

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação / Tese de Mestrado / Doutorado,  
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre / Doutor  
em SAÚDE MENTAL.  
CAMPINAS (SP), 14, Setembro, 1995

*Mara Aparecida Alves Cabral*  
Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Mara A.A. Cabral

**JOSÉ FRANCISCO FILHO**

**IDENTIFICAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DOS  
MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E SEUS  
PONTOS DE VISTA REFERENTES AO PACIENTE  
“PROBLEMA”: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O  
APRIMORAMENTO DA RELAÇÃO INTERPESSOAL.**

*Tese apresentada à Pós-Graduação, da Faculdade de  
Ciências Médicas, da Universidade Estadual de  
Campinas, para obtenção do Título de Doutor em  
Saúde Mental.*

Orientadora : *Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Aparecida Alves Cabral*

*Campinas, 1995*



UNIDADE	76C
N.º CHAMADA:	1/UNICAMP
	E847r
V.	F
LARGO B.	125,872
PROC.	438195
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$11,00
DATA	06/10/95
N.º CPD	

CM-00077414-4

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

F847r Francisco Filho, Jose

Identificacao de caracteristicas dos membros da equipe de enfermagem e seus pontos de vista referentes ao paciente "problema": uma contribuicao para o aprimoramento da relacao interpessoal. Jose Francisco Filho. Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador: Mara Aparecida Alves Cabral.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enfermagem. 2. Pacientes internados. 3. Relacoes enfermeiro-paciente. I. Cabral, Mara Aparecida Alves. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciencias Medicas. III. Titulo.

---

# Banca Examinadora da Tese de Doutorado

---

---

**Orientador: Profª Drª MARA APARECIDA ALVES CABRAL**

---

---

## Membros:

---

1. *Mara Aparecida Alves Cabral*

2. *Rosângela Pires*

3. *Maurício Pavao Eisdlaender*

4. *Rachely Dowling*

5. *Nayla B...*

**Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médica da  
Universidade Estadual de Campinas**

---

**Data: 14/09/95**

---

## ***Dedicatória***

*A meus pais Maria e José, pelo espírito de luta, união e fé, pelo exemplo de perseverança, pela capacidade de amar seus dez filhos consangüíneos e pela capacidade de amar mais seis, sem distinção dos primeiros. Este trabalho também é deles.*

*Aos/às Enfermeiros/as, Técnicos/as, Auxiliares de Enfermagem e Atendentes do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, pela gentilíssima contribuição da riqueza de seus trabalhos .*

*Aos Pacientes e Estudantes de Enfermagem, que me fazem penetrar no complexo e espetacular mundo do relacionamento humano, incentivando-me à busca de sua compreensão e às diretrizes de minha vida profissional.*

## ***Agradecimentos sinceros***

*À Prof.<sup>a</sup> Dra. Mara Aparecida Alves Cabral que, pela orientação precisa e segura, pela acolhida e incentivo constantes, não poupou palavras de ânimo, ao longo da elaboração desta tese.*

*Ao Prof. Dr. Egberto Turato, pelo estímulo que sempre me ofereceu.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dra. Rachel Noronha, que soube opinar em minhas limitações.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dra. Neuza Maria Costa Alexandre, que conseguiu relevar meus defeitos.*

*Às minhas companheiras Dalva Maria D. Silva Pereira, Creusa Guimarães Madeira, Maria Cecília Cardoso Benatti, Anna de Lucca Oliveira, Seiko Kakehashi e Rachel Noronha, que comigo caminham desde a implantação do Curso de Enfermagem na UNICAMP.*

*Aos amigos docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, por que com eles comungamos dos mesmos ideais.*

*Ao Carlos Alberto Fidelis de Araújo que, pela atenção, paciência e disponibilidade durante a digitação, facilitou a confecção deste trabalho .*

*Ao enfermeiro Claudinei José Gomes Campos, que, fraternalmente, dividiu comigo bibliografias e troca de idéias.*

*À professora de Língua Portuguesa, Maise Borges Leite Saviani, da Seção de Apoio Didático da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela paciência na leitura desta tese e pelas longas discussões, que comigo fez, na revisão do vernáculo.*

*À Técnica de Informática, Renata Seixas Barbosa Maia e aos Digitadores Jefferson de Souza Espindola e Leonardo Lopes, da Seção de Apoio Didático da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela excepcional ajuda na digitação final e editoração deste trabalho.*

*À Sra. Maria Tereza Villalobos Aguayo, Mestre em Estatística, pela excelente participação que, responsabilizando-se pela análise estatística dos dados, contribuiu grandemente para o cunho científico deste trabalho.*

*Às Diretoras e Supervisoras do Departamento de Enfermagem do Hospital das Clínicas da UNICAMP, pela aquiescência e elevado senso de colaboração demonstrados.*

### ***Reconhecimento especial***

*Ao Senhor, meu Deus e Criador, porque fui feito maravilhosamente como ser humano, a sua imagem e semelhança.*

*O que o vento não levou*

*No fim tu hás de ver que as coisas mais leves são as únicas que o vento não conseguiu levar : um estribilho antigo, um carinho no momento preciso, um folhear de um livro, o cheiro que tinha um dia o próprio vento.*

*Mário Quintana*

# SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 - HIPÓTESES</b> .....	17
<b>3 - OBJETIVOS</b> .....	19
<b>4 - MÉTODOS</b> .....	21
4.1 - POPULAÇÃO.....	22
4.2 - CÁLCULO PARA O TAMANHO DA AMOSTRA.....	25
4.3 - TESTANDO UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
4.3.1 - ESQUEMA DE COLETA DE DADOS I.....	31
4.3.2 - ESQUEMA DE COLETA DE DADOS II.....	37
4.3.3 - ESQUEMA DE COLETA DE DADOS III.....	38
4.3.4 - ESQUEMA DE COLETA DE DADOS IV.....	39
4.3.5 - CONCLUSÃO DO PRÉ-TESTE.....	40
4.4 - ELABORAÇÃO FINAL DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	40
4.5 - COLETA DE DADOS.....	42
4.5.1 - OCORRÊNCIAS DURANTE A COLETA DE DADOS.....	45
4.5.2 - PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	49
4.6 - CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO.....	50
<b>5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	55
5.1 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESQUEMA DE COLETA DE DADOS I.....	56
5.1.1 - DISTRIBUIÇÃO.....	56
5.1.2 - QUANTO AO SEXO.....	61
5.1.3 - IDADE.....	64
5.1.4 - LOCAL DE NASCIMENTO.....	65
5.1.5 - RELIGIÃO E RELIGIOSIDADE.....	67
5.1.6 - ESTADO CIVIL.....	71
5.1.7 - LOCAL DE RESIDÊNCIA.....	73
5.1.8 - MEIO DE TRANSPORTE.....	74
5.1.9 - PROFISSÃO DOS PAIS.....	76
5.1.10 - ESCOLA DE FORMAÇÃO.....	77
5.1.11 - ANO DE FORMATURA (PARA OS NÃO ATENDENTES).....	80
5.1.12 - VIDA ECONÔMICA E FAMILIAR.....	82
5.1.13 - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.....	83
5.2 - RESULTADOS DO ESQUEMA DE COLETA DE DADOS II.....	88
5.2.1 - JUSTIFICATIVAS POR GOSTAR MUITO(A) E GOSTAR(B) DE CUIDAR DO PACIENTE.....	93

5.2.2 - JUSTIFICATIVAS POR NÃO TER OPINIÃO FORMADA.....	103
5.2.3 - JUSTIFICATIVAS POR NÃO GOSTAR E POR NÃO GOSTAR NADA DE CUIDAR DO PACIENTE.....	106
5.3 - RESULTADOS DO ESQUEMA DE COLETA DE DADOS III.....	114
5.4 - RESULTADOS DO ESQUEMA DE COLETA DE DADOS IV.....	124
5.4.1 - QUANTO A MOTIVAÇÃO PARA A ESCOLHA DA PROFISSÃO.....	125
5.4.2 - QUANTO AO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL COM OS PACIENTES.....	128
5.4.3 - QUANTO AO ESTADO EMOCIONAL NO TRABALHO.....	132
<b>6 - CONCLUSÕES.....</b>	<b>140</b>
<b>7 - SUMMARY.....</b>	<b>150</b>
<b>8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>152</b>
<b>9 - ANEXOS.....</b>	<b>167</b>

## ***LISTA DAS TABELAS, FIGURAS E QUADROS TABELAS***

Tabela 1 - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem, segundo as unidades de internação e o grau profissional.....	23
Tabela 2 - Distribuição da frequência dos membros da equipe de enfermagem nas unidade de internação de tratamento normal.....	24
Tabela 3 - Distribuição da frequência dos membros da equipe de enfermagem, nas unidades de internação de tratamento intensivo.....	25
Tabela 4 - Tamanho da amostras (n), segundo margem de erro (d) e o tamanho da população (N) com $\alpha=0,5$ (e $t\alpha = 2$ ).....	27
Tabela 5 - Distribuição do número de elementos amostrados das unidades de internação e categoria profissional, por turno de trabalho.....	28
Tabela 6 - Total de elementos da amostra por categoria profissional.....	28
Tabela 7 - Distribuição da frequência de devolução de questionários, segundo a categoria profissional.....	32
Tabela 8 - Profissão dos pais dos membros da equipe de enfermagem.....	34
Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, quanto a escola onde estudaram.....	35
Tabela 10 - Distribuição da frequência dos enfermeiros, segundo a qualificação profissional.....	36
Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao tipo de especialidade.....	36
Tabela 12 - Distribuição da frequência do número de instrumentos, número de ocorrências e a percentagem em relação a cada categoria profissional.....	45
Tabela 13 - Distribuição da frequência, segundo o número de funcionários por unidade de internação e por número de leitos.....	54
Tabela 14 - Distribuição dos funcionários estudados, segundo a unidade de internação.....	56
Tabela 15 - Distribuição dos funcionários, segundo sua localização em enfermarias e o índice de devolução dos questionários.....	57
Tabela 16 - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem por categoria profissional.....	57
Tabela 17 - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem, segundo o turno de trabalho.....	58
Tabela 18 - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem,, quanto ao sexo.....	61
Tabela 19 - Distribuição da religiões professadas pelos membros da equipe de enfermagem.....	67
Tabela 20 - Distribuição da frequência dos membros da equipe de enfermagem, quanto à religião e prática religiosa.....	70
Tabela 21 - Distribuição da frequência do estado marital dos membros da equipe de enfermagem, segundo a categoria profissional.....	72
Tabela 22 - Distribuição da frequência da profissão do pai dos membros da equipe de enfermagem.....	76
Tabela 23 - Distribuição da frequência da profissão da mãe dos membros da equipe de enfermagem.....	77
Tabela 24 - Distribuição das frequências do local das escolas dos enfermeiros, técnicos e auxiliares.....	78
Tabela 25 - Distribuição da frequência, quanto ao tempo de atividades em enfermagem, no hospital e na enfermaria, segundo os membros da equipe de enfermagem.....	81
Tabela 26 - Distribuição das respostas quanto à contribuição familiar no sustento da casa dos membros da equipe de enfermagem.....	82

Tabela 27 - Distribuição da frequência do número de enfermeiros, segundo o turno de trabalho, a enfermagem e a especialização.....	85
Tabela 28 - Distribuição da frequência do número de enfermeiros, segundo sua especialização e o local de trabalho.....	86
Tabela 29 - Distribuição da frequência dos elementos que classificaram os pacientes em A, B, C, D e E.....	90
Tabela 30 - Distribuição da frequência da classificação A, B, C, D e E, segundo as categorias profissionais.....	92
Tabela 31 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à simpatia, referida por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	93
Tabela 32 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação ao sentimento de ter carinho pelo paciente.....	94
Tabela 33 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à necessidade do paciente de receber carinho, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	94
Tabela 34 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à colaboração, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	95
Tabela 35 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva em relação à educação do paciente, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	96
Tabela 36 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva em relação à aceitação de tratamento, pelo paciente, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	96
Tabela 37 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva em relação ao comportamento do paciente quanto à comunicação, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	97
Tabela 38 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à lucidez, inteligência e paciente não acamado, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	97
Tabela 39 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação ao paciente não dar trabalho, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	98
Tabela 40 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação aos pacientes que dão trabalho, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	98
Tabela 41 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação às fases da vida, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	99
Tabela 42 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à necessidade de serem reconhecidos como profissionais, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	99
Tabela 43 - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação ao estado de ânimo do paciente para curar-se, bem como para o tratamento dar certo, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	100
Tabela 44 - Distribuição da frequência de respostas de conotação negativa, em relação ao comportamento do paciente manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	101
Tabela 45 - Distribuição da frequência de respostas de conotação negativa em relação às condições físicas do paciente, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	101
Tabela 46 - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a lembranças de pessoas de suas famílias, ao cuidar do paciente.....	102
Tabela 47 - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a pacientes cardiopatas.....	102

Tabela 48 - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes ao longo de internação do paciente, como motivo de gostar de cuidar dele.....	102
Tabela 49 - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a diversas justificativas do gostar de cuidar do paciente .....	103
Tabela 50 - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes ao não possuir opinião sobre os paciente.....	103
Tabela 51 - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes ao não possuir opinião sobre os paciente, mas com justificativas positivas .....	104
Tabela 52 - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a não possuir opinião sobre os pacientes, devido ao pouco contato com eles .....	104
Tabela 53 - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a não possuir opinião sobre os pacientes, mas com justificativas.....	105
Tabela 54 - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, em relação à classificação dos pacientes em “D” e “E” .....	107
Tabela 55 - Distribuição da frequência de respostas, relacionadas aos aspectos negativos do gosto pelo cuidar, manifesto pelos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	110
Tabela 56 - Distribuição da frequência de respostas dos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, relativas a estados específicos de pacientes, que levam o profissional a não gostar de cuidar deles..	111
Tabela 57 - Distribuição da frequência de respostas dos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, relacionadas a problemas familiares dos pacientes.....	112
Tabela 58 - Distribuição da frequência dos motivos de escolha da profissão, segundo os enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	125
Tabela 59 - Distribuição da frequência da ocorrência de fatos, na época da escolha da profissão, segundo dos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.....	127
Tabela 60 - Distribuição da frequência de fatos ocorridos ao escolher a profissão, segundo os membros da equipe de enfermagem.....	127
Tabela 61 - Distribuição da frequência da existência de pacientes que mexem ou representam algo na vida dos membros da equipe de enfermagem.....	128
Tabela 62 - Distribuição da frequência do tipo de paciente que mexe ou representa alguma situação na vida dos membros da equipe de enfermagem.....	129
Tabela 63 - Distribuição da frequência de pacientes com anormalidades físicas que mexem com os sentimentos e interferem nos cuidados de enfermagem segundo os membros da equipe.....	131
Tabela 64 - Distribuição da frequência dos membros da equipe de enfermagem, no que se refere a como estão no trabalho.....	132
Tabela 65 - Explicações dadas pelos membros da equipe de enfermagem, de acordo com o bem estar nas unidades de internação	133
Tabela 66 - Distribuição da frequência, quanto ao serviço em que mais se realizou, serviço em que mais gostaria de trabalhar e serviço em que menos gostaria de trabalhar, segundo os membros da equipe de enfermagem.....	135

Tabela 67 - Distribuição da frequência quanto à ocorrência ou não de sentimentos de impotência, diante de situações difíceis.....	137
Tabela 68 - Distribuição da frequência das situações que levam os membros da equipe de enfermagem experimentar impotência.....	138
Tabela 69 - Distribuição da frequência da interferência do diagnóstico médico nos cuidados de enfermagem, segundo os membros da equipe de enfermagem.....	139

## **QUADROS**

Quadro 1 - Cidade e estado da federação onde os membros da equipe de enfermagem nasceram.....	33
Quadro 2 - Caracterização das unidades de internação, segundo a especialidade e número de leitos.....	51
Quadro 3 - Frequência do número de funcionários em relação ao número de pacientes referidos.....	91

## **FIGURAS**

Figura 1 - Distribuição da frequência das idades dos membros da equipe de enfermagem.....	64
Figura 2 - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem, segundo o local de nascimento em números absolutos e percentuais.....	65
Figura 3 - Distribuição do local de nascimento dos membros da equipe de enfermagem, oriundos da Região Sudeste.....	66
Figura 4 - Distribuição da frequência, quanto ao local de residência.....	73
Figura 5 - Distribuição da frequência, quanto ao meio de transporte.....	74
Figura 6 - Distribuição da frequência, quanto ao tempo gasto para chegar ao trabalho.....	75
Figura 7 - Distribuição da frequência, quanto ao ano de formatura dos profissionais não atendentes.....	80
Figura 8 - Distribuição da frequência das experiências profissionais dos membros da equipe de enfermagem....	83
Figura 9 - Frase 1: Quanto maior for a experiência do paciente no hospital, é mais fácil cuidar dele.....	116
Figura 10 - Frase 9 : Pacientes sem comunicação e dependentes do pessoal de enfermagem sempre são atendidos em primeiro lugar.....	116
Figura 11 - Frase 16: Tenho muita dificuldade em trabalhar com pacientes em fase terminal.....	117
Figura 12 - Frase 17 : Quando vejo um paciente que me lembra alguma situação ruim, fico pensando nele o tempo todo.....	118
Figura 13 - Frase 7 : Pacientes que expressam gratidão, recebem mais atenção do pessoal de enfermagem.....	119
Figura 14 - Frase 6 : Quando o paciente fala mais de seus sentimentos pessoais, o pessoal de enfermagem o trata com mais carinho.....	120
Figura 14a - Frase 13: É muito bom, de acordo com o pessoal de enfermagem, quando os pacientes querem falar de seus problemas.....	120
Figura 15 - Frase 15: Pacientes muito complicados me tomam muito tempo.....	122
Figura 16 - Frase 24: Tenho medo de ser contaminado pelos pacientes, converso com eles, mas de longe.....	123



## **RESUMO**

*'Gostaria de que fosse feito algum trabalho sobre o pessoal de enfermagem, pois, às vezes, fazemo-nos de fortes, mas isto é muito difícil, e precisamos trabalhar melhor a dor, o sofrimento. Entretanto, somos frágeis. Penso que devemos ter uma vida sadia para suportá-los e trabalhar de forma digna'.*

*Enfermeira. Campinas, 1994.*

O presente estudo foi realizado com os membros da equipe de enfermagem, que estavam efetivamente trabalhando com pacientes internados nas unidades de um hospital universitário estatal, do Estado de São Paulo, em 1993.

