona o ser-profissional, aparecendo, assim, os conflitos existenciais entre o agir ético e o técnico da profissão, que tende a uma ruptura desta identidade.

Sgreccia (1994, p.168) lembra que as ações podem ter duplo efeito: um positivo e um negativo. O mesmo trabalho cotidiano de todos nós, desempenhado com fidelidade e assiduidade, pode comportar, em diferentes ocasiões, efeitos negativos para a saúde.

Estas ações, para não comportarem estes efeitos negativos sobre a saúde e a vida do ser humano, não podem deixar de ser pautadas pela ética universal. Segundo Cenci (2000, p.12) em sua origem, todos os princípios éticos baseiam-se nos princípios morais universais como o “Não matar” e o “Não fazer aos outros aquilo que não queres que seja feito a ti”. Então, o não-poder querer para os outros aquilo que eu não quero para mim constitui-se no primeiro grande parâmetro da ética. A partir disso, ganham espaço os princípios universais, dos quais Kant foi um dos principais incentivadores.

Os princípios universais indicam não que a ética visa à perfeição do agir, mas sim, que o mesmo ocorra da melhor forma possível, ou seja, da maneira mais adequada possível (Cenci, 2000, p.12).

O agir da enfermagem está pautado no faço para ti (trabalho) aquilo que gostaria que

minha profissão e a minha atividade pudesse fazer para mim, ou seja, o reconhecimento que a enfermeira tem pelo paciente, o valor que dá para seu trabalho com toda sua dedicação e o reconhecimento que tem pela vida, cuidando de tanta dor.

O enfermeiro age mais adequado ética e tecnicamente para o outro, do que para consigo mesmo. O enfermeiro está confuso com o ser, pois, o ser-profissional está massificado pelas questões de gênero, pela influência familiar na desvalorização da profissão, pelas condições inadequadas do ambiente físico ou das relações humanas e pela organização de seu trabalho que produz a sua desvalorização. Ele sofre, a alma sente e as questões existenciais se desvelam.

O agir da enfermagem permite visualizar o que excede e o que falta entre o interno e externo das identidades do ser-profissional e do ser-pessoa, em seu contexto social, mostrando que a justa medida possa vir a ser uma forma de redução do sofrimento existencial entre o agir ético e técnico da profissão.

Faço das palavras do autor Cenci (2000, p.29) minhas reflexões neste momento:

“a questão da ética refere-se ao modo de agenciamento do espaço do indivíduo dentro do seu contexto social (institucionalizado). Como tal, ele possui livre-arbítrio, autonomia. A autonomia é processo, não um estado; ela é sempre, de alguma forma, limitada pelo meio, pelas objetivações desse. Disso resulta a questão: onde este deposita sua segurança ao agir? Como é possível manter sua autonomia? Na prática profissional: como é possível ao profissional agenciar de forma adequada sua relação com a instituição na qual atua, com seus clientes, parceiros, concorrentes e com o meio social?”

Assinalo assim a importância, trazendo a temática das questões existenciais entre o agir ético e técnico da profissão de enfermagem, para que o trabalhador possa assumir sua vida, buscando o crescimento como pessoa e, como consequência, tornando-se um trabalhador com condições mais saudáveis de ser e de fazer. Concordo, então, com Dejours (1999) que trabalhar não é apenas exercer atividades produtivas, mas é também **conviver**.

**Um novo tempo batendo à nossa porta,  
e ainda temos tantas lições para  
aprender...**

**Reconheço que as oportunidades  
de realizar uma carreira se manifestam  
pela minha própria iniciativa.**

**(Migott)**

## VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ter finalizado esta discussão, como a que tentei construir neste estudo, a meu ver não posso considerá-la encerrada ou esgotada, pois o caráter dinâmico da formação das idéias aqui apresentada, através da elaboração teórica-prática construída, apenas revelou-me a necessidade de empreender mais esforços no sentido de aprofundar a reflexão e ampliar a discussão, cada vez mais, acerca dos temas aqui desvelados.

Os estudos qualitativos, comportam sempre novas possibilidades que se apresentam, então o caráter de concluir afirmações, tendo a intenção de encerrá-las não se adapta a ciências de qualquer natureza, principalmente as humanas. Porém, entendo que, como exigência acadêmica deste mestrado, alguns contornos mais nítidos devem ser tomados em conta, sendo que, para isto, procurarei resgatar os objetivos pretendidos, bem como os principais pontos e contribuições deste estudo. Além disso, cumpre ressaltar, também, as limitações e facilidades que se apresentaram em sua trajetória.

Este estudo originou-se de minha inquietude e experiência como docente do Curso de Graduação de Enfermagem. Em minha caminhada, durante estes anos de vida profissional, vivencio momentos de transição entre a presença de afeto, alegria, criatividade, e ação, mas, também, de tristeza, agressão, de negação, descontentamento, passividade, desvalorização que experenciam professores, alunos, clientes, famílias e profissionais em geral, em relação à enfermagem.

Ao olhar esta realidade, evidencio aspectos das relações sociais, das relações do profissional consigo, com a família, com a equipe, com a instituição, com o trabalho e com a sociedade. Essa ótica deixa-me inquieta, insegura, pois observo sofrimento no profissional enfermeiro, ao realizar suas tarefas. Observo a desvalorização, a falta de reconhecimento desta profissão e o sofrimento do ser.

Num recorte dessas inquietudes, lancei meu olhar para os seguintes objetivos: **elaborar, aplicar e avaliar** um marco referencial próprio junto a enfermeiros que vivenciam sentimentos de desvalorização da profissão e que apresentam sofrimento. Portanto, a relação valorização, desvalorização, sofrimento profissional e pessoal foi objeto deste estudo com enfermeiros, para o qual fui buscar apoio da literatura para subsidiar minhas reflexões.

Avalio que os objetivos propostos foram atingidos, pois pude aplicar o marco referencial, bem como perceber a confirmação dos meus pressupostos, além de poder minimizar o sofrimento do enfermeiro (atores do estudo) que sofre pela desvalorização da sua profissão, através, da aplicação do cuidado construtivo.

O cuidado construtivo incorporando técnicas e instrumentos comuns ao método qualitativo mostrou-se adequado para alcançá-los e permitiu uma análise cujos resultados, facilitam o entendimento das questões existenciais entre o agir ético e técnico da profissão.

Através deste estudo, pude constatar, que o trabalho pode ser produtor de saúde, porém, a sua organização, através da divisão das tarefas e dos homens, pode produzir a dor, o sofrimento e a doença na pessoa. Esta divisão acarreta a ação (des)medida ou falta de justa medida aos trabalhadores, e com isso, a pessoa não consegue objetivar-se e nem subjetivar-se através de sua atividade.

De acordo com as verbalizações dos trabalhadores entrevistados e a literatura consultada, pude observar que as vivências de sofrimento que tensionam o ser-profissional, se dão através do agir ético e técnico da profissão, pois as questões de gênero, a influência familiar na escolha da profissão, as condições inadequadas do ambiente (físico ou das relações humanas), bem como, os aspectos da organização de suas atividades, são alguns dos fatores que subjazem a desvalorização da enfermagem, através do processo histórico-social, contribuindo para à não identidade do profissional e da pessoa, ou seja, existe uma identidade, porém altamente prejudicada pela negatividade.