Teve por objetivos verificar como são percebidos os pacientes denominados por eles como “problema”, identificar os indicadores e as possíveis diferenças de opinião entre eles, suas reações e sentimentos frente a situações que os mobilizam e oferecer subsídios aos programas de educação continuada .

A amostra inicial constou de duzentos e quarenta e cinco (245) funcionários e após a devolução do instrumento de coleta de dados, a amostra final foi de cento e setenta e seis (176) elementos, assim constituídos: sessenta e dois (62) enfermeiros, setenta (70) auxiliares, dezenove (19) técnicos e vinte e cinco (25) atendentes. Foram caracterizados quanto ao sexo, idade, religião e religiosidade, nível de instrução, estado civil e tempo de serviço.

O trabalho constou de quatro (4) partes: na primeira, discutiram-se algumas características sociodemográficas da população. Na segunda, tratou-se da classificação dos pacientes por ela assistidos, segundo uma escala de sentimentos propostos que vai desde “gostar muito de cuidar do paciente” até “não gostar nada de cuidar do paciente”. Na terceira parte, foi oferecida uma série de vinte e quatro (24) frases sobre a assistência de enfermagem, em que pudessem concordar ou não com elas. Na quarta e última foram feitas doze (12) perguntas abertas sobre a motivação para a escolha da profissão, e os sentimentos apresentados em serviço.

Foram constatadas diferenças de opinião e de sentimentos sobre pacientes “problema”.

Identificou-se que o paciente em fase terminal foi a situação que mais mobiliza os componentes da equipe, por se sentirem impotentes diante desta condição de terminalidade humana.

Os dados finais indicam necessidade de aprimoramento profissional, em todas as categorias.



# ***1 - INTRODUÇÃO***

***'Acho uma hipocrisia quando se fala que devemos deixar fora do hospital nossas emoções. Afinal, somos indivisíveis. Temos, sim, que ser capazes de lidar com elas, para o bem de nossos pacientes, daqueles que nos rodeiam e de nós mesmos'***

*Técnica de Enfermagem. Campinas, 1994*

Na história de nossa vida profissional, vivenciamos dois papéis: ser enfermeiro e ser docente. A justaposição entre estes dois papéis profissionais e o contínuo contato com pessoas ligadas ao ensino e pesquisa é que nos levaram a evidenciar ou perceber as circunstâncias desagradáveis e agradáveis, umas provocando sentimentos que excitam, amedrontam, confundem, põem em perigo, bloqueiam e irritam e outras que alegram, promovem expectativas, euforizam. Enfim, situações que contribuem para o aparecimento de emoções fortes nos estudantes de enfermagem.

A partir desta dupla função, enfermeiro e educador, passamos a pensar que qualquer ação nossa em favor da compreensão destas circunstâncias, vivenciadas pela comunidade estudantil de enfermagem, poderia ser uma tentativa de colaborar com os educadores na percepção destas emoções, objetivando a formação profissional dos próprios estudantes.

Com estas idéias escolhemos o tema e desenvolvemos nossa Dissertação de Mestrado, a qual intitulamos: “Estudo Sobre Emoções de Estudantes de Enfermagem em Disciplinas Profissionais: Uma Contribuição aos Educadores”, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo **(FRANCISCO FILHO, 1990)**.

Pensamos que poderíamos, agora, ampliar estes estudos, mantendo-nos na mesma temática e estudar as reações e sentimentos dos membros da equipe de enfermagem, frente a pacientes denominados como “problema”, de acordo com a vivência do profissional ao prestar assistência a esses doentes.

Este estudo foi planejado de maneira que pudéssemos verificar a existência de pacientes “problema”, caracterizar suas reações comportamentais, segundo os Enfermeiros<sup>1 2 3</sup>, Técnicos<sup>4</sup>, Auxiliares<sup>5</sup> e Atendentes<sup>6</sup>, atuantes na área de Enfermagem,

---

<sup>1</sup> - A expressão enfermeiro identifica, algumas vezes, ao longo deste trabalho, os demais membros da equipe de enfermagem.

<sup>2</sup> - Enfermeiro - É o profissional de nível universitário, devidamente registrado nos órgãos competentes e habilitado ao exercício profissional, nos termos da legislação pertinente. (OLIVEIRA, 1982).

<sup>3</sup> - Enfermeiro: profissional que ajuda a manter o equilíbrio do ser humano por meio da promoção, proteção, recuperação da saúde e da reabilitação, por meio da assistência de enfermagem a pessoas, famílias e a outros grupos da comunidade. Dirige o trabalho de assistência de enfermagem, exerce coordenação administrativa de determinadas ações realizadas por outros profissionais nos serviços de saúde. (DOURADO, in: SIMÕES, 1980). Pessoas inscritas nos Conselhos Regionais de Enfermagem

<sup>4</sup> - Auxiliar de Enfermagem: Pessoa portadora de certificado de Auxiliar de Enfermagem, conferido por curso reconhecido nos termos da lei vigente, sendo elemento integrante da equipe de enfermagem, executando atividades distribuídas pelo enfermeiro e sob sua supervisão e inscrita nos Conselhos Regionais de Enfermagem

<sup>5</sup> - Técnico de Enfermagem: Pessoa portadora de diploma de Técnico de Enfermagem, integrante do grupo de categorias do pessoal de enfermagem, credenciado ao exercício, ao ser inscrita nos Conselhos Regionais de Enfermagem. (SIMÕES, o.p.)

<sup>6</sup> - Atendente - Pessoa que, não possuindo qualificação profissional ou ocupacional, é orientada pelo enfermeiro e executa uma determinada tarefa de enfermagem, após o suficiente treinamento. (SIMÕES, o.p.)

em clínicas médico-cirúrgicas, bem como as suas reações e sentimentos em relação aos sentimentos e reações apresentadas pelos pacientes.

Passamos a perguntar: é possível determinar se há pacientes mais "problemáticos", um em relação aos outros? Se há, por quê? Há algum motivo para que assim se apresentem? Quais os comportamentos dos membros da equipe de enfermagem diante de tais doentes? Que fatos os levam a se comportarem desta ou daquela maneira? É possível confirmar os dados da literatura especializada a respeito do paciente "problema" para a enfermagem, no universo de nossa pesquisa?

Com base nessas indagações e em nosso interesse pessoal em estudar o paciente "problema", pretendemos, também, coletar informações para traçar um programa de educação continuada, de tal forma que possamos contribuir para o aprimoramento da assistência na área e subsidiar o ensino, melhorando-lhe a qualidade, em seus diversos níveis. Consideramos que exercer a enfermagem é estar num contínuo processo educativo.

Para melhor nos orientar nestas metas, procuramos consultar os próprios membros da equipe de enfermagem, objeto de estudo de nossa pesquisa - Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares e Atendentes - e discutir o que pensam.

Partimos, então, do pressuposto de que os membros da equipe de enfermagem podem encontrar, em sua vida diária de trabalho, um desafio: o paciente "problema".

Também pressupomos que, se os enfermeiros e os membros por ele supervisionados possuem a consciência da importância de uma cuidadosa habilidade na comunicação, têm uma vantagem, pois esta é a base da relação interpessoal.

O contato do enfermeiro com o doente marca o seu encontro real com a Enfermagem. Para os seus profissionais, é mais importante o doente que as doenças, afirma **SOUZA (1978)**. Esta autora frisa ainda que é necessário o enfermeiro reconhecer e compreender o caráter único de cada paciente, para lançar mão de princípios de ajuda individualizada, pois o doente, além da problemática humana, enfrenta a da enfermidade, tanto do ponto de vista biofísico, como psicológico.

As interações entre eles e os pacientes, como qualquer tipo de relação humana, muitas vezes, podem apresentar dificuldades, advindas dos próprios membros da equipe,

dos pacientes, dos dois, ou de outros fatores (**ELMS; DIERS, 1963; PODRANSKY; SEXTON, 1988**). Algumas vezes, há uma ameaça na qualidade e na quantidade das interações e, conseqüentemente, nos cuidados que os pacientes recebem. A qualidade do relacionamento enfermeiro-paciente pode afetar diretamente os resultados pretendidos.

É importante compreender que as pessoas, no seu dia-a-dia, têm necessidades e sentimentos que afetam a comunicação. A personalidade do paciente, os sentimentos e as atitudes acerca da doença, assim como as experiências prévias do relacionamento interpessoal deste, influenciam a interação com os membros da equipe (**TADESCO-CARRERAS, 1986**).

Alguns pesquisadores, que possuem a mais alta respeitabilidade na sua profissão (**NIGHTINGALE, 1959; PEPLAU, 1952; ROGERS, 1970; YURA, 1973; ORLANDO, 1978; KING, 1981; DANIEL, 1983**), traçam algumas características do conceito de Enfermagem. Para eles, é perceber, pensar, relacionar, julgar e agir, face ao comportamento do indivíduo, que se manifesta numa determinada situação. **DRUGGE (1992)** considera a essência dos cuidados de enfermagem em três dimensões: como as pessoas são vistas, a assistência aos doentes e o toque neles. Alerta-nos sobre a importância destes três aspectos. Revela, ainda, que é preciso ver o paciente com seus valores estabelecidos, a sua visão de mundo e o sentido de sua história.

Por outro lado, as experiências, os valores já estabelecidos, as atitudes e os sentimentos dos enfermeiros em relação a uma determinada situação, também podem influenciar as respostas dos pacientes, bem como as atitudes dos profissionais em relação a estes.

De acordo com **COSTA (1978)**, muitas vezes um doente, em particular, torna-se foco de atenção, devido a problemas que apresenta para a equipe. Além disso, observamos registros de enfermagem sobre pessoas que mostram distúrbios comportamentais, dificultando o atendimento de suas necessidades humanas básicas.

Segundo **IRVING (1979)**, entre os obstáculos enfrentados, está o comportamento manifesto pelo enfermo.

Ainda, de acordo com **COSTA (1978)**, é clássico para a equipe de enfermagem o paciente “problema”, isto é, a pessoa que, por várias razões, não é percebida como um doente normal e não é tratado como tal.

O paciente pode ver sua doença sob diferentes aspectos: o hospital é um refúgio para ele, e a enfermidade, uma libertação das tensões da vida diária; aceita bem a sua condição de doente; apresenta incertezas acerca do futuro; torna-se passivamente resignado; perde a confiança em si mesmo, ou sente-se derrotado, perplexo, irritado e rebelde. Desde que esteja hospitalizado, deixa de conviver com seus familiares, perde o privilégio de tomar certas decisões, tais como: trabalhar, divertir-se, alimentar-se e dormir, tornando-se um dependente do regulamento do hospital. Segundo **CARVALHO et al. (1985)**, cada enfermo vai reagir a uma situação de doença, de acordo com suas experiências anteriores e pode apresentar uma reação vivencial peculiar às características de estar doente.

Para exemplificar, podemos nos referir ao trabalho de **KAMIYAMA (1972)**, ao estudar “o doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas” afirmando que clientes relatam ter medo do pessoal de enfermagem, que, ocasionalmente, chega a retribuir com represálias às suas solicitações de atendimento. Também **NORONHA (1984)**, ao analisar a liberdade do cliente hospitalizado, destaca que muitos se mostram temerosos em vista da submissão a que são forçados e não apresentam queixas do que lhes sucede, temendo ser maltratados.

Há mais de vinte anos atrás, **KAMIYAMA; HORTA (1973)** afirmavam que a qualidade da assistência de enfermagem pode ser avaliada, quando os pacientes identificam as situações nas quais suas necessidades humanas básicas não são atendidas. O seu conforto e bem estar dependem do grau de satisfação no atendimento delas. Neste trabalho intitulado: “estudo preliminar sobre o grau de satisfação do paciente hospitalizado em relação a assistência de enfermagem”, detectaram que foi grande a relação de repostas descrevendo ocorrências desagradáveis, cuidados omissos ou inadequados.

Experiências anteriores de doença, interações, etc. interferem nas reações e sentimentos dos pacientes nas hospitalizações e contatos com os componentes da equipe de enfermagem.

Muitos temem também o contato com outros doentes, em pior situação que a sua, isto é, são fóbicos à doença e aos contatos sociais e hospitalares. Neste sentido, o trabalho desenvolvido por **SILVA (1988)**, ao abordar “pressupostos conceituais em padrões de interação humana”, relata-nos que, no campo da Medicina, sempre ocorre o estabelecimento de um vínculo entre o paciente e o médico, e a participação emocional de ambos, que se inicia com a expectativa prévia mútua e continua ao longo do relacionamento.

Entretanto, as pessoas reagem umas com as outras da forma que, no momento, lhes pareça mais adequada para estabilizar suas tensões, embora, algumas vezes, isto implique em descarregá-las de modo diferente do natural, afirma **SILVA (1988)**.

Por outro lado, não existem dois pacientes idênticos, e nem dois encontros com eles, iguais. Cada pessoa tem sua própria forma de estabelecer contatos com outras, apresenta uma forma singular de funcionamento mental, que se baseia na estrutura de sua personalidade, nas primeiras relações interpessoais, e em sua vivência ulterior, o que lhe confere um estilo próprio de comunicação.

Há variadas formas de ser e estar-no-mundo, segundo **SILVA (1988)**. As pessoas recorrem, preferencialmente, a algumas, embora capazes de muitas outras. Em condições normais, os indivíduos tendem a privilegiar alguns tipos de conduta, mesmo em face de mudanças ambientais, e, gradativamente, tais procedimentos tornam-se predominantes.

A “escolha” feita possui componentes conscientes e inconscientes, e parece, também, estar baseada na estrutura egóica, de forma direta, sofrendo a influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. De modo que, no momento em que se exterioriza, a conduta ou maneira de ser ou estar-no-mundo manifesto é uma resultante destes fatores (**SILVA, 1988**).

Isto posto, tanto a personalidade dos pacientes quanto a dos componentes da equipe se cruzam no contato diário. E, nesta relação, caracterizam-se os padrões de interação apresentados pelas pessoas. **KNOBEL (1982 e 1984)** foi quem introduziu na literatura psicanalítica a expressão *modalidade relacional*, caracterizando esses padrões.

**BLEGER (1984)** designava-os como de *estrutura de conduta* e **FAIRBAIRN (1962)** identificava-os como *técnicas* (modos de encarar conflitos).

Assim sendo, **KNOBEL (1982, 1984)** classifica as modalidades relacionais em: paranóide, obsessiva, fóbica, histérica, confusional (ambígua), esquizóide, melancólica, psicopática, hipocondríaca e autista. As estruturas de conduta mencionadas por **BLEGER (1984)** intitulam-se: paranóide, ansiosa, depressiva, evitativa(fóbica), ritualista, esquizóide, histérica, hipomaníaca. As técnicas (modos de encarar conflitos) foram chamadas por **FAIRBAIRN (1962)** de paranóide, obsessiva, fóbica e histérica e **SILVA (1988)** inclui outras modalidades relacionais: a autista/simbiótica e ansiosa.

Para compreendermos melhor estas modalidades relacionais, podemos, resumidamente, descrevê-las, segundo os critérios apresentados por **SILVA (1988)**, que os estabeleceu a partir das ponderações mencionadas por **FENICHEL (1981)**. São elas:

- **Histérica:** chamar a atenção, exhibir-se, exagerar as reações e efeitos daquilo que lhe foi relatado, teatralidade, a relação com o mundo externo parece muito mais fácil, dramatizada, simula, adota um papel, auto-indulgente, sugestionável, sedutor, exibicionista.

- **Fóbica:** recusa fazer uso da medicação por medo, mantém distância dos interlocutores, condutas evitativas, inquietação e o medo são provocados por circunstâncias específicas.

- **Melancólica:** por interesses e idéias auto-destrutivas, auto-censura, humor deprimido, idéias negativas de si mesmo, escolha objetal do tipo narcísico.

- **Paranóide:** por desconfiança, projeção intensa, observação intensificada, hipersensibilidade, atribui significados profundos ou ocultos a conversas e fatos triviais, desejos homossexuais inconscientes, humor irritável.

- **Esquizóide:** por falta de motivação, distanciamento, isolamento, impenetrabilidade, frieza afetiva, negligência, trivialidade, futilidade.

- **Hipocondríaca:** apesar do interesse na cura, usa de sabotagem ao tratamento, acha que está muito doente, preocupação exagerada com seu estado de saúde, os motivos das queixas são vagos.

- **Psicopática:** por atuação freqüente chantagem e manipulação, busca de prazeres imediatos, racionalizações, exigente, antecedentes deliçüenciais como mentiras, furtos, fugas, sexualidade patológica,

- **Confusional:** “esquecimentos” circunstanciais e atitude incoerente, indiscriminação entre o que é próprio e o que não pertence a si mesmo, ambigüidade, confusão desorientação têmpero-espacial, embotamento da consciência, distúrbio da memória e da senso-percepção, distúrbios motores.

- **Obsessiva:** detalhista, obstinado e ritualista, idéias e pensamentos que se repetem à sua revelia, repetir certos atos, dúvidas intermináveis, exigente, formal, metódico, rígido.

- **Autista/Simbiótica:** em que predomina a relação com objetos internos, apatia, distanciamento, perda do contato com a realidade, atividades motoras estereotipadas (predomínio da modalidade autista) e identificação projetiva, onipotência, possessividade, dependência, medo (predomínio da modalidade simbiótica).

- **Hipomaníaca:** o paciente se sente tão bem que acha desnecessário a ajuda do médico ou de medicamentos, grande aumento da auto-estima, sentimentos de triunfo e onipotência, hipergenitalidade, avidez por objetos novos, não fixa a atenção, aceleração psicomotora.

- **Ansiosa:** pode haver descargas neurovegetativas de emergência, como hiperventilação, ansioso, queixas de distúrbios visuais, alteração do diâmetro das pupilas, vertigens, atordoamento, arrepios, tremores, sensação de sufocamento, aperto torácico, interrupção da digestão de alimentos, náuseas, diarréia, cefaléia, rubor facial e fenômenos relacionados, chorar “sem motivos”, irritar-se “por nada”.

A compreensão das modalidades relacionais pode influir nas interações enfermeiro-paciente, tornando o encontro de ambos funcional. Isto significa haver atitudes flexíveis dos enfermeiros ante a mobilização de projeções e identificações.

**DABOIT; VAZ (1978)**, afirmam que, à medida que examinamos nosso cotidiano e a bibliografia referente, certificamo-nos da necessidade de conscientização do

profissional quanto às variações comportamentais do doente. Este deverá ser constantemente visto como um todo, pois seu físico e psíquico formam uma unidade sem cisão. Essas autoras declaram que o enfermeiro deverá enriquecer sempre mais sua bagagem científica, para que possa identificar e atuar, terapeuticamente, frente a múltiplas condutas de seus pacientes.

Os membros da equipe de enfermagem estão em contato mais próximo e mais prolongado com os enfermos que os demais membros da equipe de saúde. Além do mais, constituem 60% do número total de servidores no hospital (FELDMAN, s.d.; DUTRA, 1983; CAMPEDELLI et al. 1987; SANTOS, 1992) Portanto, espera-se que, muitas vezes, eles se sintam mobilizados com aqueles que, conforme a sua percepção, são identificados como "problema", "difícil", "problemático", "intransigente", "queixoso", "não cooperativo" ou outros adjetivos semelhantes.

O paciente "problema", foi descrito por PETERSON (1967) como o exigente, não cooperativo, depreciativo ou frequentemente desagradável, ou ainda, aquele que se encontra emocional e fisicamente abalado. Na verdade, o paciente "bom" e o paciente "mau", não são desconhecidos pelos enfermeiros na prática, como demonstra SEROSI (1968). Para este autor o "bom" tem atributos, como estabilidade emocional. É alegre, não excessivamente ansioso e controla os seus sentimentos. Comunica-se facilmente com os membros da equipe de enfermagem, é cooperativo. E os pacientes "maus" são emocionalmente instáveis, altamente ansiosos, depressivos e hostis. Podem não se comunicar bem, desafiar as ações de enfermagem e questionar tudo.

RITVO (1963) relaciona alguns termos, usados por estudantes de Enfermagem americanos e enfermeiros, para descreverem o paciente "bom": são cooperativos (83%), apreciativos (24%), cooperativos e apreciativos (16%); aceitam o tratamento prescrito (11%); aceitam sua doença (13%); possuem personalidade agradável (8%), corajosos (8%), educados (8%), pacienciosos (8%), e têm senso de humor (7%). As respostas da definição de paciente "difícil" apontam, claramente, para a visão daqueles que possuem características diametralmente opostas às do paciente "bom".

Esta autora, **(RITVO, 1963)**, assegura ainda, que os enfermeiros identificam os pacientes como sendo "bom" ou "mau", nas primeiras vinte e quatro horas de hospitalização. O bom paciente tem atributos como: estabilidade emocional, alegria de viver, graus de ansiedade e sentimentos controlados, comunicabilidade, resignação e consideração. Em contraste, o "mau" paciente é aquele emocionalmente instável, possui um alto grau de ansiedade, é deprimido, hostil, desafiador, muito dependente ou muito independente, agressivo, impaciente e, assim sendo, considerado como difícil.

**FRANCISCO FILHO (1990)**, entre as considerações conclusivas de sua dissertação de mestrado, relata que sentimentos de impotência profissional são geradores de emoções fortes nos estudantes, bem como as experiências agradáveis e desagradáveis com os pacientes. Por outro lado, segundo este autor, os membros da equipe de enfermagem reagem, diante dos comportamentos dos pacientes, de formas e meios variados, segundo o que trazem em suas bagagens sócio-culturais, suas crenças, seus valores morais e éticos e suas personalidades.

Em "As emoções dos estudantes de Enfermagem face ao seu ajustamento profissional", **LEITE (1971)** expõe que o aluno experimenta grandes emoções, através dos vários anos do curso. Também parece verdadeiro que, não somente estudantes, mas também todos os elementos da equipe de enfermagem, experimentam, com grande frequência, certa "tensão mental", devido à constituição física e cultural que cada um traz consigo, diferindo em inteligência, nível educacional e traços pessoais.

Os pacientes tipicamente difíceis consomem muito mais tempo do pessoal de enfermagem que os demais, pois, muitas vezes, impedem o fluxo do trabalho, com demandas, queixas e falta de cooperação ou, então, impedem o enfermeiro de executar as tarefas recomendadas, para o seu próprio bem.

A literatura sobre o relacionamento enfermeiro-paciente confirma que os enfermeiros são, em grande parte, responsáveis pelo desenvolvimento de inter-relação positiva com o paciente (**PETERSON, 1967; ARANTES, 1973a e 1973b; McNELLIS, 1979; STEFANELLI, 1981**). Em alguns casos, um relacionamento, considerado pobre,

entre profissionais de enfermagem e paciente, pode ser decorrente de deficiências dos próprios membros da equipe.

A forma de reação à doença é definida, socialmente, pela cultura de um povo, ou mesmo individualmente. Quando uma pessoa doente adentra a um hospital, deixa para trás obrigações sociais e assume novo papel. A independência, a responsabilidade social e a expressão da identidade são roubadas. Coloca-se nela um uniforme, dão-lhe um número de leito e um diagnóstico: é um doente. Todas estas atividades servem como força cumulativa para expandir as dificuldades na comunicação (ELMS; DIERS, 1963; ARANTES, 1981).

Além disso, embora precisem expressar o que os membros da equipe de enfermagem esperam deles, os pacientes não têm a chance de se manifestar. A discrepância entre os prestadores de cuidados e a percepção de estar no papel de doente, aumentam o problema de relacionamento.

**HIGLEY; NORRIS (1957), SCHUARTZ (1958)** constataram que os estudantes possuem algumas aversões pelo paciente "difícil", como aquele que não faz o que o enfermeiro determina, queixoso demais, paciente, com péssima higiene e aquele que pode fazer por si mesmo alguma coisa, mas solicita que o enfermeiro faça por ele, e aquele com alto grau de habilidade para irritar as pessoas profissionalmente preparadas.

Alguns estudos feitos investigaram a questão da rotulação e do estereótipo de pacientes e seus efeitos na assistência a eles. Informam que os enfermeiros e estudantes de Enfermagem rotulam como difícil o paciente alcoólatra (**HARLOW; GOBY, 1980**), psiquiátrico (**BEHYMER, 1953**), paciente que chora (**NORRIS, 1957**), o obeso, drogadito ou fumante (**FERNICOLA, 1988**), com pequeno "status" sócio-cultural (**LARSON, 1977**), ou o que tem uma experiência cultural diferente de seus prestadores de cuidados. Alguns pacientes que foram estereotipados, dificilmente deixariam de sofrer conseqüências negativas por parte do pessoal de enfermagem (**RUIZ, 1981**). Estereótipos negativos os deixam com estigma, que pode estar associado com um cuidado de enfermagem pobre em qualidade.

**McGREGOR (1967)** acreditava que alguns dos componentes de "teimosia", "difícil", "não cooperativos", termos, com os quais, certos pacientes estavam rotulados,

podiam refletir um choque entre as crenças culturais dos doentes e a dos profissionais. Os comportamentos são condicionados à sua cultura. Os enfermeiros, não familiarizados com as normas culturais e do paciente, percebem-no como um desviante.

Por uma resistência natural, relata **CASSORLA (1990)** que "poucos trabalhadores avaliam os sentimentos e reações da equipe de saúde frente a situações que as mobilizam". Isso ocorre constantemente com determinados tipos de pacientes. Diz ainda, que "em nosso meio, tem aumentado a experiência nesta área, à medida que o psiquiatra consegue um acesso ao Hospital Geral e é consultado em situações delicadas."

Para **CASSORLA (1990)**, é muito recente o aprofundamento do estudo das emoções dos médicos e também dos clientes, visando aspectos descritivos que possam servir para a modificação do esquema ensino-aprendizagem, nas Escolas Médicas. Muitos desses trabalhos têm sido realizados por docentes do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (**CABRAL, 1985; TELIS, 1987; TURATO, 1987; BOTEGA, 1989 e CASSORLA, 1990**).

Nas conclusões de seu trabalho, **CASSORLA (1990)** questiona, em primeiro lugar, que o profissional de saúde deve tentar, por introspecção, examinar seus sentimentos e reações e perguntar: Por que sinto isso? Por que tenho carinho por este paciente e me sinto mal com aquele? Um bom indício de que pode estar invadido por identificações projetivas (ou por conflitos seus), é perceber-se trabalhando tenso, mal, não podendo desligar-se de seus pacientes, seus sentimentos e pensamentos, interferindo em sua vida pessoal e familiar, ou, ao contrário, visto como uma carga. Finalizando, relata que a análise pessoal do profissional de saúde poderá ajudá-lo a lidar com seus conflitos e compreender os do seu paciente.

Ainda **TADESCO-CARRERAS (1986)**, refere que, se é a comunicação terapêutica<sup>1</sup> aquela que vai ser usada, os enfermeiros devem, constantemente, avaliar as razões que estão por trás de cada comportamento dos pacientes, suas próprias dinâmicas pessoais e a influência destes e de outros fatores nas intervenções de enfermagem. O

---

<sup>1</sup> **Comunicação Terapêutica:** - Um processo onde o enfermeiro, conscientemente, usa a comunicação verbal e não verbal, com o objetivo de ajudar o cliente. tem por finalidades: obter informações específicas, estabelecer um "rapport" inicial, encorajar o paciente a expressar seus pensamentos e sentimentos, auxiliá-lo na tomada de decisão, oferecer reforço e estimular o interesse do cliente. (Definição In: TAYLOR, 1992).

relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente pode ajudar os enfermos a enfrentar suas doenças e, também, promover satisfação profissional para os enfermeiros.

Certos pacientes, rotulados como "problema", apresentam desafios muito particulares no que se refere à comunicação, em enfermagem. É difícil trabalhar com eles, visto que podem romper o ambiente, o convívio com outros doentes e a dinâmica da própria equipe. Evocam sentimento de ansiedade, frustração e exaustão, segundo a mesma autora (**TADESCO-CARRERAS, 1986**).

Para tratar, efetivamente, com tais pacientes, é necessário, não somente compreendê-los, mas estar ciente de seus próprios sentimentos, quando em processo de interação.

Por outro lado costuma-se gostar de doentes que colaboram com as prescrições médicas e de enfermagem. Geralmente tranquilos e passivos, não questionando e não se queixando, são, em outras palavras, um "bom" paciente. Ainda podem ser discretos e dóceis, e, neste sentido, aquiescem às demandas feitas a eles.

Os indóceis podem apresentar muitos questionamentos, deixar de cumprir as regras, fazer os seus próprios esquemas e rejeitar o tratamento e a própria medicação. Observa-se, no entanto, segundo **TADESCO-CARRERAS (1986)**, que esta rotulação pode ser injusta e, assim, influenciar, de forma negativa, a relação enfermeiro-paciente.

Também podem não colaborar com os planos de tratamento médico e de enfermagem, por várias razões: crenças pessoais sobre doença e saúde ou fatores culturais, religiosos, familiares e econômicos ou ainda, ou própria negação da enfermidade e o sentimento de desesperança. **DRUGGE (1992)**, ao referir-se à essência dos cuidados de enfermagem, ou seja, como as pessoas são vistas, a assistência e o toque nos pacientes, alerta-nos para a importância do uso disto. A autora revela que é fundamental ver cada cliente com seus valores estabelecidos, a sua visão de realidade e o sentido de sua história.

Por outro lado, **LEININGER (1991)** afirma que as pessoas não seriam pessoas, se não fossem semelhantes e diferentes uma das outras. Diferenças humanas e similaridades existem desde suas primitivas origens e, indubitavelmente, continuam a existir. As desigualdades entre os seres humanos estimulam o pensamento e aguçam a

curiosidade, enquanto, também, podem produzir tensões, conflitos, medos, fazendo surgir problemas críticos, no relacionamento interpessoal. Assim sendo, conhecer as diferenças culturais e suas semelhanças constitui um desafio aos profissionais, para que se tornem autênticos promotores da saúde.

Os enfermeiros podem ter conflitos, no seu dia-a-dia, com o doente que recusa o tratamento. Enquanto passam a querer que os pacientes se tornem dóceis, também querem estar seguros de que o cuidado de enfermagem seja bem aceito, desejando um papel ativo na recuperação futura do paciente.