Aprender a conviver e a compartilhar o sofrimento com os colegas, partindo de reflexões individuais e coletivas, em encontros permeados de apoio mútuo, pode ser uma das possibilidades para o novo caminhar da enfermagem e do ser-profissional, que se dá conta desse processo histórico-social de desvalorização que a enfermagem carrega, por anos a fio.

Buscar o significado destas experiências para a sua vida pode ser mais uma das possibilidades que auxiliam o trabalhador para que ele cresça e relacione-se melhor com seu trabalho, não necessitando utilizar tantos mecanismos de defesa para poder agir na sua rotina laboral .

Trabalhar os sentimentos de desvalorização, de passividade, de submissão, de impotência, mesmo que a um primeiro momento o mobilize, é possível e necessário para que o trabalhador encontre no trabalho uma fonte de realização e de prazer.

Diante disso, reflito que as preocupações dos trabalhadores de enfermagem, em especial o enfermeiro, podem e devem envolver as competências técnicas e de relacionamento interpessoal. Não há como negar a importância dessas competências para o adequado exercício profissional na enfermagem e nem para a vida.

Como observei, através das falas dos atores e na literatura, é impossível separar o trabalho da vida, pois a pessoa é uma só, assim como não se pode separar a conduta técnica da ética.

Essa temática - as questões existenciais entre o agir ético e técnico - é uma das grandes contribuições deste estudo, no que se refere ao sofrimento que advém do processo de trabalho, mostrando a necessidade de humanizar as instituições de saúde não só para seus clientes externos, mas, também, para os clientes internos, atuando dentro da justa medida.

O cuidar-pesquisando possibilitou-me um convívio agradável com meus colegas (de mestrado, da universidade e atores deste estudo), servindo para fortalecer laços e melhorar as relações interpessoais, pois eu e eles podemos mostrar nosso ser e, também, a refletir sobre posturas/conduas profissionais de quem cuida do outro. No passeio pela literatura, a reflexão e a discussão com meus colegas, pude perceber a importância do Cuidado Construtivo, tornando-se este de um valor extraordinário para a valorização do sujeito, tendo como produto final a valorização da profissão.

O Cuidado Construtivo oportunizou o exercício da liberdade e da autonomia profissional do enfermeiro. Assim, propiciou a experiência da realização de cada ator na tentativa de resgatar a cidadania de cada ser humano, através do alívio do seu sofrimento.

O processo, pautado no diálogo-relacionamento, permitiu um envolvimento entre

cuidador-pesquisador/cliente na prestação do cuidado, levando-me a pensar na emergente necessidade de alteração do processo ensino-aprendizagem dos cursos de formação do enfermeiro. Meu entendimento é que estes devem focar o **cuidado** com o cliente (paciente, grupo, família, empresa...) e, também, deve focar o **cuidado** do cuidador. Deve reforçar a estima, a motivação e o refletir sobre seu modo de agir, deste educando.

Orcajo (1996) traz que se fala muito em uma vida digna, se fala da qualidade de vida, da qualidade do trabalho mas, facilmente, estas questões são trocadas pela produtividade, o sujeito pelo sistema, o diálogo pela negociação, a dignidade pelo *status*.

Percebi que, o Cuidado Construtivo através de seu método, e da relação autêntica que ocorreu entre cuidador-pesquisador e cliente, é no meu entendimento, uma forma promissora para transformar o sujeito que sofre pela desvalorização da profissão em um alicerce da valorização da enfermagem como profissão e, com isto, refletindo a sua importância para a comunidade, surgindo um sujeito mais feliz.

Porém, o cuidado construtivo não pode ser elaborado fora de uma situação real da vida, de uma visão transparente do processo saúde-doença, em relação ao trabalho, família, lazer, da relação do homem com o meio ambiente que o cerca e da participação social do profissional e sua profissão.

Através desse estudo, pude perceber que o comportamento das pessoas depende de suas crenças, ou seja, daquilo que elas supõem que seja certo e verdadeiro. Depende, também, da família, da sociedade, do processo econômico e político. Depende, ainda, do jogo de poder. E o que comanda a ação é a sua percepção do mundo, pouco importando para o outro se ela é verdadeira, parcial, falsa ou conduzida. O modo de ação do ser-profissional depende destes fatores, mas, também, como ocorre a organização de seu trabalho, ou seja, como ele está dividido em tarefas e a posição que os homens assumem nessa divisão.

Na busca do conhecimento, na erradicação e/ou alívio do sofrimento procurei soluções criativas e originais, viáveis, para os profissionais que estão aprendendo a conviver com uma posição mais valorizada e, portanto, uma melhor qualidade de vida.

Este estudo significou um crescimento um amadurecimento pessoal, profissional, fazendo-me resgatar a paixão pela enfermagem. Mostrou-me o quão brilhante é o cuidado e que valor enorme ele tem. Talvez, por isso, tantos o querem em mãos de poucos.

Significou perceber a força de uma profissão, que mesmo não sendo valorizada, tem sua continuidade efetiva neste novo milênio que se aproxima.

A cada momento deste estudo, eu vislumbrava, também, a força da mulher, a sua garra. Pois suportar tamanha desvalorização e, ainda, realizar um trabalho digno e de qualidade não é para qualquer um, só mesmo tendo uma força interna - a força da vida.

A contribuição que esta prática trouxe aos sujeitos foi o alívio de seu sofrimento, foi a possibilidade de se auto conhecerem e a possibilidade dos sujeitos poderem olhar para dentro de si, sem medo e reconhecer o ser maravilhoso que habita dentro de cada um.

No que se refere à produção do conhecimento aplicado, posso dizer que **fui buscar o sofrimento do enfermeiro e acabei me deparando com o sofrimento do ser. Isso realmente me deixou triste.**

Proponho, ainda, que o cuidado construtivo seja estendido a outros profissionais da enfermagem, a outras categorias. Que possam ser ampliadas as técnicas por mim utilizadas. Também proponho que seja utilizada esta metodologia com enfermeiros e suas famílias, para trabalhar a questão da desvalorização interna e da profissão. Em relação às instituições, elas precisam permitir um trabalho em grupo para seus funcionários, assim, pode-se trabalhar com um contingente maior de pessoas, ao mesmo tempo, possibilitando a diminuição do sofrimento coletivo, melhorando o ambiente relacional e alterando a percepção negativa do clima organizacional.

Outra sugestão que apresento é que sejam organizados grupos de apoio, nos serviços, nos hospitais, nas escolas, para quem necessitar deste recurso. No caso das instituições, os profissionais que irão guiar este processo não devem ter vínculo empregatício com as empresas. Desta maneira retira-se os fantasmas que provocam medo aos profissionais, especialmente ao enfermeiro de falar, de expressar-se.

Sugiro a continuidade deste trabalho, ampliando-se as discussões sobre a importância da representação social e do valor que se deve atribuir ao cuidado. Faz-se necessária a análise dos fatores culturais, crenças, valores, motivação e estima, pois são aspectos que norteiam o comportamento das pessoas e é imprescindível sua compreensão para alterar a situação atual de **desvalorização, a que está submetido o enfermeiro, frente à sua profissão e aos demais profissionais.**



Desta forma, entendo que o presente estudo trouxe alguma contribuição para aqueles que, como eu, acreditam na possibilidade de mudanças individuais e coletivas, assim, como na transformação do saber, através da compreensão do homem.

O Cuidado Construtivo mostrou-se muito efetivo para o resgate da cidadania. E isto tem uma amplitude, a de diminuir a exclusão social, permitindo o desenvolvimento do potencial criativo de cada um e de todos, para que se possa ter uma harmonia social e uma vida mais saudável, prazerosa e feliz, através de seu agir ético e técnico, tanto a nível profissional como pessoal.

Após mostrar como agem os trabalhadores de enfermagem, especificamente o enfermeiro, ator deste palco, busco a proposta deste estudo e tendo a pensar que o **cuidado construtivo** mostrou-se eficiente e muito rico para o cuidar-pesquisando, bem como no momento de atendimento do sofrimento dos enfermeiros que vivenciam sentimentos de desvalorização da profissão.

Este sofrimento, na grande maioria, é calado e/ou escondido através dos mecanismos de defesa utilizados por estes atores para tentar dar uma solução criativa a esta situação (porém não sendo eficaz) e desenvolver a profissão que escolheu como sendo sua e que iria conduzi-lo a realização profissional e pessoal.

O cuidado construtivo, através de sua metodologia, favoreceu ao enfermeiro que sofre poder expressar seus valores, suas crenças, seus conhecimentos, seus desejos, seus medos, seus sentimentos, suas inquietudes, sua estima e seu ser. Ele pode oferecer às pessoas um elemento de renovação, possibilitando, ou pelo menos tentando, tornar-las pessoas mais aptas, através de um trabalho, mesmo que temporário, para não admitirem a estagnação, pois por si só ela é um problema. Estas (novas) inquietudes podem contribuir para novas perspectivas.

Isso foi possível pelo grande ponto do cuidado construtivo que é a **escuta**. Ouvir estes atores, ser continente com seu sofrimento foi a grande tônica deste processo de cuidar-pesquisando.

Segundo Patrício (1990), ouvir, às vezes, era o cuidado que o cliente necessitava, porém, muitas vezes, dava a sensação ao profissional que ele não estava fazendo nada (...) e continua esta autora, escrevendo que a consulta de enfermagem o foco é ouvir, refletir, dialogar sobre suas necessidades de cuidados (*op.cit.* p.201).

Tomo emprestado aqui as palavras de Gonzales (2000, p.37), para reforçar o exposto, “...compartilhar o sofrimento já é uma forma de aliviá-lo e, neste sentido, são bemvidos todos aqueles que estiverem dispostos a ouvir e a compreender, não precisando fazer mais do que isto.”

A escuta, oportunizou traçar planos pessoais/originais para cada enfermeiro, num compartilhar de relações. O cuidado construtivo permitiu ao cuidador-pesquisador e ao enfermeiro que sofre, pensar em coexistência, através de seu auto-conhecimento e do conhecimento da percepção do seu ser e do seu modo de agir, que ia sendo evidenciado durante o processo do cuidado construtivo.

Becker (1992, p.43), ao falar do cuidado construtivo, lembra que a valorização do agir de quem aprende é elemento central para compreender algo, para agir, a fim de produzir conhecimento e resolver problemas. O sujeito em atividade constrói suas próprias categorias de pensamento, através da comparação, categorização, reformulação etc..., de modo a organizar e reorganizar o mundo em ação interiorizada.

O conhecimento do indivíduo é constituído na interação das possíveis condições do sujeito e do ambiente onde ele atua e vive. Assim, este agir fica muito “carregado” na enfermagem, pois suas vivências de sofrimento, desvalorização e falta de reconhecimento de seu trabalho são histórico-sociais.

O cuidado construtivo favoreceu um momento de construção da identidade do ser-profissional, podendo, desta maneira, reunir os dois lados dessa identidade (interna e externa) diminuindo a lacuna entre o agir ético e técnico da profissão.

Como todo “empreendimento” que se desenha através de uma caminhada com base na busca do entendimento sobre a realidade (mesmo que circunscrita á realidade de um determinado grupo profissional), algumas limitações se fizeram presente nesta caminhada.

Uma limitação, deste estudo, que posso pensar ter havido, é não ter encontrado trabalho semelhante para consultar, no que se refere ao cuidado construtivo, e um trabalho que partisse da prática para analisar a ética. A grande maioria dos estudos sobre ética é analisado sob a ótica teórico-filosófica.

Além disso, outra barreira sentida, foi a limitação imposta pelo tempo para realização do estudo, decorrente do tempo de mestrado, ou seja, vinte e quatro meses para completar

os créditos teóricos e os da dissertação, tendo liberação parcial de horas das atividades docentes.

Em relação ao tempo, ainda, este criou um pouco de atrapalho, pois os enfermeiros participantes da prática assistencial, trabalhavam em horários diferenciados, permitindo apenas realizar um encontro coletivo.

E por fim, o número reduzido de atores que se dispuseram a participar da prática do cuidar-pesquisando, embora saiba que, nos estudos qualitativos não ocorre a necessidade de um número “grande” de sujeitos para se mostrar a realidade, ou seja, os estudos qualificativos não obedecem a critérios de amostragem eminentemente grandes. Portanto, não posso fazer generalizações dos dados deste estudo e nem é a minha intenção, porém, possivelmente os achados descritos aqui sejam significativos e semelhantes aos encontrados nos resultados mais gerais de pesquisa. Lembro ainda, que, este trabalho se caracteriza como estudo de caso.

Apesar destas limitações, o estudo pode ser realizado e contribuiu para atender os objetivos propostos. Creio que o estudo trouxe (trará) contribuições para a enfermagem, para o curso de enfermagem, para outros cursos e para os atores que participaram deste processo de cuidar-pesquisando, principalmente, no que se refere ao sofrimento e no modo de ação dos profissionais.

Um ponto que gostaria de ressaltar é o convívio mais próximo que tive com meus colegas, estreitando laços de amizade e companheirismo, possibilitado pelo mestrado, uma vez que decorria muita troca de materiais, trabalho em equipe, viagens, entre outras formas de relações interpessoais, bem como o apoio, troca de idéias, construção, desconstrução e reconstrução que a orientadora proporcionava para mim e para o grupo.

Dentre as possibilidades ainda, posso dizer, que conviver com uma pesquisadora permitiu abrir as portas para a criação de um grupo de pesquisa - **Qualivida**, assim como conhecer e utilizar alguma filosofia do grupo **Transcriar** apresentado pela orientadora. Este grupo de pesquisa vai possibilitar na prática, para nós docentes, trabalhar com uma grande área que é a **qualidade de vida**, conjugando nossas dissertações com outros trabalhos e com várias temáticas: qualidade de vida ligada ao trabalho, ao cuidado, a presença, ao idoso, ligado as questões da morte, etc...

O grupo pode se estruturar como uma possibilidade de caminhar para produção de

conhecimento, e já estão associados alguns estudos menores, tendo inclusive suas publicações efetivadas.

E, por fim, apresento, a seguir, mais algumas sugestões de estudos e de ações : a) divulgar nos cursos de graduação e pós-graduação os resultados do processo de cuidar-pesquisando, proporcionado pelo cuidado construtivo; b) continuar estudos teóricos, a partir da prática sobre as questões do agir ético e técnico das profissões; c) viabilizar as propostas apresentadas neste estudo, na tentativa de reduzir o sofrimento individual e coletivo da categoria; inclusão de oficinas de cuidar do cuidador nos cursos de graduação e nas organizações; d) inclusão de atividades de relaxamento no trabalho , com por exemplo ginástica laboral; e) elaborar outros estudos como este, cujos temas sugere-se: tomada de decisão, como cuidar do cuidador, participação política e social da enfermagem, auto-estima do profissional de saúde, trabalho participativo e em equipe, relações interpessoais e qualidade de vida dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, as questões de gênero (diante do que foi escrito e diante do que os três enfermeiros mostraram, ou seja, este coletivo, que a literatura evidencia sobre a relação de gênero interferindo no sofrimento), estudar a importância da interferência de gênero e da família em outras profissões.

## VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, Marlene Monteiro e Silva, DUARTE, Vanda. A violência simbólica do trabalho. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.2, p. 369-372, mai/ago, 1999.
- ATKINSON, Rita L. e col. **Introdução a psicologia**. 11.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- BALIEIRO JUNIOR, A.D. Mecanismos do poder corruptor. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, n.3, ano 19, Conselho Federal de Psicologia, 1999, p. 52-59.
- BARDIM, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições, 1979.
- BECK, Carmen Lúcia Colomé. **Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**, UFSC (2000) 256 p. Tese de Doutorado em Enfermagem na Área de Filosofia, UFSC, 2000.
- BECKER, Fernando. O que é construtivismo. **Revista de Educação AEC**, ano 21, n. 23, Abr/Jun, 1992, Associação de Educação católica de São Paulo, São Paulo, 1992.
- BELOTTI, Elena Gianini. **Educar para a submissão**. Tradução por Ephroin Ferreira Alves. Petrópolis, RJ : Vozes, 1985.
- BENINCÁ, Elli. Prática pedagógica da sala de aula – princípios e métodos de uma ação dialógica. In: Comissão de Graduação UPF (org.). **Ética e diálogo na prática pedagógica universitária. Cadernos de Graduação**, Passo Fundo, Ediupf, 2000, n.1, p. 19-31.
- BENITO, Gladys Amélia Véliz. **Análise de exigências cognitivas das atividades do trabalhador de Enfermagem**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, UFSC, Outubro, 1994.
- BETTINELLI, Luiz Antonio. **Cuidado de Enfermagem solidário: um compromisso social autêntico**. Relatório da Prática Assistencial. Florianópolis, Mestrado em Assistência de Enfermagem, Pólo III – Santa Maria – RS, 1998.
- BOOLINTER, Elizabeth. **Um é outro**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.
- BOWEN, M. **Family therapy in clinical practice**. Joson Aronson, Inc., New York, 1979.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista – a degradação do trabalho no séc. XX**. 3.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1987.
- BUBER, Martin. In: BUZI, Arcângelo, R. **Introdução ao Pensar**. 10.ed. Petrópolis : Vozes, 1982.

- CAMARGO, N.A. A casa de brinquedos como facilitadora de projeção em terapia infantil. Monografia (Pós-Graduação em psicoterapia Humanístico-Existencial). Universidade Católica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre : PUC, 1989.
- CAMARGO, Nelma A. PATRÍCIO, Zuleica Maria. A qualidade de vida de um comandante de Aeronave. Uma rede tecida através de necessidades, escolhas e decisões próprias. IN: PATRÍCIO, Z.M, CASAGRANDE, J.L., ARAÚJO, M.F. (Org.). **Qualidade de vida do trabalhador. Uma abordagem de vida do ser humano através de novos paradigmas**. Florianópolis : Ed. do autor, 1999.
- CAMPOS, Dinah M.S. **Psicologia e desenvolvimento humano**. Petrópolis : Vozes, 1997.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1988.
- CASTELLANOS, BRIGITTA E.P. et al. A situação da Enfermagem nos Anos 80. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41, 1989. **Anais...** Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1989, p. 43-75.
- CASTELLANOS, BRIGITTA E.P. et al. Os desafios da enfermagem para os Anos 90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41, 1989, Florianópolis. **Anais...** Brasília : Associação Brasileira de Enfermagem, 1989, p. 147-169.
- CATER, Betty, MCGOLDRICK, Mônica & Colaboradores. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia familiar**. 2.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- CENCI, Angelo Vitório. A ética e o professor na prática pedagógica universitária. In: Comissão de Graduação UPF (org.). **Ética e diálogo na prática pedagógica universitária. Cadernos de Graduação**, Passo Fundo, Edupf, 2000, n.1, p. 18-19.
- CENCI, Angelo Vitório. **O que é ética? Elementos em torno de uma ética geral**. Passo Fundo : Edupf, 2000.
- CLARK, M.D. The historical hosis nursing's troubled self image. **AAOHN. J.** Atlanta, n. 34 v.4, p. 160-70, Apr. 1996.
- CODO, W., GAZZOTI, A.A. In: CODO, W. (coord.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis, RJ : Vozes, Brasília, CNTE/Universidade de Brasília, Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999.
- CODO, Wanderley, SAMPAIO, José J.C. , HITOMI, Alberto H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. Uma abordagem Interdisciplinar. 2.ed. Petrópolis : Vozes, 1993.
- COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem**. Lisboa, Damaia, Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses, outubro, 1989.
- CONTINI, Maria Lourdes. Discutindo o conceito de Promoção de Saúde no trabalho do psicólogo que atua na educação. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, 2000, ano 2, n. 2, p. 46-59.
- CRITELLI, Dulce Mara. **Educação e dominação cultural: tentativa de reflexão ontológica**. São Paulo: Cortez, 1981.
- CUNHA, C. **O que é trabalho?**. In: ALBORNOZ, Suzana. São Paulo : Brasiliense, 1992.

- DAVIES, D., SHACKLETON, V.J. **Psicologia e Trabalho**. Rio de Janeiro : Zaldor, 1977.
- DEJOURS, C. et al. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1994.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Palestra proferida na Federação dos Trabalhadores da Metalurgia da Confederação Geral dos Trabalhadores. 1982. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n.54, v.14, abr/mai/ju, 1986.
- DEJOURS, Christophe e col. Por um trabalho, falar de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n.3, mai/jun, 1993, p. 98-104.
- DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro : Editora 34, 1996.
- ELSEN, Ingrid. **Desafios da Enfermagem no cuidado de Famílias**. Florianópolis : Editora da UFSC. Série Enfermagem, 1994
- ELSEN, Ingrid. **Saúde familiar: a trajetória de um grupo**. Florianópolis : Editora da UFSC. Série Enfermagem, 1994
- FERREIRA-SANTOS, Célia A. **A enfermagem como profissão**. São Paulo : Pioneira, 1973.
- FIGUEIREDO, N.M. O corpo da enfermeira: Instrumento de cuidado de Enfermagem – um estudo das representações de enfermeiras. Tese de Doutorado em Enfermagem. EEAN/UFRJ, RJ, 1994.
- FONSECA, Tania Maria Galli. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M.J.M. (org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.
- FONTANA, R.C.A. **Como nos tornamos professoras: aspectos da construção do sujeito como profissional de educação**. São Paulo, Unicamp, 1998. Tese de Doutorado .
- FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 19.ed. São Paulo : Paz e Terra, 1993.
- FROMM, Erick. **A revolução da Esperança**. 2.ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.
- GARCIA, O.R.Z., BOEHS, A.E. Desenvolvendo uma disciplina introdutória à enfermagem na primeira fase do curso de graduação em Enfermagem na UFSC. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n. especial, p. 138-147, 1995.
- GARRAFA, Volnei. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo : USP, 1995.
- GEIB, Lorena, MIGOTT, A.M.B., CARVALHO, R.M.A., MOCINHO, R.R. Os rituais de poder na educação formal do enfermeiro. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.1, p. 80-92, jan./abr. 1999.
- GELAIN, Ivo. Deontologia e Enfermagem. 3.ed. **Rev. Atual**. São Paulo : EPU, 1998.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa**. 3.ed. São Paulo : Atlas, 1986.
- GONZALES, Rosa Maria B. **Sofrimento na práxis da enfermagem: Real ou imaginário**. UFSC, 2000. 171 p. Doutorado em Enfermagem na área de Filosofia, UFSC, 2000.
- GROISMAN, M. **Histórias dramáticas: terapia leve para Família e terapêutas**. Rio de Janeiro : Record/Rosa dos Tempos, 1996.