Uma pequena história contada por KUS (1990) vem ilustrar situações vividas por profissionais em sua difícil tarefa de cuidar das pessoas: "Um visitante observava Madre Teresa de Calcutá, fundadora das Missionárias da Caridade, cuidando de uma pessoa moribunda, de rua, suja, malcheirosa, com lesões abertas. Volta-se para a Madre e exclama: "Eu não faria o que a Sra. faz, por dinheiro nenhum do mundo!" A Madre diz então: "Eu não gostaria de fazer, também."

Todos os enfermeiros, em algum momento, têm pacientes dos quais não gostariam de cuidar. Tais encontros, freqüentemente, fazem as suas vidas tornarem-se quase que insuportáveis e isto pode prejudicar o enfermo. Entretanto, a compreensão da natureza de situações problemáticas, pode ajudá-los a reconhecer as origens de seus sentimentos e combater seus próprios comportamentos negativos que, ao mesmo tempo, podem estar sendo nocivos aos pacientes. Isto melhorará sua própria saúde mental, bem como o serviço prestado.

Estes questionamentos também são feitos ao se tentar um "relacionamento terapêutico". Da mesma forma, existe a preocupação com a problemática das ações enfermagem, no que se refere à assistência prestada e atitudes dos membros da equipe (COMARÚ; CAMARGO, 1974; HORTA, 1975; COMARÚ, 1975; CASTELLANOS, 1979; FRAGA, 1980; CARVALHO, 1985; TEIXEIRA, 1985).

Para MENZIES (1970), há fragmentação da relação enfermeiro-paciente, quando a ansiedade para o profissional reside na sua interação com o doente. Assim, quanto

mais íntimo e convergente for esse relacionamento, mais o enfermeiro está propício a experimentar o impacto da ansiedade.

**SARANO (1978)** faz um apelo ao nosso esclarecimento: somos nós mesmos a maior dificuldade na relação com os doentes. Pondera que os nossos problemas, preocupações, estado de humor, caráter, interesses, a tentação de domínio e poder, o próprio "ego", fatores inconscientes, ainda que nos escapem, dificultam a interação. Assim, será sempre necessário descobrir o que se encontra atrás deste ou daquele comportamento, considerando como é de difícil resolução para os enfermeiros.

Como descrevemos até aqui, em consequência da rotulação do paciente, os seus estigmas são quase que inevitáveis. Neste capítulo, não pretendemos resumir o enorme conjunto de trabalhos teóricos dedicados à classificação do paciente considerado problemático. Referimo-nos à prática, ou às experiências de vida profissional dos membros da equipe de enfermagem.

É bem verdade que, toda vez que nos deparamos com um novo paciente, um estranho está a nossa frente. **GOFFMAN (1988)** assevera que podem surgir evidências de que o paciente tem atributos que o tornam diferente das outras pessoas. Muitas vezes se encontra numa categoria, em que pudesse ser identificado como uma espécie menos desejável, chegando, num caso extremo, a ser denominado de criatura má, perigosa e fraca. Neste sentido, deixamos de considerá-lo como criatura comum e total, reduzindo-o a um rótulo: pessoa difícil. Tal característica é um estigma que poderá carregar para o restante de sua vida.

**TAYLOR (1992)** nos adverte que, embora seja essencial ao enfermeiro estar culturalmente bem informado e cultivar a sensibilidade, ele deve ter cautela para que as características de uma determinada população não se transformem em estereótipos.

As dificuldades de adaptação ao hospital aparecem quando, por exemplo, o paciente, sentindo-se vítima, exige condições especiais de tratamento, ou se isola inteiramente dos outros, sedimentando atitudes de parasitismo, de oposição ou de negação da realidade. Além disso, a própria situação da doença pode favorecer o aparecimento de

estados freqüentes de depressão, de insatisfação, de insegurança, reações de agressividade e outros que nem sempre podem ser considerados como roupagem de paciente difícil (MANZOLLI, 1978).

Algumas vezes, as pessoas que não conhecem a realidade do dia-a-dia dos membros de uma equipe de enfermagem, podem ter a impressão de uma vivência calma, com seus componentes movimentando-se de um lado para outro, promovendo eficientes cuidados, distribuindo doçura e “luzes”, em locais cujo clima de gratidão e polidez estão constantemente presentes. Segundo ASHWORTH (1985), os pacientes, nestas situações, são indivíduos com doenças agudas, mas curáveis, que estão determinados a melhorar e fazem grande esforço para isto. Mas, nem sempre é assim. Há pessoas que são sujas, bêbadas, obesas demais, drogaditos e outras são rudes, abusadas, hostis e agressivas fisicamente.

Assegura ASHWORTH (1985) que os primeiros passos para enfrentar, com sucesso, este tipo de paciente, é reconhecer que todos nós somos seres humanos, com sentimentos e preconceitos, nos quais está o produto de nossas experiências passadas. Se alguém nos sorri, é polido e simpático, costumamos responder da mesma forma. Mas, se alguém é hostil e agressivo, é instintivo reagirmos de maneira igual.

Com base na relevância dada a este tema pelos autores aqui referidos e por nosso interesse pessoal em compreender melhor as manifestações do comportamento humano, estabelecemos as hipóteses e traçamos os objetivos deste trabalho, como se seguem.



## ***2 - HIPÓTESES***

***'Respondi ao seu questionário porque tenho muitas dificuldades em trabalhar com os sentimentos dos pacientes. Estou muito interessada nos resultados de seu trabalho.'***

***Enfermeira. Campinas 1994.***

Para conduzir o presente estudo na busca de informações e confirmação da validade de nossas explicações preliminares e introdutórias, foram estabelecidas as seguintes hipóteses de trabalho:

**2.1.** O paciente “problema” existe, em princípio, em todas as unidades de internação, segundo os componentes de suas equipes de enfermagem.

**2.2.** O conceito de paciente “problema” é semelhante entre as categorias que compõem a equipe de enfermagem.

**2.3.** Há situações vividas pelos membros da equipe que favorecem a construção de pré-conceitos em relação ao paciente “problema”.

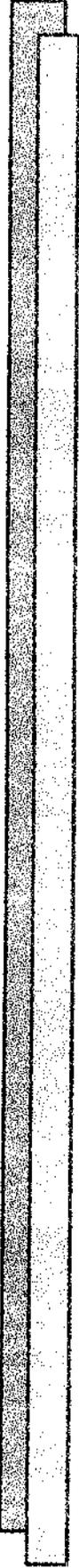


## ***3 - OBJETIVOS***

*'Eu não entendo porque as pessoas que possuem o nível superior, enfermeiras e médicos, pensam que nós, auxiliares, atendentes e faxineiras, não somos dignas de atenção, em nossos substratos emocionais'*

*Auxiliar, Campinas, 1994*

1. Caracterizar os membros da equipe de enfermagem
2. Verificar como os membros da equipe de enfermagem percebem o paciente “problema” nas unidades de internação de um hospital universitário estatal.
3. Identificar os indicadores e as possíveis diferenças de opinião entre os Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Atendentes, no que se refere ao paciente "problema", em unidades de internação.
4. Descrever os sentimentos e reações dos membros da equipe, frente a situações que os mobilizam, ao cuidar de tais pacientes.
5. Obter subsídios à elaboração de Programas de Educação Continuada em Enfermagem.



## ***4 - MÉTODOS***

*'Como já disse, o paciente terminal é um indivíduo extremamente fragilizado e, às vezes, não sei agir com o mesmo. A primeira sensação, é o sentimento de fuga, mas aí vem a responsabilidade profissional'.*

*Enfermeira, Campinas 1994.*

## 4.1 - População

O nosso objeto de estudo foi circunscrito aos membros das equipes de enfermagem, representado por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e os Atendentes das unidades de internação do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que estavam em pleno exercício e que tinham contato direto com os pacientes, durante os meses de abril e maio de 1993.

Excluimos os que exerciam cargo ou função de Diretor, Supervisor e Chefe de Enfermagem, pois, naquela Instituição, ficavam muito afastados do cuidado direto aos pacientes ou desempenhavam funções burocráticas.

Omitimos, também, os que desenvolviam atividades em serviços técnicos, como Central de Material, Capelania, Centro Cirúrgico, Pronto Socorro, Ambulatórios, Serviços Especializados, Laboratório, Raios X, cujo contato com o paciente internado era muito rápido ou inexistente.

Há hospitais com características diferentes, em termos de condições de trabalho, número de funcionários por leito, turnos de atividades, entre outras.

Na estrutura das unidades de internação encontramos:

TABELA<sup>1</sup> - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem, segundo as unidades de internação e o grau profissional. Campinas, 1993.

Unidade	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pediatria	16	2.57	11	1.77	46	7.40	21	3.38	94	15.13
UTI-Pediátrica	12	1.93	3	0.48	13	2.09	3	0.48	31	4.39
Emergência/ Traumatologia	26	4.18	10	1.61	35	5.79	6	0.96	77	12.56
Moléstia Infecto Con- tagiosa	9	1.44	4	0.64	16	2.25	2	0.32	31	4.99
UTI-Adultos	27	4.34	10	1.61	17	2.73	6	0.96	60	9.66
Pneumologia/ Cardiologia/ Torax	11	1.77	2	0.32	25	4.02	5	0.80	43	6.92
Ortopedia/ Traumatologia	10	1.61	-	-	23	3.70	11	1.77	44	7.08
Psiquiatria	8	1.28	-	-	8	1.28	5	0.80	21	3.38
Enf.Geral de Adultos	11	1.77	6	0.96	20	3.22	7	1.12	44	7.08
Vascular/ Hematologia	9	1.44	8	1.28	14	2.25	2	0.32	33	5.31
Gastrocl./ Gastrocirurgia	14	2.25	2	0.32	24	3.8	9	1.44	49	7.89
Neuroclínica/ Neurocirurgia	13	2.09	1	0.16	27	4.34	7	1.12	48	7.72
Reumatologia/ Nefrologia	12	1.93	9	1.44	23	3.70	1	0.16	45	7.24
Total	178	27.41	66	9.98	297	45.08	85	13.20	621	100.00

<sup>1</sup> - A apresentação de tabelas, quadros, e figuras está baseada nas Normas de Apresentação Tabular do Conselho Nacional de Estatística, mencionadas por SÁ, E. S. de et al. *Manual de normatização de trabalhos técnicos, científicos e culturais*. Rio de Janeiro. Vozes. p. 78, 1994.

O fato de entrevistar 621 funcionários levaria muito tempo e, conseqüentemente, fomos forçados a trabalhar com uma amostra aleatória.

As unidades de internação podem ser divididas em Unidades de Tratamento Intensivo e Unidades de Tratamento Normal. O critério para dividi-las em dois grupos está baseado nas diferentes organizações relativas a: 1 - o número de funcionários para cada leito é maior nas unidades de tratamento intensivo que nas unidades de tratamento normal; 2 - nas unidades de tratamento intensivo, o grau de atenção por parte dos funcionários para com os pacientes, deve ser redobrado. Com base nisto, temos:

**TABELA 2** - Distribuição da freqüência dos membros da equipe de enfermagem nas unidades de internação de tratamento normal. Campinas, 1993.

Unidade de Internação	Funcion. Enfermagem	Porcentagem
Pediatria	94	20.79%
Mole. Infeciosas	31	6.85%
Pneumologia +Cardiologia	43	9.51%
Ortopedia+Traumatologia	44	9.53%
Psiquiatria	21	4.64%
Enf. Geral de Adultos	44	9.53%
Vasc.+Hematologia	33	7.30%
Gastrocl.+Gastrocirurgia	49	10.84%
Neurocl.+Neurocirurgia	48	10.61%
Reumatol.+Nefrologia	45	9.95%
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>100.00%</b>

**TABELA 3** - Distribuição da frequência dos membros da equipe de enfermagem nas unidades de internação de tratamento intensivo. Campinas, 1993.

Unidade de Internação	Funcion. Enfermagem	Porcentagem
UTI-Pediátrica	31	18.30%
UTI-Adultos	60	35.50%
Emerg.+Traumatologia	78	46.20%
Total	169	100.00%

Partimos do pressuposto de que haveria o paciente “problema”, a princípio, em todas as unidades de internação e de que estas são heterogêneas.

Assim sendo, o adequado foi fazer uma amostragem estratificada proporcional, de maneira que a fração amostral seja a mesma em todos os estratos. E, partindo destas observações, consideramos cada grupo de unidades de internação como um estrato, e dentro do grupo, consideramos cada unidade de internação como um substrato.

Para cada grupo de unidades, distribuímos o tamanho da amostra, mínimo para satisfazer o grau de precisão desejado.

Dentro do grupo, usamos o tamanho da amostra para cada unidade de internação, de forma proporcional ao número de funcionários.

A eleição dos indivíduos foi feita de forma proporcional ao número de funcionários da unidade e, dentro desta, ao grau profissional e ao turno de trabalho.

#### **4.2 - Cálculo para o tamanho da amostra**

Para o cálculo do tamanho da amostra usamos os seguintes critérios:

$N =$  o tamanho da população

P = a proporção populacional de alguns dos itens (a percentagem de pacientes “problema”). O interesse é estimar P. Qual o tamanho da amostra ideal para poder obter uma estimativa de P? Isto dependerá do grau de precisão que desejemos da estimativa de P, e, também, de informações prévias sobre P.

a) o grau de precisão de uma estimativa de p de P se expressa assim:

Probabilidade { (P-p)>d} = 1 -  $\alpha$  onde:

p = proporção amostral

d = margem de erro possível

$\alpha$  = risco de errar ao afirmar que o intervalo [p-d,p+d] contém o verdadeiro valor de P (isto é: p-d<d<Pp+d).

b) Em alguns trabalhos já publicados por **STOCKWELL (1972, 1985)** encontramos que, em cada unidade de internação, os pacientes “problema”, no mínimo, são um ou dois e, no máximo, sete em cada dez pacientes. De modo que, 0,10 <P <0,90.

Considerando (a) e (b)

N= o tamanho da população.

d = margem de erro possível.

$\alpha$  = risco de erro- um tamanho da amostra é adequado quando

pode ser calculado com a fórmula

$$n = \frac{[t_{\alpha/2,d}]^2 (0,5)^2}{1 + 1/N (t_{\alpha/2,d})^2 (0,5)^2 - 1)}$$

onde:  $t_{\alpha/2}$  = é função de ( $\alpha$ ) calculada pela distribuição normal para garantir ( $\alpha$ ).

**TABELA 4 - Tamanho da amostra (n), segundo margem de erro (d) e o tamanho da população (N) com  $\alpha=0,5$  (e  $z_{\alpha/2} = 2$ . Campinas, 1993.**

Margem de Erro	Tamanho da Amostra (População=621)
0.05	245
0.06	193
0.07	154
0.08	125
0.09	104
0.10	86

Escolhemos a amostra com a menor margem de erro, e assim, propusemos a entrevistar duzentos e quarenta e cinco (245) elementos distribuídos pelas enfermarias, segundo a categoria profissional, a unidade de internação e o turno de trabalho, como demonstramos nas tabelas a seguir:

**TABELA 5** - Distribuição do número de elementos amostrados das unidades de internação e categoria profissional (Enf., Téc., Aux. e At.)\* por turno de trabalho (M., T. e N.)\*\*. Campinas, 1993.

PEDIÁTRIA					UTI PEDIÁTRICA					EMERG. TRAUMA					MOL. INFEÇ.				
Cat.	M	T	N	Total	Cat.	M	T	N	Total	Cat.	M	T	N	Total	Cat.	M	T	N	Total
Enf <sup>o</sup>	2	2	3	7	Enf <sup>o</sup>	2	1	1	4	Enf <sup>o</sup>	3	3	4	10	Enf <sup>o</sup>	1	1	1	3
Téc.	2	2	4	8	Téc.	0	1	1	2	Téc.	1	3	1	5	Téc.	1	1	1	3
Aux.	6	5	8	19	Aux.	1	2	2	5	Aux.	4	3	6	13	Aux.	2	1	1	4
At.	1	2	3	7	At.	0	0	1	1	At.	0	1	1	2	At.	1	1	0	2
UTI-ADULTOS					PNEUM./CARDIOL.					ORTO/TRAUMAT.					PSÍQUIATRIA				
Cat.	M	T	N	Total	Cat.	M	T	N	Total	Cat.	M	T	N	Total	Cat.	M	T	N	Total
Enf <sup>o</sup>	3	3	4	10	Enf <sup>o</sup>	2	1	2	5	Enf <sup>o</sup>	2	2	2	6	Enf <sup>o</sup>	1	1	1	3
Téc.	2	1	1	4	Téc.	0	1	0	1	Téc.	0	0	0	0	Téc.	0	0	0	0
Aux.	2	1	3	6	Aux.	3	1	4	8	Aux.	3	1	3	7	Aux.	1	1	1	3
At.	1	1	1	3	At.	1	1	1	3	At.	1	1	1	3	At.	1	1	0	2
ENF.GERAL ADUL.					VASC. HEMATOL.					GASTRO-CL+CIR.					NEURO-CL+CIR.				
Cat.	M	T	N	Total	Cat.	M	T	N	Total	Cat.	M	T	N	Total	Cat.	M	T	N	Total
Enf <sup>o</sup>	2	1	2	5	Enf <sup>o</sup>	1	1	1	3	Enf <sup>o</sup>	2	1	2	5	Enf <sup>o</sup>	2	1	2	5
Téc.	1	1	1	3	Téc.	1	1	1	3	Téc.	0	0	1	1	Téc.	0	1	0	1
Aux.	2	1	3	6	Aux.	1	1	2	4	Aux.	3	3	3	9	Aux.	4	3	3	10
At.	1	1	1	3	At.	1	1	1	3	At.	1	1	2	4	At.	1	0	2	3
REUMATOL. NEFROL.																			
Cat.	M	T	N	Total															
Enf <sup>o</sup>	2	1	2	5															
Téc.	1	1	1	3															
Aux.	2	1	4	7															
At.	1	0	1	2															

\* Enf<sup>o</sup> : Enfermeiro - Téc.: Técnico de Enfermagem - Aux.: Auxiliar de Enfermagem - At.: Atendente.

\*\* M: Turno da Manhã - T.: Turno da tarde - N.: Turno da noite

**TABELA 6** - Total de elementos da amostra por categoria profissional Campinas, 1993

Categoria Profissional	N <sup>o</sup>
Enfermeiros	71
Técnicos de Enfermagem	34
Auxiliares de Enfermagem	101
Atendentes	39
Total	245

A escolha se deu por sorteio. Foram listados todos os elementos da população, dando-se, para cada elemento um código numérico. Depois, foram separados por categoria, turno de trabalho e unidade de internação. Sorteamos, então, o número de elementos da amostra, segundo a relação exposta na Tabela 5.

De posse das escalas dos membros da equipe, verificávamos as possíveis ausências por férias, licenças, faltas, ou por outros problemas, os elementos que estivessem nestes grupos eram substituídos por novo sorteio.

### 4.3 - Testando um Instrumento de Coleta de Dados

O teste do instrumento foi realizado para aumentar a sua validade.

Tivemos o intuito, também, de verificar as questões que, eventualmente, pudessem ser complexas e se haveria dificuldades em responder a elas. Por outro lado, poderíamos observar se as questões causavam embaraços ao pesquisador, no que se refere à interpretação dos dados.

A aplicação do teste foi feita no Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), cuja equipe de enfermagem possui as mesmas características de composição daquela com que o estudo definitivo foi realizado, desenvolvendo ambas o mesmo tipo de atividades.

As enfermarias daquele Centro de Assistência caracterizam-se da seguinte forma:

A **Enfermaria de Oncologia**<sup>2</sup> é destinada a pacientes com neoplasias ginecológica e mamária, para tratamento clínico (15 leitos) e cirúrgico (25 leitos). Algumas vezes, podem ser internados homens com diagnóstico médico de ginecomastia neoplásica.

As doentes admitidas provêm dos Postos de Saúde, Ambulatórios e Pronto Socorro do Hospital das Clínicas ou dos Consultórios Médicos.

---

<sup>2</sup>As informações sobre as características das Enfermarias de Oncologia, Ginecologia e Patologia Obstétrica foram obtidas através de entrevistas informais com as Senhoras Supervisoras destas Unidades.

Há uma equipe de enfermagem fixa para os três turnos de trabalho, composta por nove enfermeiros, quatro técnicos, dezessete auxiliares de enfermagem e nove atendentes. Estes últimos estão alocados apenas no plantão noturno.

A **Enfermaria de Ginecologia** possui vinte e oito leitos destinados a pacientes com problemas ginecológicos, como: puberdade precoce, corpo estranho vaginal, endometriose, prolapso uterino, miomatose, pacientes no período pós aborto, provocado ou espontâneo, entre outros.

Para as atividades assistenciais desta unidade de internação são destinados sete enfermeiros, quinze auxiliares e onze atendentes, distribuídos nos três horários de trabalho.

As usuárias deste serviço provêm dos ambulatórios, pronto socorro ou de outras enfermarias.

A **Patologia Obstétrica** atende a gestantes diabéticas, cardiopatas, hipertensas, com incompetência cervical, candidatas a parto pré-maturo ou pós-parto pré-maturo. Possui dezesseis (16) leitos, com taxa média de ocupação de 96,5%. A equipe de enfermagem é constituída de três enfermeiras, quatro (4) auxiliares e três (3) atendentes, para as três (3) sessões de trabalho.

É uma unidade de internação destinada às pacientes ligadas à rede do SUS e região de Campinas, ou do Serviço Pré-Natal do CAISM.

Buscamos a validade do instrumento através da verificação de:

1. Se as palavras foram adequadas ao universo a ser pesquisado, e compreensíveis para a maioria dos entrevistados.
2. Se as questões eram muito complexas, se o informante pedia explicações ou não e quais as que poderiam oferecer maiores dificuldades para responder.
3. Se as questões ofereciam embaraços ao informante.
4. Tempo aproximado para entrega do instrumento preenchido.
5. Se o espaço deixado para as respostas era suficiente ou apresentava dificuldade para o registro.

Por ocasião do pré-teste, considerando que é permitido ao entrevistador, após a coleta das informações, conversar com o informante a respeito das questões, indagamos quais foram mais difíceis e o que viam com necessidade de mudança ou modificação.

Apresentaremos, a seguir, os dados do pré-teste tabulados e/ou comentados.

#### **4.3.1 - Esquema de coleta de dados I**

Distribuíram-se vinte e três (23) questionários, em um único dia da semana, aos componentes da equipe (10 Enfermeiros, 10 Auxiliares de Enfermagem e 3 Técnicos de Enfermagem, escalados para os plantões da manhã e da tarde). Neste dia, não havia Atendentes escalados para o trabalho.

Pedimos a gentileza das respostas, explicamos os objetivos da aplicação do pré-teste e que estávamos realizando-o como forma de aprimorar outro, definitivo, para uma pesquisa que abrangeria um número maior de pessoas.

Embora houvesse as explicações e a garantia do mais absoluto sigilo das respostas na folha de rosto dos questionários, fizemos explicações orais sobre o instrumento.

Houve boa receptividade, mas uma das auxiliares ficou preocupada com as "questões éticas", sendo necessário garantir-lhe, em especial que não seria identificada e que os objetivos do estudo, pensamos, só poderiam trazer benefícios à assistência de enfermagem, e que suas preocupações eram aceitas e respeitadas.

Combinou-se a devolução dos questionários preenchidos para a próxima jornada de trabalho. Entretanto, foram necessários vários dias para que o retorno se completasse. Algumas explicações como "não tive tempo de responder", "esqueci em casa", "amanhã lhe entrego sem falta", "sumiu de minha gaveta", foram as desculpas mais comuns para o não cumprimento do primeiro acordo. Estabelecíamos então, novo prazo para a devolução. Em suma, para recebermos parte dos questionários preenchidos, precisamos ir ao local do pré-teste até 13 (treze) vezes consecutivas.

Dos vinte e três (23) questionários entregues, foram devolvidos treze (13) 56,52%, sendo oito (8) Enfermeiros, três (3) Auxiliares e dois (2) Técnicos de Enfermagem:

**TABELA 7 - Distribuição da frequência de devolução de questionários, segundo a categoria profissional. Campinas, 1993.**

Enfermeiros		Auxiliares		Técnicos	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
8	61,53	3	23,07	2	15,38

No esquema de coleta de dados para a caracterização do quadro de pessoal, no espaço destinado a resposta sobre o local de trabalho, três (3) elementos deixaram em branco, quatro (4) 30,76 localizavam-se na Enfermaria de Oncologia, e, nas Enfermarias de Ginecologia, Patologia Obstétrica e CC/CME, tivemos dois (2) elementos, ou seja, 15,38 %, em cada uma delas.

A razão das três (3) respostas em branco pode estar relacionada com o receio da identificação do funcionário. Descartamos a falta de atenção, visto ser a questão nº 1 e, normalmente, é a que lemos primeiro.

O espaço destinado a esta resposta, no entanto, consideramos suficiente.

No segundo item, destinado a verificar o grau profissional, 61,53% eram enfermeiros, 23,07%, auxiliares e 15,38%, técnicos de enfermagem (já citados anteriormente).

Quanto ao sexo: 76,92% eram mulheres, 15,38% homens e 7,69% deixaram em branco. A questão não apresentou problemas. Pensamos que a resposta em branco foi devido a esquecimento.

A respeito das idades, variam de 19 a 60 anos. A média foi de 30 anos e apenas um (1) entrevistado não respondeu. Concluímos que deixar espaço livre para resposta, com posterior tabulação e apresentação, sem estipular escalas, é mais fácil para o respondente.

No elenco de respostas possíveis do pré-teste, quanto à religião, somente um deixou em branco. Dos treze (13) elementos constatados, 76,92% são católicos, 7,69%, evangélicos pentecostais e 15,38%, espíritas.

Mas, ao questionarmos sobre a religiosidade, todos responderam, sendo 61,53% praticantes, 15,38% não praticantes e 24,70% participam de movimentos religiosos. A dúvida que surge daí é que, mesmo o elemento que deixou em branco a questão anterior, respondeu que é praticante. Praticante em quê? No entanto, consideramos válida a forma de perguntar e a relação das religiões foi suficiente.

Também solicitamos a cidade e o Estado do nascimento, ao que todos responderam. A questão foi necessária, pois do pré-teste concluímos que a grande maioria era de fora da cidade de Campinas, conforme dados expressos a seguir :

**QUADRO 1 - Cidade e Estado da Federação onde os membros da equipe de enfermagem nasceram.**

Campinas, 1993.

Tambaú -SP	Presidente Prudente - S.P
Serra Negra - SP	Poloni - SP
Serra do Salitre - MG	S. José do Rio Preto SP
Jaguariúna - SP	Araxá - MG
Rio de Janeiro _ RJ	Garça - SP
S.Bernardo do Campo - SP	Limeira - SP
Campinas - SP	

O objetivo principal era verificar possíveis choques culturais pelas, diferenças regionais de origem. A questão deve permanecer como foi formulada no pré-teste.

Em seguida, indagamos sobre a cidade de residência atual e verificamos que a grande maioria mora em Campinas (84,61%).

Achamos, por bem, colocar no questionário definitivo um item sobre a distância aproximada entre o local de trabalho e sua residência, bem como o tempo de percurso: estes fatores poderiam ser fontes de mal-estar no serviço e na própria vida dos membros da equipe de enfermagem.

Outra questão feita foi sobre o ocupação dos pais. A princípio, pensávamos que dariam respostas objetivas quanto à profissão. Vejamos as respostas:

**TABELA 8 - Profissão dos pais dos membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.**

Pai	Nº	Mãe	Nº
Aposentado	5	Do lar	6
Falecido	3	Falecida	3
Lavrador	1	Aposentada	3
Agricultura	1	Comerciante	1
Mecânico	1		
Médico	1		
Comerciante	1		

Concluimos que há necessidade de maiores explicações quanto ao que queremos saber. Assim, solicitamos que informassem a profissão, mesmo de aposentados ou falecidos.

Perguntamos, também, onde fizeram o curso e obtivemos os dados seguintes:

**TABELA 9 - Distribuição dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem quanto à escola onde estudaram. Campinas, 1993.**

Enfermeiros	Nº	Aux. de Enfermagem	Nº	Técnicos de Enfermagem	Nº
Faculdade de Enfermagem e Obstetria de Araras	3	SENAC	1	Col. Téc. de Indaiatuba	1
Faculdade de Enfermagem da PUCCAMP	3	Escola de Aux. Enf. da UNICAMP	1	Col. Téc. da UNICAMP	1
Faculdade de Enfermagem do Oeste Paulista	1	Não respondeu	1		
Dep. Enf. da Escola de Medicina de Marília	1				
<b>Total</b>			<b>13</b>		

É interessante observar que não houve enfermeiros graduados pela UNICAMP. Dos oito (8) entrevistados, cinco (5), ou seja (62,5%), fizeram o curso fora de Campinas. Verificamos, ainda, que apenas um (1) auxiliar de enfermagem deixou de responder. Concluímos que a questão foi clara, devendo permanecer assim, no questionário definitivo.

Indagamos, também, a respeito do ano de formatura e todos responderam. Notamos que a grande maioria conclui o curso há, aproximadamente, sete (7) anos. Apenas dois (2) elementos se formaram no final de 1991, mas possuem experiência suficiente, nesse campo de trabalho.

Quando questionados "há quanto tempo trabalham em atividades de enfermagem", três (3) elementos disseram que fazia mais de 20 anos.

Quanto a atividades no hospital, o mínimo foi de um (1) ano e o máximo, de vinte e um (21). A média foi de oito (8) anos.

Na enfermagem também houve pouca variação: 50% ficaram na faixa de seis (6) a dez (10) anos e os demais, de um (1) a quatro (4).

Com os resultados relativos ao tempo de atividades em enfermagem, no hospital e na enfermagem, pensamos que a questão deveria permanecer como estava no pré-teste.

Do item relacionado à qualificação profissional, obtivemos:

**TABELA 10 - Distribuição da frequência dos enfermeiros, segundo a qualificação profissional. Campinas, 1993.**

Qualificação Profissional	Nº
Enfermeiro Graduado	3
Enfermeiro Especializado	5
Enfermeiro com Mestrado	0
Enfermeiro com Doutorado	0

Quanto à especialidade, cinco enfermeiros responderam:

**TABELA 11 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao tipo de especialidade. Campinas, 1993.**

Especialidade	Nº
Enfermagem Psiquiátrica	1
Administração Hospitalar	1
Saúde Pública	2
Saúde Pública Enfermagem do Trabalho Administração	1

Observamos, pelo dados da tabela anterior que, embora todos trabalhassem na assistência, nenhum possuía formação específica na área de atuação. Ainda que não seja o

momento para discutirmos mais profundamente este tema, podemos deduzir a sua importância no trabalho que pretendemos realizar.

No questionário definitivo será necessário deixar espaços a mais, caso apareçam enfermeiros com várias especializações.

No que toca aos técnicos e auxiliares de enfermagem, por não haver, formalmente, cursos de especialização, devemos fazer o mesmo questionamento, mas acrescentando " citar as maiores áreas de treinamento", uma vez que houve um (1) auxiliar de enfermagem que colocou duas áreas.

Os entrevistados também apresentaram outras áreas de treinamento, que não foram listadas no pré-teste, mas estarão no questionário definitivo.

Outra questão, foi sobre as áreas em que estavam exercendo suas atividades profissionais. Podiam informar até cinco (5), no máximo. Sendo o local de aplicação do pré-teste um centro de atendimento à mulher, era de se esperar que as experiências incidissem mais nas áreas de saúde feminina. Oncologia feminina e Obstetrícia foram as mais mencionadas. Também apareceram outras, as mais diversas, ultrapassando o elenco de áreas oferecido pelo questionário.

#### ***4.3.2 - Esquema de Coleta de Dados II***

Este foi o esquema de coleta de dados que mais dúvidas suscitou entre os profissionais contatados.

Ao ler o questionário junto a eles, detectamos que faltava incluir, na coluna referente à identificação do paciente, orientação para que fosse escrito o primeiro nome ou a sua sigla.

Um dos elementos classificou o paciente com a letra "A" que significava " Eu gosto muito de cuidar deste paciente", e um outro, citando apenas o nome de um doente, colocou a letra "B", que significa "eu gosto de cuidar deste paciente". Dizia em seguida, que a razão de classificá-lo dessa forma era indiferente. Mas havia um enfermo classificado

com a letra "E", que significava "Eu não gosto nada de cuidar deste paciente", porém, na justificativa dizia: "não tenho opinião definida".