- GUATTARI, F. **Redução molecular: pulsações políticas do desejo**. 3.ed. São Paulo : Brasiliense, 1987.
- HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologia qualitativa na sociologia**. Petrópolis : Vozes, 1987.
- HOFFMAN, L. **Foudations of Family Terapy**. Basic Books. New York, 1981.
- HUDAK, C.M., GALLO, B.M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1997.
- JACOB, M. K. **Da Construccion Conjunta de la Investigacion - Metodologias Cualitativas**. Seminário da Internas, Buenos Aires, 1993.
- KERSNER, I. Comunicação no II SIMPÓSIO DE TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA, 2, Núcleo Pesquisa, CEBESFA, Rio de Janeiro, 1993. Digitado.
- LEININGER, M. Teoria do Cuidado Transcultural: diversidade e universalidade. In: Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis : Ed. da UFSC, 1985. P. 255-276.
- LEITÃO, Marisa Sá. **O psicólogo e o Hospital**. Porto Alegre : Sagra, 1993.
- LEOPARDI, Maria Tereza (org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis : Papa-Livros, 1999. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC.
- LEOPARDI, Maria Tereza. Qualidade de vida no trabalho: a busca de um trabalhador Omnilateral. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46, Porto Alegre, 1994. **Anais...** Porto Alegre, ABEM/BR, ABEM/RS. 1994. P. 179-183.
- LIMA, M.J. de. Pensar em saúde é pensar em enfermagem. **Revista Enfermagem**, UERJ, RJ, v.2, n.1, p. 112-119, maio 1994.
- LINHARES, Wilvia Jacqueline. **Atividade, prazer-sofrimento e estratégias defensivas do enfermeiro: Um estudo na UTI de um hospital público – DF**. 1994, 144 p. Dissertação – Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade de Brasília, 1994.
- LOPES, Maria Julia Marques. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado – feminino, doméstico e desvalorizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.41, p. 211-217, jul/dez 1988.
- LUCHIARI, Dulce Helena Soares. Os desejos familiares e a escolha profissional dos filhos. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis, v.14, n. 20, p. 81-92, outubro 1996.
- LUDKE, M & ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo : E.P.U., 1986.
- LUNARDI FILHO, W.D., LEOPARDI, M.T. **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande, 1999.
- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem**. 1995, 287 p. Dissertação do Curso de Mestrado em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande, 1995.



- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. O mito da subalternidade do trabalho da Enfermagem à Medicina. Tese de Doutorado. Florianópolis, UFSC, 1998
- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.50, n.1, p. 77-92, jan/mar, 1997.
- LUNARDI, Valéria Lerch, LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. O trabalho do enfermeiro no processo de viver e ser saudável. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.1, p. 13-30, Jan/Abr, 1999.
- LUNARDI, Valéria. **História da enfermagem: rupturas e continuidades**. Pelotas : UFPel, 1998.
- LUNARDI, Valério Lerch. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des) construção do sujeito enfermeira**. 1994, 269 p. Dissertação – Curso de Mestrado em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.
- MACEDO, Lino de. **O construtivismo de Piaget sua Extensão Psicopedagógica e a pesquisa**. Xerox Cadernos de Pesquisa - Registros e Anotações - Setor de Pesquisa, Documentação e Publicação da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae, n.05, junho, 1996, [s/l].
- MACHADO, M.H. **Profissões de saúde: um enfoque sociológico**. Rio de Janeiro, 1986. (Digitado).
- MANDU, E.N.T., ALMEIDA, M.C.P. Necessidades em saúde: Questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.52, n.1, p. 54-66, jan/mar 1999.
- MARCELINO, Silvana et al. Avaliação em uma perspectiva constutivista: aproximação com o desempenho profissional da Enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.1, p. 93-105, jan/abril, 1999.
- MEDEIROS, L.C., TAVARES, K.M. O papel do Enfermeiro Hoje. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.50, n.2, p. 275-290, abr/jun, 1997.
- MEDEIROS, Luiza C. O ensino de enfermagem e a prática do enfermeiro: estudo de caso realizado com os enfermeiros egressos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Rio Grande do Norte. Natal (S.N.), 1994, 114p. **Dissertação – Curso Mestrado em Educação**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1994.
- MELLO, S.L. Formação, informação e disposição ética. **Fund. do Conselho Federal de Psicólogos**, n.42, fevereiro, 1996, p. 72-78.
- MINAYO, Maria Cecília (Org.), DESLANDES, Suely F., CRUZ NETO, Otório, GOMES, Romeu. **Pesquisa Social - teoria, método e criatividade**. 5.ed. Petrópolis : Vozes, 1996.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo : Abroco, 1992.
- MONDIN, B. **O homem, quem é? Elementos de Antropologia**. São Paulo : Poulus, 1980.

- MORENO, J.L. **Fundamentos de la Sociometria**. Buenos Aires : Editora Paidós, 1972.
- MOSQUERA, Juan José. **Psicodinâmica do Aprender**. 2.ed. Porto Alegre : Sulina, 1977.
- NASCIMENTO, Enilda Rosendo. **Gênero e Enfermagem**. Salvador Bahia : Positiva, 1986.
- NEFIODOW, Leo A. Prosperidade pela Saúde. **Reader's Digest – Revista Seleções**, n. 57, março, 1998.
- ORCAJO, A. **La posmodernidad a la fractura de los ilusiones**. Universidad de Caraboba Valência, 1996.
- PADILHA, M.I.C.S. **O resgate das raízes: a influência da formação familiar e social na escolha e exercício da enfermagem**. Tese Livre-Docência. Rio Janeiro : UNIRIO, 1990.
- PADILHA, M.I.C.S., NAZARIO, Nazaré Otília, MOREIRA, Marléa C. A compreensão do ideário da enfermagem para a transformação da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.50, p.307-322, jul/set, 1997.
- PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. A mulher/enfermeira nos âmbitos doméstico-familiar e público: uma abordagem teórico-contextual. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.15, n.1/2, p. 5-12, jan/dez, 1994.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria, CASAGRANDE, J.L., ARAÚJO, M.F. de. (Org.). **Qualidade de vida do trabalhador: Uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas**. Florianópolis : Editora do autor, 1999.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. A dimensão felicidade – prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão de bioética numa abordagem holístico-ecológica. Florianópolis : UFSC, 1995. **Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem**. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSC.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de Enfermagem de enfoque sócio-cultural**. 1990. 282 p. Dissertação – Curso de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Cenas e Cenários de uma Família: a concretização de conceitos relacionados á situação de gravidez na adolescência**. Florianópolis : Editora da UFSC. Série Enfermagem, 1994
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Estrutura referencial: A base de um Processo de Construção**. Texto utilizado como mediador nas dinâmicas das oficinas de Recriação de Referenciais e Construção de Processo de Trabalho. Transcriar – UFSC – Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável. Florianópolis, UFSC, 1993.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **O cuidar/cuidado com Famílias de Adolescentes Grávidas: aplicação de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis : Editora da UFSC. Série Enfermagem, 1994
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Oficina de trabalho como técnica de estudos participantes e trabalho em grupo**. Florianópolis : UFSC, 1989. Produção de métodos e técnicas de trabalho. Digitado.

- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Ser Saudável na Felicidade-Prazer** -Uma abordagem ética e Estética pelo Cuidado Holístico-Ecológico. Florianópolis : Universitária/UFPEL .PPG em Enfermagem. Série Teses em Enfermagem,1996.
- PESSINI, Léo, BARCHIFONTAINE, C.P. 4.ed. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo : Loyola, 1991.
- PILON, André. **Desarrollo de la educacion en salud, una actualizacion de conceitos**. São Paulo. Revista de Saúde Pública.v.20, n.5, p.391-396, 1986.
- PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1989.
- PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3.ed. São Paulo : Hucitec, 1994.
- POLIT, Denise F. HUNGLER, Bernardette. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- RAMOS, Flávia Regina Souza. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.50, n.3, p. 323-338, jul/set, 1997.
- RANDÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**. **Dissertação de Mestrado**. Florianópolis, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1994.
- RICHARDSON, Roberto Jarry e cols. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2.ed. São Paulo:Atlas,1988
- RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho: solução e análise no nível gerencial**. Fortaleza : UNIFOR, 1991.
- ROS, Silvia Zanatta da. **Pedagogia Materna e Relações Sociais**. Florianópolis:UFSC,1997.
- ROSA, Sanny S. **Construtivismo e Mudança**. 2.ed. São Paulo : Cortez, 1994.
- RUBIN, Maria Augusta Stefanello, CARVALHO, Vivina Lanzarini. **A Enfermagem e os grupos humanos necessitados de reabilitação psicossocial – uma reflexão alicerçada em Foucault**. **Revista Alternativa de Enfermagem**, Ano II, n.16, julho, 1998.
- SANTIN, Silvino. **Educação Física: ética, estética, saúde**. Porto Alegre: Edições Est,1995.
- SANTOS, Mônica Loureiro. **Divisão do Trabalho. Gênero e qualificação no trabalho em saúde**. **Caderno Saúde Coletiva**, v.5, n.2, jul/dez, UFRJ, 1997.
- SANTOS, Vera Lúcia et al. **Imagem da enfermeira e do enfermeiro percebida por alunos ingressantes no Curso de Graduação**. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.41, n3/4, p. 241-251, jul/dez 1988.
- SECAF, Victoria, RODRIGUES, Antônia Regina Furegato. **Enfermeiros que deixaram de exercer a Enfermagem: por quê?**. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, v.6, n.2, p. 5-11, abril, 1998.
- SEIXAS, Maria Rita D'Angelo. **Malícias de família**. Associação Gaúcha de Terapia Familiar AGATEF : Porto Alegre- ano1,n1,fev/mar/abr.p.10-12,1997.

- SEIXAS, Maria Rita D'Angelo. **Sistêmica/Contrutivismo e Pesquisa em Terapia Familiar**. Xerox Cadernos de Pesquisa - Registros e Anotações-Setor de Pesquisa, Documentação e Publicação da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae.n.05.junho/1996.s/local.
- SEIXAS, Maria Rita D'Angelo. **Sociodrama Familiar Sistêmico**. São Paulo : Editora Aleph,1992.
- SENGE, Peter et al. **A Quinta disciplina – Caderno de campo; estratégias e ferramentas para construir uma organização que aprende**. Tradução Roberto Maia da Silva. Rio de Janeiro: Quality mork editora, 1999.
- SEVERINO, A.J. **O poder da verdade e a verdade do poder**. São Paulo : Cortez, 1995.
- SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética**. Instituto de Humanismo em Ciências de la Salud. México: Diana, 1994.
- SILVA, G.B. **A enfermagem profissional: análise crítica**. 2.ed. São Paulo : Cortez, 1989.
- SILVA, Graciete Borges. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo : Cortez, 1986.
- SOUZA, R.M.C. et al. **Enfermagem: uma abordagem conceitual**. **Revista Escola Enfermagem, USP**, São Paulo, v.20, n.3, p. 229-235, dez 1986.
- STREY, Marlene Neves (org.). **Mulher Estudos de Gênero**. São Leopoldo : Ed. Unisinos, 1997.
- TOMAN, W.T. **Constelação Familiar**. 2.ed. Nova York : Springer, 1994.
- TRIVINOS, A.N.S. **Introdução á pesquisa em ciências Sociais**. São Paulo:Atlas,1990.
- VAZQUES, A.S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1968.
- VERDI, Marta. **Com a palavra, as Enfermeiras: concepção teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da rede básica de saúde**. **Dissertação de Mestrado**. Florianópolis, UFSC, 1993.
- WALDMAN, Beatriz. **Praticando educação em saúde através da aplicação de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. **Dissertação de Mestrado**. Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul – REPENSUL – UFRGS. Porto Alegre, 1996.
- WALDOW, V.R. **Cuidados Humanos. O resgate necessário**. Porto Alegre : Sagra Luzzatto, 1998.
- WATSON, A.B., MAYERS, M. **Assessment and documentation: nursing theory in action tharafare**, N. Jersey, Charles Slock, 1981.
- WEISS, Elfy Margrit Göhring. **Percepção sobre saúde e corporeidade do pré-escolar num enfoque construtivista – Possibilidades de Educação em Saúde**. **Dissertação de Mestrado**. Florianópolis, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1997.
- ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos dos grupoterapias**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

# **ANEXOS**

QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

MESTRADO INTERINSTITUCIONAL- CAPES/UFSC/FAPERGS - UPF

TÍTULO( PROVISÓRIO ) DO PROJETO DE PRÁTICA ASSISTENCIAL: **O PROCESSO DE VIVER SAUDÁVEL DE ENFERMEIROS QUE VIVENCIAM SITUAÇÃO DE DESVALORIZAÇÃO DA PROFISSÃO ENFERMAGEM.**

MESTRANDA: Enfª Ana Maria Bellani Migott      ORIENTADORA: Drª Zuleica Mª Patrício

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Local:..... N°:.....

Data :...../...../1999.

Sexo:( ) F ( ) M      Idade:..... Tempo de trabalho:..... anos

Função/cargo que exerce:.....

1) Você acha que sua profissão é valorizada ?

( ) SIM      ( ) NÃO

**Se “sim” Por quê?**.....

.....

.....

.....

Se responder Sim vá para a questão nº 13.

**Se respondeu “não” responda as questões abaixo**

2) Você sente a desvalorização profissional ,por que? (Aceita-se mais de uma resposta.)

( ) é mal remunerada

( ) não recebe reconhecimento como pessoa

( ) não tem *status* social

( ) pouco reconhecida na equipe multidisciplinar

( ) não é reconhecida pelo cliente

( ) outros : Qual ( is ):.....