Outro elemento colocou apenas dois (2) nomes de doentes e na classificação "A", dando como justificativa o fato de serem como "muito carentes, muito dependentes da família".

Entretanto, a maioria, (53,84%), compreendeu o espírito da questão e devolveu os questionários devidamente preenchidos, com as justificativas solicitadas.

Achamos necessário, para incentivo à manifestação dos sentimentos do entrevistado, colocar uma espécie de introdução às questões, como: "sabemos que é difícil manifestar opinião e sentimentos a respeito do paciente, mas suas informações são extremamente importantes, pois, a partir delas, podemos contribuir para um melhor relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem e o doente internado. Portanto, faça um esforço e responda ao questionário que se segue".

### **4.3.3 -Esquema de Coleta de Dados III**

Neste questionário foram relacionadas diversas afirmações sobre o paciente, podendo o profissional concordar, discordar ou responder que não sabia.

Embora haja uma série de problemas relacionados às respostas "não sei", em nossa pesquisa elas foram, também, muito importantes.

Um dos enfermeiros, que deixou totalmente em branco estas questões, estava substituindo um colega na assistência de enfermagem. Segundo o que pudemos colher dele, não tinha condições de opinar, pois há muito trabalhava em Central de Material.

No geral, as respostas variaram bastante. Mas a incidência "não concordo", para algumas afirmações apresentadas como: "Quando a família do paciente, presenteia o pessoal de enfermagem, o paciente é melhor tratado", recebeu a unanimidade.

Já as afirmações "os pacientes mais jovens dão mais trabalho do que os velhos" e "tenho medo de ser contaminado pelos pacientes, converso com eles, mas de longe",

obtiveram 83% das respostas "não concordo" e "os homens são mais fáceis de ser tratados que as mulheres", alcançou 76%.

Podemos ainda notar, neste esquema de coleta de dados, que foram poucas as respostas "não sei". Somente no item 6: "quando o paciente fala mais de seus problemas pessoais, o pessoal de enfermagem o trata com mais carinho" a menção "não sei" apresentou índice de 40%. O questionário definitivo, requer outra afirmação semelhante, para confirmarmos estes dados.

Tivemos que anular cinco respostas, pois havia afirmações nas duas colunas de "não concordo" e "não sei" ao mesmo tempo. Pensamos que havia necessidade de tornar mais claro o enunciado do questionário, acrescentando a palavra "...checando, APENAS, a coluna que coincidir com o seu sentimento".

Um dos respondentes deu explicações logo abaixo da checagem, sem que tivéssemos solicitado, em algumas afirmações feitas.

#### **4.3.4 - Esquema de Coleta da Dados IV**

Um questionário de treze perguntas abertas foi elaborado com objetivo de verificar a motivação dos membros da equipe de enfermagem para a escolha da profissão, e no trabalho atual.

Numa primeira visão, observamos que apenas um dos respondentes devolveu o questionário em branco. Notamos, também, que no último item havia um espaço para que os colegas fizessem comentários que julgassem necessários e apenas quatro elementos não o fizeram.

Por outro lado, observando a extensão das respostas, podemos assim dividi-las: quatro respondentes apresentaram explicações longas ou por terem colocado as palavras muito próximas umas das outras ou usando o anverso da folha, necessitando de mais espaços para responder. Cinco explicações preencheram todos os espaços deixados, sem ser necessário aglomerar muito as palavras. Três delas usaram pouco do espaço deixado, ou, às

vezes, dando respostas telegráficas, ou curtas demais. Quatro elementos deixaram de responder.

Para resolver estas questões: 1 - devemos aumentar os espaços, visto o interesse de alguns em responder; 2 - para evitar as frases telegráficas ou curtas demais, enfatizamos a necessidade de maiores explicações, considerando que são de muita importância na discussão final.

Em uma outra leitura destas respostas, embora sem discuti-las profundamente, ainda pudemos observar que vinham ao encontro dos objetivos de nosso estudo, inclusive as de "sim" e "não", que são significativas na discussão final. Mesmo assim, incentivamos que os elementos expliquem, exemplifiquem, dêem opiniões.

Concluimos que deverá haver uma ou duas questões de situação conflitante entre os membros da equipe de enfermagem e o paciente, que possam ter acontecido realmente, ou sido imaginadas.

#### ***4.3.5 - Conclusão do Pré-Teste***

Foi importante a aplicação prévia do instrumento como forma de aprimorá-lo. Com base nas respostas apresentadas, fizemos algumas modificações e chegamos ao questionário definitivo, conforme consta no Anexo I.

### **4.4 - Elaboração Final do Instrumento de Coleta de Dados**

Baseados nas conclusões do pré-teste, confeccionamos o instrumento de coleta de dados definitivo. É composto por quatro esquemas distintos: Esquema de Coleta de Dados I, II, III e IV.

O Esquema de Coleta de Dados I teve a finalidade de categorizar o pessoal de enfermagem, através de seus dados pessoais e sociais. As perguntas foram fechadas, bastando ao respondente colocar um "x" nos intervalos destinados às respostas ou escrevê-las, conforme solicitado no início das questões. Para tanto, solicitamos o local de trabalho; o grau profissional, (se enfermeiro, técnico, auxiliar ou atendente); o sexo; a idade; o estado civil; a religião; a religiosidade; o lugar do nascimento; residência atual; distância aproximada, em quilômetro entre a residência e o local de trabalho e o tempo gasto para transpô-la; a ocupação do pai; a ocupação da mãe; escola ou faculdade na qual se formou (quando se aplicar); há quanto tempo exerce atividades de enfermagem; há quanto tempo neste hospital; desde de quando trabalha nesta enfermaria; qual a qualificação profissional dos enfermeiros, e se técnico, auxiliar ou atendente, qual a área onde obteve maior treinamento. Solicitamos, ainda, que sublinhassem cinco palavras correspondentes às suas experiências profissionais (Vide Anexo 1).

Para a Coleta de Dados II, tomamos como base o trabalho de **STOCKWELL (1972)**, usando parte de seu esquema de coleta de dados.

Dessa forma, solicitamos aos respondentes uma lista de pacientes de sua enfermaria, classificando-os numa escala A, B, C, D e E : "A" significava gostar muito de cuidar do paciente, "B" gostar de cuidar do paciente, "C" indiferente no cuidar, "D" não gostar de cuidar do paciente e "E" não gostar nada de cuidar do paciente, tal qual fez **STOCKWELL (1972)**. Esta pesquisadora solicitava, entretanto, que se justificassem quando não conseguissem classificá-los na escala proposta. Porém, em nosso trabalho, pedimos justificativas para todas as respostas. Colocamos, no ápice dos claros para as respostas, um lembrete, informando que "sempre temos razão para gostar ou não gostar de cuidar de determinados pacientes e que isto nos parece natural".(Vide Anexo1).

No Esquema de Coleta de Dados III, também baseado em **STOCKWELL (1972)**, fizemos uma lista de vinte e quatro frases afirmativas, relacionadas à assistência de enfermagem e que, segundo nossa experiência profissional, podem fazer parte do dia-a-dia de quem trabalha nesta profissão, revelando seus sentimentos e reações. Ao lado das frases, deixamos três colunas com espaços vazios para que pudessem expressar-se, fazendo um

"X" diante do que correspondia aos sentimentos de concordância ou não, ou quando não sabiam manifestá-los (Vide Anexo I).

No Esquema de Coleta de Dados IV, fizemos treze perguntas abertas, sendo duas relacionadas à motivação para a escolha da profissão e dez relacionadas ao trabalho em si. A última questão foi destinada à manifestações livres.

Na folha de rosto do instrumento, fizemos uma carta assinada, na qual nos identificamos, informamos os objetivos da pesquisa, ao mesmo tempo em que solicitamos a especial atenção para que respondessem aos esquemas de coleta de dados, assegurando o mais absoluto sigilo das respostas dadas.

O instrumento de coleta de dados foi datilografado e impresso em folhas de cor branca, do tamanho 240X280 mm, "offset" para microimpressora, totalizando 12 páginas. Antes da sua elaboração definitiva, consultamos uma Mestre em Estatística<sup>3</sup> para auxiliar na estruturação das perguntas e facilitar a computação final dos dados. Algumas modificações foram feitas na organização das perguntas.

#### **4.5 - Coleta de dados**

A aplicação dos questionários foi feita pelo próprio autor do trabalho. Distribuímos, pessoalmente um-a-um, colocando-nos à disposição de todos para elucidar quaisquer dúvidas.

Foram necessários quinze dias (duas semanas) para a entrega, considerando-se que alguns estavam em gozo de folgas semanais. Damos uma prazo de sete dias (uma semana), período que julgávamos necessário para completarem as respostas, mas adiamos o recebimento para mais uma semana, tendo em vista que muitos esqueciam o instrumento preenchido em casa.

---

<sup>3</sup> - Maria Teresa Villalobos Aguayo - Mestre em Estatística pela Instituto de Matemática, Estatística e Ciências da Computação - IMECC da Universidade Estadual de Campinas

Transcorreram aproximadamente dois meses para que considerássemos a coleta de dados suficiente. Para cada plantão, gastamos, em média, vinte (20) dias de aplicação.

Algumas pessoas, no momento da entrega do instrumento, faziam certos comentários sobre o questionário ou outro assunto qualquer, que, em seguida, registrávamos e sobre os quais faremos uma discussão.

Consideramos a média de devolução boa, pois 83,78 % dos Enfermeiros devolveram o questionário preenchidos, seguidos pelos Auxiliares de Enfermagem com 69,30 %, os Atendentes com 67,56% e os Técnicos 54,28%. Ressaltamos que nas unidades de Pediatria, Neurologia, Moléstias Infecciosas e UTI-Pediátrica, 100,00% dos enfermeiros responderam aos questionários. Na Unidade de Psiquiatria houve 100,00% de respostas de todos os membros sorteados. Isto se explica talvez, por participarmos também, das atividades assistenciais da mesma.

A explicação da alta percentagem de devolução dos questionários preenchidos pode ser dada pela participação dos componentes da equipe nas atividades de um hospital universitário, que tem por missão a pesquisa, o ensino e a assistência. Assim sendo, possuem maior compreensão da importância dos resultados para a sociedade.

Outro fato está relacionado à nossa convivência com estes elementos, por quase vinte e cinco anos, participando de freqüentes concursos públicos, promovendo reciclagem profissional, fazendo palestras ou exercendo atividades administrativas em órgãos de direção, tornando-nos conhecidos.

Ressaltamos, ainda, que nossa política pessoal de trabalho foi e é permanecermos ativos nas tarefas assistenciais, ainda que a docência e a pesquisa sejam as principais atividades. Isto também pode ter favorecido a boa percentagem de preenchimento dos questionários.

Também podemos deduzir que a alta percentagem de respostas, pode estar relacionada ao fato de que o tema deste trabalho é mobilizador de sentimentos e os participantes esperam respostas ou ajuda em suas dúvidas.

Citamos algumas das ocorrências<sup>4</sup> durante a entrega e devolução dos instrumentos de coletas dados, que são indicativas de mobilização de sensibilidades. Vejamos algumas delas :

*“Pode deixar, eu adoro participar de pesquisas e ver algum resultado”*  
(Atendente).

*“Deixe que eu respondo e incentivo os outros também a responderem. Todos desta enfermaria gostamos muito de colaborar”* (Enfermeira) .

*“Por que eu não fui escolhida? Gostaria tanto de responder ao questionário!”*  
(Enfermeira) .

*“Todo mundo está comentando sobre o seu questionário! Por que eu não tenho que responder a ele? Eu também quero”* (Auxiliar).

*“Olha, já respondi”* e, com o rosto todo sorridente: *“acho que contribuí com alguma coisa”* (Técnico).

*“Olha, ainda ontem estávamos comentado sobre o seu questionário. Já está pronto”* (Auxiliar)

*“Vi algumas pessoas respondendo ao questionário e, como é sobre saúde mental, tive uma vontade louca de participar também”* (Enfermeira)

*“Oi, Zé, conseguiu todos os questionários? Veja se nos dá um retorno, estamos esperançosos dos resultados”* (Enfermeira)

A discussão que vem no próximo item também são indicativas de mobilização de sentimentos, que favoreceram a boa quantidade de devolução dos instrumentos preenchidos.

---

<sup>4</sup>Denominamos “Ocorrências” os discursos espontâneos e os fatos registrados durante a entrega e devolução dos instrumentos de coleta de dados deste trabalho.

#### 4.5.1 - Ocorrências durante a coleta de dados

Durante a entrega e recebimento do instrumento de coleta de dados, permanecemos atentos para o registro de possíveis ocorrências.

Tivemos oportunidade de anotar sessenta e cinco (65) manifestações verbais e comportamentais, nas quais, supomos, estão inclusos sentimentos e reações. Isto nos levou a fazer uma pequena discussão, ainda que não seja conclusiva, de como estes elementos carregam uma gama de problemas pessoais, no convívio com os pacientes e com outros membros da equipe de saúde.

Julgamos importante apresentar tais ocorrências para que possamos incluí-las nas discussões deste estudo:

**TABELA 12** - Distribuição da frequência do número de instrumentos, número de ocorrências e a percentagem em relação a cada categoria profissional. Campinas, 1993.

Categoria Profissional	Nº de Instrumentos Devolvidos	Nº de Ocorrências	Percentagem
Enfermeiros	62	29	46,77
Técnicos	19	6	31,57
Auxiliares	70	21	20,79
Atendentes	25	9	36,00
Total	176	65	36,93

Apareceram sentimentos variados, como o de indiferença, manifestos em expressões como estas:

- *Mais um questionário? O que é isto? Vou ver se dá para responder, mas não garanto.. (Enfermeira)*
- *Ah! Eu não sei escrever bem, dá para outra, ela é que, de certo, vai responder. Dá, aqui, respondendo, mas só a semana que vem. (Atendente)*

Pudemos, também registrar sentimentos de inferioridade, exemplificados na expressão que se segue:

- *Ué! Até que enfim lembraram das auxiliares. Tudo aqui é só com as enfermeiras. Por que será que vão ouvir os auxiliares nesta pesquisa? (Auxiliar)*

Em outras, apareceram sentimentos de raiva, desconfiança, silêncio, porém acabaram respondendo ao instrumento, ou, então, faziam referências de auto-afirmação como estas:

- Uma atendente: *"Vou meter o "pai" Tenho uma vontade louca de falar sobre a enfermagem. Ainda mais que neste seu questionário não vou ser identificada".*

- Uma das enfermeiras não me olhou de frente, nem quando recebeu o questionário, nem quando o devolveu. Porém, estava totalmente preenchido.

- Uma auxiliar, durante minhas explicações sobre os objetivos do questionário, olhava-me atentamente. Quando-lhe pedi para participar da pesquisa, pensou um pouco e depois, com o rosto bem vermelho, respondeu-me *"não dá, não tenho tempo. Desculpe-me, viu?"*

- Uma técnica recusou-se, terminantemente, a participar da pesquisa, dizendo que quando foi aluna, não se sentiu à vontade com o pesquisador.

Em alguns registros que fizemos, apresentam-se situações de dificuldades de relacionamento no serviço, ou de ordem pessoal, mostrando em que condições interiores estavam no momento da resposta ao instrumento de coleta de dados. Vejamos a descrição de alguns deles:

- Registramos aqui uma das ocorrências que nos sensibilizaram: uma auxiliar de enfermagem estava chorando, e com os olhos congestionados, junto a um docente médico. Ao ver-me, disse: *"Oi, Francisco, você sabe como eu sou..."*. Agora dirigindo-se ao médico *"... não mereço isto, doutor. Falta de berço eu não aceito. Vem cá, Francisco, o questionário já está pronto. No momento não tenho medo muito com os pacientes, por isto não respondi a parte que fala de meus sentimentos ao trabalhar com eles. Mas o que respondi foi a mais pura verdade"* Continuou chorando, pegando em minhas mãos e encostando a cabeça em meu peito. Estava, no momento, com problemas de relacionamento com um dos médicos docentes.