.....

3) O sentimento de desvalorização está afetando seu processo de trabalho ?

SIM

NÃO

4) No que a desvalorização profissional esta afetando o seu trabalho? (Aceita-se mais de uma resposta)

na sua motivação

no desempenho das tarefas

no relacionamento com a equipe de enfermagem

no relacionamento com o paciente

no relacionamento com a administração da instituição

no relacionamento com a equipe multidisciplinar

Outros: Qual (is):.....

.....

.....

5) O sentimento de desvalorização profissional está afetando o seu processo de viver saudável?

SIM

NÃO

6) O sentimento de desvalorização profissional está afetando seu processo de viver saudável em relação: (Aceita-se mais de uma resposta)

aos amigos

ao marido, esposa, companheiro (a)

aos filhos

a sua família de origem

a seu pai

a sua mãe

Outros:Qual(is).....

a seus irmãos

.....

a seu vizinho (a)

.....

a sua empregada

.....

aos colegas de trabalho

.....

na comunidade em geral

7) Como você tem expressado este sentimento de desvalorização? (Aceita-se mais de uma resposta.)

com tristeza

com apatia

com ansiedade

com agitação

com agressividade

com constante sensação de cansaço

com isolamento

com busca constante de aperfeiçoamento em outras áreas de conhecimento

Outros: Qual(is):.....  
.....  
.....

8) Sua família também considera que sua profissão é desvalorizada?

SIM

Não

Por quê?.....  
.....  
.....

9) Como sua família reage frente a situação de desvalorização que você vivencia atualmente?

( Aceita-se mais de uma resposta )

dando apoio

estimulando a busca de outra profissão

mostrando indiferença

recriminando pela escolha

Outros: Qual(is):.....  
.....  
.....



10) Qual foi a reação de sua família quando soube de sua decisão de cursar enfermagem?

(Aceita-se mais de uma resposta)

- apoiou
- ficou indiferente
- deixou transparecer que preferia outra escolha .Qual?:.....
- desencorajou sua escolha
- ficou triste
- Outras .Qual (is):.....  
.....  
.....

11) Em que outra(s) situação(ões) de vida você se sente ou já se sentiu desvalorizada? Cite três situações.

- 1.....
- 2.....
- 3.....

12) Desde quando você sente desvalorizada ( o ) ?

- desde criança
- a partir da adolescência
- desde a acadêmica
- depois de profissional
- Outro. Qual ( is ):.....  
.....  
.....

13) Atualmente o que significa ser enfermeira(o) para você?

.....  
.....  
.....

Após preencher este questionário, caso você deseje participar, juntamente com sua família, de uma conversa sobre os assuntos abordados, preencha os dados abaixo para que possamos contactá-lo ( a ).

Nome:.....

Endereço : .....

Fone:.....

**AUTORIZAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL -  
CARTA SOLICITAÇÃO**

Passo Fundo,..... 1999.

Ilmo(a) Sr(a).....

Solicito a V.Sa. a autorização para aplicar um questionário nesta instituição, para fins de desenvolver um Trabalho de Prática Assistencial referente ao tema “**O processo de viver saudável de enfermeiros que experienciam a situação de desvalorização da profissão enfermagem**”, com a finalidade de subsidiar a elaboração da dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina/polo Passo Fundo, sob a orientação da Dr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício.

Pretendo aplicar esse instrumento junto a um grupo de enfermeiros que se dispuserem a participar deste estudo, tendo como princípios básicos a aceitação voluntária destes colegas e a observância de orientações éticas específicas a essa atividade, e especialmente o sigilo da identidade do participante bem como da instituição.

Sem mais, subscrevo-me atenciosamente, colocando-me á disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente

Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício  
Orientadora

Enf<sup>a</sup> Ana Maria Bellani Migott  
Mestranda

Dr<sup>a</sup> Rosita Saupe  
Coordenadora do Curso Mestrado UFSC/UPF

Nome:.....

Função e Instituição:.....

Endereço:.....

**AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO**

Eu,....., aceito em participar dos encontros gravados na prática assistencial e da pesquisa: **Processo de viver saudável de enfermeiros e familiares que experenciam a situação de desvalorização da profissão enfermagem**, sobre responsabilidade da mestranda Enf<sup>a</sup> Ana Maria Bellani Migott e de sua orientadora Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício. Estou ciente que após a transcrição e análise as fitas serão desgravadas.

---

Nome

Data

**CARTA CONVITE**

Passo Fundo, ..... 1999.

Cara (o) Colega

Como já é do seu conhecimento, devido a contato anterior, estou desenvolvendo um estudo com o objetivo de assistir **enfermeiros que vivenciam situações de desvalorização da profissão enfermagem**. Para tanto, gostaria de mais uma vez obter sua concordância em participar da prática assistencial, a fim de que possamos aprofundar um pouco mais alguns pontos já abordados no formulário que você preencheu e trabalharmos juntos a situação de desvalorização.

Conforme já é de seu conhecimento, fique certa(o) que o anônimo nas informações prestadas lhe será garantido, bem como não serão publicadas informações que você não permitir. Finalmente solicito sua permissão para gravar os encontros tendo em vista que a técnica de cuidar-pesquisando a ser utilizada, valoriza também os dados não verbais.

Caso concorde em participar, queira assinar o termo de aceite, e compareça....., nos dias .....

Estou aguardando ansiosamente a sua presença, e desde já agradeço a sua colaboração e participação.

Atenciosamente

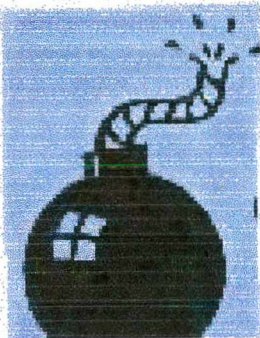
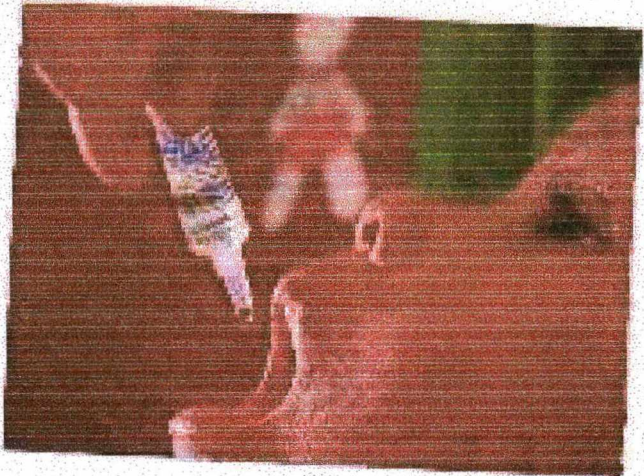
Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício  
Orientadora

Enf<sup>a</sup> Ana Maria Bellani Migott  
Mestranda

ANEXO 5













UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
FAPERGS/UFSC - POLO PASSO FUNDO

1) COMO VOCÊ SE SENTIU DURANTE ESTE TRABALHO?

Valorizada, ouvida, cuidada fo.  
Prazeroso trabalhar o meu  
cuidado e falar da minha  
profissão, família, cole pes em  
fim abordamos vários assuntos

2) CITE UM MOMENTO DO TRABALHO QUE TENHA GOSTADO.COMENTE -

conversar sobre a  
família, a influência da mesma  
na escolha da profissão e o  
posicionamento da sociedade em  
relação ao ser enfermeiro.

C) CITE UM MOMENTO QUE NÃO TENHA GOSTADO OU TENHA ACHADO POUCO PRODUTIVO.COMENTE.

D) O QUE VOCÊ ACHA QUE MUDOU COM A REALIZAÇÃO DESSE TRABALHO?( COM VOCÊ, FAMÍLIA, COLEGA, AMBIENTE)

Amedurece, novos conceitos de enferma  
gem e aprende a abordar os de  
um ~~outra~~ outro ângulo, incentivo a ir t  
além estudar mais, me sent  
incentivada pois a entrevistadora é

E) SUGESTÕES poliem atividades e acaba  
dando uma segurança profissional  
na fonte.

No ambiente de trabalho você  
contribui melhorando a qualidade  
de comentando o que você  
está discutindo de novo.

gira que você continue a fazer  
estes tipos de abordagens e entrevistas  
para auxiliar os profissionais chama-  
do, e acordando para discussões profe-  
tuas p/a profissão e a vida.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
FAPERGS/UFSC - POLO PASSO FUNDO

1) COMO VOCÊ SE SENTIU DURANTE ESTE TRABALHO?

No início um pouco constrangido, pois não tinha participado até o momento de uma pesquisa, que coletava informações de minha vida como enfermeiro (Trabalho e lazer).

2) CITE UM MOMENTO DO TRABALHO QUE TENHA GOSTADO.COMENTE.

No momento em que <sup>contando de</sup> minhas atividades, recebi orientações para melhorar algumas dificuldades.

3) CITE UM MOMENTO QUE NÃO TENHA GOSTADO OU TENHA ACHADO POUCO PRODUTIVO.COMENTE.

Quando começamos fazer parte deste trabalho me senti um pouco constrangido, pois é pessoal, e isto me perturba.

4) O QUE ACHA QUE MUDOU COM A REALIZAÇÃO DESSE TRABALHO?(com você, família, colega, ambiente)

Acredito ter contribuído para um trabalho, que possa trazer melhoramento na vida de outros colegas, que como eu tem sua vida dedicada a tratar do "outro". As vezes esquecendo de si mesmo.

5) SUGESTÕES

Continue buscando informações, e soluções para melhoramento da vida, profissional e afetiva de nossa profissão.

Abraços



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
FAPERGS/UFSC - POLO PASSO FUNDO

1) COMO VOCÊ SE SENTIU DURANTE ESTE TRABALHO?

FELIZ POR TER SIDO ELEITA, CRESCI MUITO DENTRO DA ÁREA PROFISSIONAL, COMO PESSOA (INDIVÍDUO), NA FAMÍLIA, E PRINCIPALMENTE TER TIDO A OPORTUNIDADE DE DAR MAIOR VALOR A MIM QUANDO MUITAS VEZES SE DAVA MAIOR ÊNFASE AS OUTRAS PESSOAS.

2) CITE UM MOMENTO DO TRABALHO QUE TENHA GOSTADO. COMENTE

O SE VOLTAR PARA SI, SE PENSA MDS DEVIDO A COMEÇAR DO DIA-DIA SE "DEIXA PARA LÁ" OU PARA MAIS TARDE. É MUITO DIFÍCIL ESCOLHER O MOMENTO. TODOS FORAM MUITO PRODUTIVOS.

C) CITE UM MOMENTO QUE NÃO TENHA GOSTADO OU TENHA ACHADO POUCO PRODUTIVO. COMENTE.

NÃO TENHO NENHUM.

D) O QUE VOCÊ ACHA QUE MUDOU COM A REALIZAÇÃO DESSE TRABALHO? (COM VOCÊ, FAMÍLIA, COLEGA, AMBIENTE)

COMIGO: FOI DAR UMA AJUDA A SITUAÇÕES EXTREMAMENTE NECESSÁRIAS E QUE ATÉ ENTÃO ESTAVA DISTANTE.

FAMÍLIA: HOJE MAIOR ENTENDIMENTO

COLEGA: A FORMA DE SE AJUDAR POR NÃO SE "TER TEMPO" E SABER QUE TANTAS OUTRAS PESSOAS SENTEM A MESMA NECESSIDADE

AMBIENTE: SE ENVOLVER NO TODO MAS PRINCIPALMENTE COM VOCÊ EM SE AJUDAR.

E) SUGESTÕES

QUE SE MONTASSE UM GRUPO DIRECIONADO DOS PROFISSIONAIS ONDE SE PUDESSE FAZER ESSOS TRABALHOS. GERALMENTE, RESULTA...



- Quem n̄ quer chegar a um <sup>sucesso</sup>
- Recompensa p/ o que se fez bem feito.
  - Satisfação plena.

- Necessário p/ nos sentirmos bem.

- Rejuvenescimento p/ o corpo  
 - é último p/ iniciar o dia

→ Devemos estar amando p/ as coisas  
 funcionarem bem

→ Sl' ele fica tudo cinza

→ É um sentimento nobre

→ Se tivesse que escolher escolhemos novamente

→ feminina,

→ Gume inteligente.

→ É bom que existam,

→ Abusam um pouco se n̄ forem bem educados

→ Educem-se os ~~homens~~ <sup>meninos</sup> p/ n̄ ser necessário castigar os ~~homens~~ <sup>meninos</sup>.

Se quiserem o (Autoconhecimento)

→ **HOMEM** → **MULHER** → **AMOR**  
→ **SEXO** → **DINHEIRO** → **TRABALHO**  
→ **Sucesso** → **FRACASSO** → **DEUS**

→ Seria uma decepção se fosse provado  
que ñ existiu.

→ Acreditar e um alento p/ a alma

→ É bom saber que está por perto

→ É algo difícil de lidar

→ Sempre é doloroso

→ Trabalhar e construir p/ evitá-lo

→ Necessário para a vida

→ Gostaria que houvesse + p/ as  
pessoas

→ Se bem batido ele vem

→ ñ saberia viver bem s/

→ É gostoso quando se tem ...

Homem

MULHER

FILHOS

AMOR

SEXO

DINHEIRO

TRABALHO

Sucesso

FRUSTRADO

DEUS

AMOR = O MAIOR SENTIMENTO NA ESCALA DA VIDA  
HUMANIA

DEUS = A GRANDE VIDA, É DIFÍCIL IMAGINAR COMO ELE  
SE SENTE, A QUEM RECORRO SEMPRE

FAMÍLIA = A PESSOA MAIS IMPORTANTE NOS GRUPOS  
SOCIAIS, DA A VIDA E A OBRIGADA SEMPRE,  
É ESSENCIAL

MOCHILA = COMPANHEIRO, A CUA DE TUDO, DEPENDENDO  
DA "COBEÇA"

SEXO = FAZ PARTE DA VIDA, NECESSÁRIO,

SUCESSO = O QUE SE QUER, RECONHECIMENTO  
DA PROFISSÃO, RESPEITO

DINHEIRO = EXTREMAMENTE NECESSÁRIO, MAS NÃO O  
MAIS IMPORTANTE

TRABALHO = A MELHOR COISA PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO SER HUMANO, DESSE QUE SE FAÇA O  
QUE SE QUER (AMAR)

FRACASSO = NÃO QUERER DESEMPENHAR, FOLGAR QUE  
NÃO QUER TRABALHAR