- Uma atendente pergunta: *“por que você não faz uma pesquisa de como a gente pode reconciliar-se com a pessoa de que a gente gosta?”*
- Uma auxiliar de enfermagem, estava verificando os sinais vitais de um paciente, quando veio atender-me. Dizia que, mesmo cansada, iria responder ao questionário e assim se expressa: *“Quando vejo os pacientes nestes estados, um com o abdome distendido, outro magro, outro grave, eu sinto que estou muito bem. Volto para casa e sei que estou com saúde.”*
- Uma enfermeira, ao entregar-me o instrumento preenchido, veio solicitar orientação quanto ao seu estado emocional. Contou-me ter um filho com Síndrome de Down e que havia entrado em “parafuso”, tendo necessidade de fazer análise. Por outro lado, possui dois sobrinhos, que herdaram da mãe problemas mentais. Pedia-me, encarecidamente para ajudá-la em suas dificuldades e acrescentava: *“é ainda trabalhar numa enfermaria destas, que é extremamente estressante, mas consegui responder ao seu questionário.”*
- Outra enfermeira discutia com uma médica residente, sobre as suas opiniões contrárias quanto ao diagnóstico de um criança. Dizia estar cansada de ouvir dizer que uma criança não tem prognóstico. Eu permaneci, mais de 15 minutos aguardando sua aceitação para responder ao questionário.
- Uma atendente encontrou-me no corredor e avisou-me que já havia respondido ao questionário. Ao abordá-la na enfermaria, queixou-se muito. Estava sofrendo com o estado de saúde do marido e que respondeu ao instrumento sob tensão, mas esperava que estivesse contribuindo para nossa pesquisa.
- Uma diretora de serviço veio, apressadamente, ao meu encontro, dizendo que os seus funcionários estavam esgotados e muitos não continuam trabalhando, por considerar estressante demais aquela atividade.
- Quando fomos aplicar o instrumento em uma determinada enfermaria, percebemos um certo burburinho de funcionários. Havia um médico cuidando de uma criança, que gemia sem parar e com a respiração ofegante. No corredor havia duas senhoras, uma de cócoras e a outra com o olhar fixo no quarto e nos movimentos da equipe. Uma atendente saiu em disparada para buscar um aparelho de oxigênio. Não foi

possível conversar, no setor, naquele dia, com os membros sorteados para participar do meu estudo.

Por outro lado, alguns chegavam a solicitar ajuda para resolver problemas pessoais ou de serviço:

- Um auxiliar, dizia-me estar com dificuldades ao cuidar de pacientes da unidade de terapia intensiva e, principalmente, como trabalhar em equipe. Precisava de orientação neste sentido.

- Uma enfermeira: *“Olha, respondi ao seu questionário porque tenho muitas dificuldades no trabalho com os sentimentos dos pacientes. Estou muito interessada nos resultados”*

Podemos também observar que durante a aplicação e recepção dos instrumentos, o assunto cresceu entre os membros da equipe de enfermagem, devido a manifestações de elementos que não estavam selecionados para este estudo. Relatamos algumas delas:

- Um auxiliar: *“Todo o mundo está comentando sobre o seu questionário. Por que eu não tenho que responder também?”*

- *“Por que não fui escolhida para responder? Eu também gostaria de participar”* (manifestação de uma enfermeira).

- *“Ah! Por que eu não fui escolhida?”* Esta enfermeira permaneceu todo o tempo perto do pesquisador, ouvindo as explicações sobre os objetivos do estudo

- *“Vi algumas pessoas respondendo ao seu questionário e, como é sobre saúde mental, tive uma vontade “louca” de responder a ele. (Enfermeira).*

Podemos depreender destas ocorrências que os integrantes vivenciam situações estressantes, durante a execução de suas atividades. As dificuldades são oriundas do próprio ambiente de trabalho ou de si mesmos.

As dificuldades interpessoais costumam ser decorrentes das relações do trabalho, onde diferentes membros da categoria têm níveis de educação formal distintos entre si e isso pode acarretar conflitos no seio da equipe ou por interesses próprios ou antagônicos.

Conseqüentemente, as fagulhas destes conflitos podem recair no relacionamento com os pacientes sob seus cuidados.

Outro aspecto complicador no relacionamento com os pacientes é a questão das dificuldades provenientes do próprio ambiente de trabalho. **PITTA (1990)** nos revela que uma política de saúde correta ou mesmo uma administração hospitalar tecnicamente adequada, embora influenciem, não irão determinar a singular relação do paciente com quem cuida dele. Assim sendo, qualquer ambiente para tratamento de saúde, e em especial as enfermarias, são, por si só, lugares, onde a relação interpessoal está sujeita a tensões.

As dificuldades oriundas dos próprios membros da equipe são decorrências de experiências vividas na enfermagem e do próprio estilo de vida deles. Neste sentido, a expressão de **HORTA (1976a)** “enfermagem é gente que cuida de gente”, vem explicar tais dificuldades. Afinal, tanto enfermeiros quanto pacientes trazem consigo experiências de vida singulares. Na troca destas experiências, é comum, segundo o nosso ponto de vista, aparecer a necessidade da compreensão a respeito de um e de outro.

#### *4.5.2 - Processamento dos Dados*

O resultado das questões precodificadas foi transferido para um banco de dados Dbase “Dialog”. Fez-se a consistência dos dados, corrigindo-se os erros encontrados. Posteriormente, o banco de dados ficou armazenado em um disco, para análise. A análise foi feita sob a supervisão de um Mestre em Estatística.

A discussão das questões abertas é baseada nas palavras chaves ou em expressões chaves, que foram previamente codificadas, e posteriormente armazenadas, também, em um banco de dados.

Para comparação dos resultados, procedeu-se ao teste de associação pelo Qui-quadrado e fixou-se o nível de significância em 5% (erro de primeira espécie) e seguiram-se os procedimentos mencionados por **COCHRAN (1980)**.

## **4.6 - Caracterização das Unidades de Internação**

Antes de procedermos à discussão dos resultados, achamos por bem caracterizarmos o local onde realizamos o estudo.

O Hospital das Clínicas da UNICAMP tem capacidade para admissão de trezentos e noventa (390) pacientes, distribuídos em vinte e duas (22) unidades de internação, conforme demostramos no quadro a seguir:

**QUADRO 2 - Caracterização das unidades de internação, segundo a especialidade e número de leitos. Campinas, 1993**

<b>UTI-ADULTOS</b> Possui dezesseis (16) leitos, sendo: cinco (5) destinados a pacientes infartados, na unidade coronariana, quatro (4) leitos específicos para o Centro Cirúrgico, geralmente com pacientes de cirurgia cardíaca, quatro (4) são destinados a doentes politraumatizados com TCE e pós-operatório e quatro (4) leitos para portadores de infecções graves, vindos do setor de Doenças Transmissíveis ou Ginecologia Obstétrica
<b>PEDIATRIA</b> Tem quarenta e oito (48) leitos, sendo: quatro (4) destinados a crianças nefropáticas e urologia, quatro (4) leitos para cirurgia pediátrica, dois (2) para ortopedia e trinta e oito (38) leitos reservados às demais crianças com afecções variadas.
<b>UTI-Pediátrica-</b> Conta com dez (10) leitos destinados a crianças com trauma crânio-encefálico, pneumopatias, insuficiências respiratórias e tumor do sistema nervoso.
<b>ENFERMARIA DE EMERGÊNCIA</b> Tem quatorze (14) leitos, sendo: seis (6) destinados a pacientes intensivos e oito (8) a pacientes semi-intensivos Destes, dois (2) são reservados para enfermos com melhora do quadro ficando mais distantes do posto de enfermagem.
<b>CIRURGIA DO TRAUMA</b> Possui dezesseis (16) leitos: doze (12) reservados a pacientes semi-intensivos e quatro (4) para intensivos que ficam no mesmo quarto, exceto quando necessários medidas de isolamento, por infecção.
<b>PSIQUIATRIA</b> Conta com dezesseis (16) leitos para admissão de doentes com os mais variados diagnósticos psiquiátricos.
<b>TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA</b> Esta unidade estava em organização, na época da coleta de dados.
<b>NEUROCIRURGIA</b> Possui dezoito (18) leitos, sendo : doze (12) para a neurocirurgia e seis (6) leitos para a oftalmologia.
<b>NEUROCLÍNICA</b> Tem dezoito (18) leitos: dez (10) reservados à neuroclínica, sete (7) leitos para a otorrinolaringologia e um (1) leito para a oftalmologia.
<b>GASTROCIRURGIA</b> Mantém dezoito (18) leitos, todos destinados a pacientes sujeitos à gastrocirurgia.
<b>GASTROCLÍNICA</b> Possui dezoito (18) leitos, sendo dez (10) para a gastroclínica e oito (8) reservados à gastrocirurgia.
<b>MOLESTIAS TRANSMISSÍVEIS</b> Possui dezoito (18) leitos destinados a pacientes com doenças infecto-contagiosas.
<b>LEITO - DIA PARA AIDS</b> Nota: na época da coleta de dados, esta unidade estava em implantação.
<b>ENFERMARIA GERAL DE ADULTOS (1)</b> Conta com dezoito (18) leitos: dez (10) para a medicina interna, seis (6) leitos destinados à cirurgia plástica e dois (2) para a imunologia.
<b>ENFERMARIA GERAL DE ADULTOS (2)</b> Tem dezoito (18) leitos, todos para medicina interna.
<b>PNEUMOLOGIA E TÓRAX</b> Possui dezoito (18) leitos, sendo doze (12) para pneumologia e seis (6) para cirurgia de tórax.
<b>CARDIOLOGIA</b> Mantém dezoito (18) leitos, todos para pacientes candidatos à cirurgia cardíaca.
<b>HEMATOLOGIA+REUMATOLOGIA</b> Possui dezoito (18) leitos: quatro (4) destinados à dermatologia, dez (10) leitos para a hematologia e quatro (4) reservados à reumatologia
<b>VASCULAR</b> Conta com dezoito (18) leitos, sendo dez (10) para a vascular, seis (6) leitos para a endocrinologia, um (1) para a hematologia e 1 leito para a dermatologia.
<b>UROLOGIA+CABEÇA E PESCOÇO</b> Tem dezoito (18) leitos: doze (12) para a urologia e seis (6) para pacientes com afecções da cabeça e do pescoço.
<b>NEFROLOGIA</b> Conta com dezoito dezoito (18) leitos para pacientes nefropatas.
<b>ORTOPEDIA + ONCOLOGIA</b> Mantém dezoito (18) leitos: dezesseis (16) para ortopedia e dois (2) leitos destinados à oncologia
<b>TRAUMATOLOGIA + ONCOLOGIA</b> Possui dez (10) leitos, sendo: dezesseis (16) para traumatologia e dois (2) para oncologia.

As unidades de internação foram agrupadas em substratos, uma vez que, para cada um deles, é designada uma equipe de enfermagem específica.

Na Unidade de Terapia Intensiva para Adultos, os funcionários fazem rodízio entre o conjunto dos agrupamentos de leitos, conforme apresentamos acima. No entanto, segundo a direção deste setor, na medida do possível, os funcionários são colocados no trabalho, conforme sua preferência.

Na Unidade de Pediatria, os pais das crianças, geralmente a mãe, podem permanecer junto ao paciente, durante todo o período de hospitalização. Esta enfermaria funciona no sistema de alojamento conjunto.

Na sua estrutura física e geográfica, as unidades de internação possuem, em sua maioria, as mesmas características, excetuando as de Terapia Intensiva para Adultos e a UTI-Pediátrica.

O hospital possui seis (6) andares ou pisos, com dois blocos interligados. As unidades de internação estão localizadas a partir do quarto (4º) piso, onde ficam a Pediatria, ocupando três (3) quadrantes e a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, em um (1) quadrante. A Psiquiatria, a Unidade de Transplante de Medula Óssea, a Enfermaria de Emergência e a Cirurgia do Trauma ocupam os quatro (4) quadrantes do outro bloco.

No quinto (5º) piso, em um dos blocos, estão as unidades de Nefrologia, Urologia, Vascular e Hematologia. No outro bloco, do mesmo piso, ficam a Ortopedia, a Traumatologia, a Neuroclínica e a Neurocirurgia.

No sexto (6º) piso, ocupam um dos quadrantes a Unidade de Moléstias Transmissíveis, a Unidade de Leito-Dia para AIDS, e a duas Unidades Gerais de Adultos. Nos outros quatro quadrantes deste piso ficam a Gastroclínica, a Gastrocirurgia, a Pneumologia e a Cardiologia.

A Unidade de Terapia Intensiva para Adultos está localizada no segundo (2º) piso e foge totalmente às características físicas e geográficas das demais. Possui quatro (4) postos de enfermagem para atendimento a pacientes, nas especialidades apresentadas no quadro anterior.

Em todas as vinte e duas (22) unidades de internação existem, pelo menos, um posto de enfermagem amplo, uma sala de expurgo, uma copa e uma sala de reuniões clínicas.

Na Unidade Psiquiátrica, a de reuniões foi transformada em recinto de refeições e, ao mesmo tempo, destina-se à terapia ocupacional e recreacional ou a reuniões de grupo com os pacientes.

Não existe um espaço próprio para descanso dos membros da equipe de enfermagem.

O sistema de trabalho é o de plantões, obedecendo aos seguintes horários: das 7 às 14 horas (seção da manhã), das 13 às 20 horas (seção da tarde) e das 19 às 7 hs (seção da noite). Há o período de interface apenas entre as seções da manhã e da tarde, tarde e noite, de uma hora por dia.

Não há um sistema de chefia direta nas unidades de internação. O enfermeiro fica responsável, quando em plantão, pela parte técnica e administrativa da unidade. No entanto, para que isto aconteça, não há exigências de especialidade na área a ele designada. A equipe de cada unidade, ressalvadas as responsabilidades do enfermeiro, está ligada a um supervisor, que possui a responsabilidade técnica e administrativa por várias enfermarias, não necessitando ser um especialista naquelas áreas. Há, no hospital, trinta e oito (38) supervisores, sendo doze (12) para a seção da manhã, doze (12) para a seção da tarde e, seção da noite, quatorze (14).

Apresentamos a seguir a relação das unidades de internação de acordo com o número de leitos e a distribuição deles por funcionário.

**TABELA 13** - Distribuição da freqüência, segundo o número de funcionários por unidade de internação e por número de leitos. Campinas, 1993.

Unidade de Internação	Nº de Funcionários	Nº de Leitos	% Func./Leito
Pediatria	94	48	1,95
UTI-Pediátrica	31	10	3,10
UTI-Adultos	60	16	3,75
Enfermaria de Emergência e Cirurgia do Trauma	78	30	2,60
Moléstias Transmissíveis	31	18	1,72
Pneumologia e Cardiologia	43	36	1,19
Psiquiatria	21	16	1,31
Enfermaria geral de Adultos	44	36	1,22
Vascular e Hematologia	33	36	1,09
Gastroclínica e Gastrocirurgia	49	36	1,36
Neuroclínica+Neurocirurgia	48	36	1,33
Reumatologia e Nefrologia	45	36	1,25

Consideramos esta descrição sumária das unidades de internação como importantes para discussão dos dados. Frisamos que não constitui objeto específico de estudo uma análise mais detalhada da estrutura administrativa destes setores.



## ***5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO***

*'Sinto-me realizada ao ajudar uma pessoa. Em se tratando de pacientes cuja a vida está parcialmente entregue a nós, sinto uma satisfação imensa, quando posso fazer algo por eles.'*

*Atendente. Campinas, 1994*

Apresentaremos, de início, os gerais, ou seja, do Esquema de Coleta de Dados I. A seguir, discutiremos os resultados dos outros esquemas, que são relacionados às reações e aos sentimentos dos membros da equipe de enfermagem ao exercerem a profissão, junto aos pacientes internados nas enfermarias do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Conforme o plano amostral inicial, foram distribuídos duzentos e quarenta e cinco (245) instrumentos de coleta de dados, mas só retornaram cento e setenta e seis (176). Como 176 é maior que 154, este tamanho de amostra garante um intervalo com margem de erro de 0,07, o que ainda é aceitável e garante uma significância.

## 5.1 - Resultados e discussão do Esquema de Coleta de Dados I

### 5.1.1 - Distribuição

A distribuição dos elementos estudados por unidade de internação (Enfermarias) pode ser observada, examinando-se a Tabela 14.

**TABELA 14** - Distribuição dos funcionários estudados, segundo a unidade de internação. Campinas, 1993.

Unidade de Internação	Frequência	Porcentagem	Frequência Cumulativa	Porcentagem Cumulativa
Pediatria	26	14.8	26	14.8
Retaguarda	24	13.6	50	28.4
UTI-Adultos	21	11.9	71	40.3
Enf. Geral de Adultos	15	8.5	86	48.9
Neuroclínica e Neurocirurgia	13	7.4	99	56.3
Gatroclínica e Gastrocirurgia	11	6.3	110	62.5
Moléstias Infecciosas	11	6.3	121	68.8
Pneumologia	11	6.3	132	75.0
Nefrologia	10	5.7	142	80.7
UTI-Pediátrica	9	5.1	151	85.8
Ortopedia	9	5.1	160	90.9
Hematologia	8	4.5	168	95.5
Psiquiatria	8	4.5	176	100.0

Pelos dados desta tabela, podemos considerar que a devolução dos instrumentos foi boa, tendo em vista que houve no mínimo 56.25% e no máximo 100.00%. Complementamos estes dados pela Tabela 15.

**TABELA 15** - Distribuição dos funcionários, segundo sua localização em enfermarias e o índice de devolução dos questionários. Campinas, 1993.

Unidade de Internação	Frequência de Instrumentos entregues	Frequência de devolução	Porcentagem de devolução
Pediatria	41	26	63.41
Retaguarda	30	24	80.00
UTI-Adultos	23	21	91.30
Enf. Geral de Adultos	17	15	88.23
Neuroclínica e Neurocirurgia	19	13	68.42
Gatroclínica e Gastrocirurgia	19	11	57.89
Moléstias Infecciosas	12	11	91.66
Pneumologia	18	11	61.11
Nefrologia	17	10	58.82
UTI-Pediátrica	12	9	58.33
Ortopedia	16	9	56.25
Psiquiatria	8	8	100.00
Hematologia	13	8	61.53

Analisando as respostas, quanto à categoria profissional, dos treze grupos que compõem as unidades de internação, temos a seguinte estrutura:

**TABELA 16** - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem por categoria profissional. Campinas, 1993.

Função	Frequência	Porcentagem	Frequência Cumulativa	Porcentagem Cumulativa
Auxiliar	70	39.77	70	39.77
Enfermeiro	62	35.22	132	75.00
Atendente	25	14.20	157	89.20
Técnico	19	10.79	176	100.00

Também vamos demonstrar, através da Tabela 17, a distribuição destes mesmos profissionais, nos três turnos, manhã, tarde e noite, completando as vinte e quatro horas de trabalho.

**TABELA 17** - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem, segundo o turno de trabalho. Campinas, 1993.

Turno	Frequência	Porcentagem	Frequência Cumulativa	Porcentagem Cumulativa
Noite	63	35.8	63	35.8
Manhã	60	34.1	123	69.9
Tarde	52	29.5	175	99.4
Sem Informação	1	0.6	176	100.0

Em relação ao percentual de distribuição, por categoria profissional ou funcional, há uma diversidade de opiniões entre alguns autores que estudam este assunto. Para citarmos alguns, referimo-nos a **ALCALÁ et al. (1982)**, que preconizam 15% de enfermeiros, 45% de auxiliares de enfermagem e 40% de atendentes, como composição ideal da equipe de enfermagem. Já **FELDMAN (s.d.)** recomenda 10%, 20% e 60%, respectivamente, para os mesmos profissionais.

Estes autores (**ALCALÁ et al., 1982** e **FELDMAN, s.d.**) não mencionam os percentuais de técnicos de enfermagem. Isto aconteceu, julgamos, porque as atividades destes profissionais ainda não estavam devidamente regulamentadas na época da publicação dos trabalhos. A regulamentação veio, através de lei, em 1986 (**BRASIL, Leis, Decretos, etc., 1987**)<sup>\*</sup>. O técnico exerce suas atividades à semelhança daquelas destinadas aos auxiliares de enfermagem.

Mas o trabalho de **ABBOUD (s.d.)** apregoa que, para todas as unidades de internação, incluindo emergência, o ideal é de que haja 5% de enfermeiros, 10% de técnicos, 25% de auxiliares e 60% de atendentes. Para a Unidade Tratamento Intensivo,

<sup>\*</sup> Decreto Lei Nº 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei Nº 7.498 que dispõe sobre o exercício de enfermagem, e dá outras providências. *Código de Ética*. Conselho Regional de Enfermagem, São Paulo. p.31-5, 1993.

entretanto, sugere 10% de enfermeiros, 20% de técnicos, 60% de auxiliares e 10% de atendentes.

Para estes cálculos, foi levado em consideração o número de horas diárias de cuidados que, naquela situação, os pacientes requerem, e outros fatores locais que interferem na assistência de enfermagem.

Os cálculos propostos por estes autores (ALCALÁ et al., 1982; FELDMAN, s.d.; ABOUD, s.d.), foram publicados antes de 1986. A partir deste ano, os hospitais deveriam se ajustar aos ditames da “nova lei do exercício profissional”, que estabelece a extinção progressiva dos atendentes, na medida em que fossem adquirindo qualificação para as outras categorias profissionais, mais habilitadas. Ainda hoje, fazem parte dos quadros das equipes de enfermagem, mas, gradativamente, desaparecerão.

Não encontramos na literatura específica novos cálculos de pessoal de enfermagem somente com os enfermeiros, auxiliares e técnicos.

A guisa de alerta, podemos dizer que apenas os enfermeiros poderão prestar cuidados de enfermagem aos pacientes em **estado crítico**<sup>1</sup> de saúde. Auxiliares e técnicos somente exercem atividades delegadas por enfermeiros e supervisionadas pelos mesmos. Portanto, todo o trabalho de enfermagem é de responsabilidade do enfermeiro.

Os dados das Tabelas 3 e 4, superam todas as premissas estipuladas pelos autores referidos, pois a distribuição dos membros da equipe de enfermagem está em taxas superiores para os profissionais mais qualificados. Notamos que os enfermeiros constituem 35.2%, os técnicos e auxiliares, 50,56% (39.77% e 10.79%, respectivamente) e os atendentes, 14.20%.

Relembramos que, na descrição das unidades de internação, já afirmávamos que tanto os técnicos como os auxiliares de enfermagem exercem as mesmas funções neste local de pesquisa, como na maioria dos hospitais brasileiros.

---

<sup>1</sup> Pacientes com risco de vida ou graves como aqueles que necessitam de cuidados intensivos.

Observa-se que a categoria dos atendentes é a que possui o menor número. O que ocorre é que o hospital não está mais contratando atendentes, em respeito a lei do exercício profissional (**BRASIL, Leis, Decretos, etc., 1987**)<sup>1</sup>.

Ao verificar a Tabela 5, notamos que a maioria está alocada no plantão noturno, em função do horário de trabalho, que é de doze horas de atividade, por sessenta de descanso, necessitando assim maior número de pessoas para cobri-lo durante o mês.

Por outro lado, também podemos considerar a situação destes elementos como privilegiada, em relação à população de profissionais no Estado de São Paulo (240.000). O **COREN-SP, (1994)** mostra, em seu relatório de janeiro de 1994, que estes profissionais estão distribuídos na seguinte proporção: 2.42% de enfermeiros, 5.77% de técnicos, 39,30% de auxiliares de enfermagem e 42.49% de atendentes.

A respeito dos turnos de trabalho, verificamos que 35,8% estão alocados na seção de serviço noturno. Nos hospitais, atividades noturnas são normais e necessárias. Portanto, é de se esperar que haja influências danosas no ritmo circadiano.

O ritmo circadiano é próprio de cada espécie, animal ou vegetal, a partir de certa fase evolutiva, observado em condições ambientais constantes, influenciável pela intensidade da luz. Manifesta-se por variações periódicas, de acordo com o momento do dia, das funções biológicas (respiração, circulação, digestão, secreções endócrinas, etc.), o que pode ser observado, até mesmo, em nível celular.

A questão dos turnos de trabalho noturno foi estudada por **FERREIRA (1988)** e **DE MARTINO (1989)** reconhecendo que a organização deste tipo de trabalho levanta aspectos irreconciliáveis, onde os sincronizadores individuais estão invertidos, em relação aos demais sincronizadores sociais, violentando também os ritmos circadianos, trazendo desordens, não somente na esfera biológica, mas também, na esfera psicológica e social desses trabalhadores.

Algumas discussões pessoais feitas com **DE MARTINO**<sup>2</sup>, que estuda as alterações circadianas dos sinais fisiológicos e dos estados emocionais e mudanças de

---

<sup>1</sup>Decreto Lei n.94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498 que dispõe sobre o exercício de enfermagem, e dá outras providências.

atitudes em enfermeiros, em função do trabalho noturno, revelam que os profissionais desta seção podem apresentar, com muito mais frequência, irritabilidade, problemas de memória, atenção e concentração. Os efeitos destas desordens não afetam apenas o relacionamento com os seus familiares e o convívio social, mas, também, interação com os pacientes e as pessoas com quem trabalham.

Em nosso estudo, observamos que mais de um terço dos elementos (35,8% - vide Tabela 17) estão fixados no plantão noturno, ou seja, permanecem durante doze horas consecutivas em atividades. Podemos afirmar que, mesmo um descanso de sessenta horas não é suficiente para que o ritmo circadiano se normalize.

Por outro lado, dormir é uma necessidade humana básica e precisa-se de ambiente propício para tal. Os trabalhadores do turno da noite estão, naturalmente, mais vulneráveis a alguns transtornos, pois, nem sempre, encontram ambiente tranquilo para que esta necessidade seja satisfeita. Assim, estes elementos precisam de supervisão constante, no sentido de estarem cientes da problemática acima citada.

### 5.1.2 - Quanto ao Sexo

No que tange ao sexo, detectamos:

TABELA 18 - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem quando ao sexo. Campinas, 1993.

Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	156	88.6
Masculino	18	10.2
Sem Informação	2	1.1
Total	176	100,0

<sup>2</sup> MILVA N. F. DE MARTINO - Mestre em Psicobiologia e Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Discussões pessoais com a pesquisadora. No momento está em fase final de sua Tese de Doutorado em Psicobiologia na Escola Paulista de Medicina, que tem com tema central as alterações cronobiológicas dos enfermeiros distribuídos em turnos de trabalho. 1994.

Verificamos que a grande maioria é do sexo feminino (88.6%), sendo 10.2% do sexo masculino. Isto posto, vem confirmar que a profissão de enfermagem é, ainda, eminentemente feminina, na atualidade.

**MEDICE (1990)** reafirma a tendência de femininização do trabalho no setor hospitalar e acrescenta que o feminino, em saúde tem sido mais significativo entre os profissionais de nível superior, que entre os de nível médio e elementar. Este autor nos revela duas ordens de determinantes: uma de natureza econômica e outra, de ordem mais subjetiva, que fala de uma adequação, através de atividades reparadoras dos processos femininos de sublimação, estendendo para os locais de trabalho pulsões habitualmente satisfeitas na esfera doméstica, qualificando e somando impulsos primitivos femininos.

A literatura vem, no entanto, acusando um ligeiro aumento na procura da enfermagem pelos elementos masculinos, (**FOTTER, 1976; BUSH, 1985; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1985; MELLO, 1976; PITTA, 1990**)

**FOTTER (1976)** relata, porém, que houve um tempo em que a enfermagem era eminentemente masculina. Principalmente em épocas de guerra ou praga, eram os homens que cuidavam do ferido ou doente. **ROGNESS (1976)** menciona que foi estabelecido, na Terra Santa, em 1050, um hospital para cuidar dos peregrinos cristãos. Eram os monges beneditinos que executavam os cuidados. Algumas Cruzadas impressionavam pela qualidade dos serviços prestados nos hospitais, associada à força de trabalho masculina.

Nos Estados Unidos, os homens representavam, em 1985, 2,7% do contingente da enfermagem, com tendência a aumentar, pois, da década de trinta até os anos setenta, a taxa de elementos masculinos permaneceu constante em 2% (**BUSH, 1985**).

No Brasil, um estudo intitulado “Força de Trabalho em Enfermagem”, elaborado pelo **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (1985)**, mostra que, embora a percentagem do sexo feminino seja “esmagadora”, isto é, 94,6%, a presença do elemento masculino, (5,4%), é bem maior que nos Estados Unidos (2,7%).

Como podemos observar, na Tabela 18 a proporção de homens exercendo a profissão de enfermagem, no local de nosso estudo, é maior ainda (10,2%).

**VESTAL (1983)** nos relata que as atitudes dos médicos para com os enfermeiros é muito difícil. Somente os mais instruídos cientificamente começam a ter uma visão mais positiva do trabalho dos homens na enfermagem. Geralmente, afirma, no início, suspeitam daqueles que fazem o trabalho das enfermeiras. Mas estas atitudes vêm mudando, também, paulatinamente. Na maioria das instituições, os enfermeiros são vistos com muito respeito e consideração.

**PITTA (1990)** constatou uma predominância de mulheres na força de trabalho empregada no hospital. Afirma, ainda, que as atividades de cuidar dos doentes, com suas características tecnológicas próprias de assistir, higienizar, alimentar, prover dos elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento do enfermo, sempre estiveram relegadas às mulheres.

A questão sempre se impôs. Esta tem sido uma atividade tipicamente feminina, em quase que todas as épocas. Na divisão social do trabalho em enfermagem, por séculos, afirma **MELLO (1986)**, foi uma tarefa relegada às mulheres, que foram as “doutoras sem graduação, afastadas de livros e leis, aprendendo umas das outras e passando as experiências de vizinha a vizinha, de mãe para filha”.

Por outro lado, **GIGLIO (1976)**, ao fazer um estudo sobre a manifestação de distúrbios emocionais nos estudantes de uma universidade, alerta-nos para os dados da literatura pertinente, confirmados em seu trabalho, que indicam ser a ocorrência de distúrbios emocionais mais comum entre as mulheres.

Também **PITTA (1990)**, fez um estudo sobre as pessoas que trabalham em hospital, analisou sintomas psicoemocionais como indicadores de sofrimento psíquico, permitindo-lhe afirmar que, entre as mulheres, a prevalência de sintomas é maior que entre os homens. A condição feminina parece influenciar esse sofrimento.

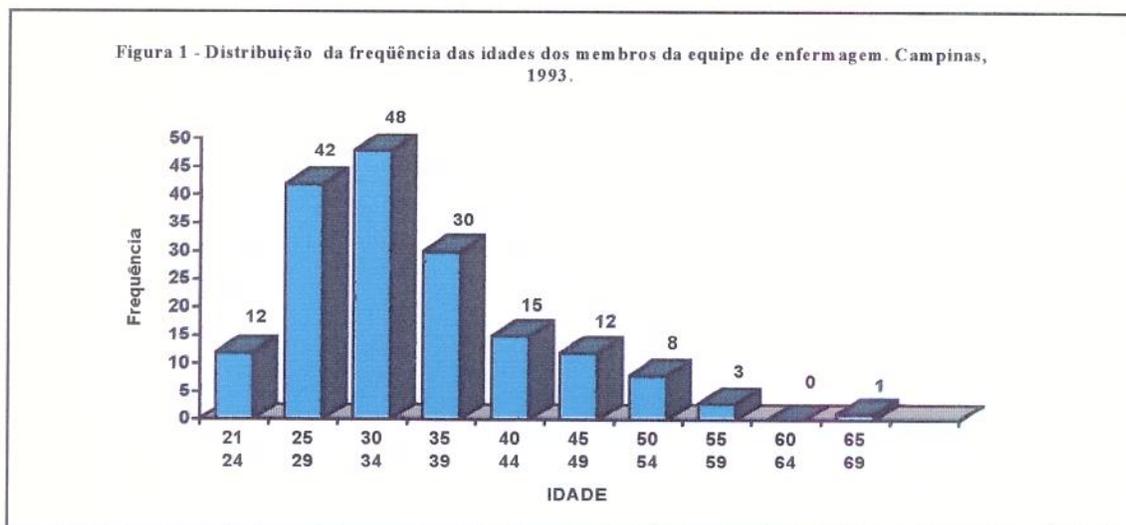
Nossa pesquisa mostra que a esmagadora maioria é do sexo feminino. A pensar pelos resultados, a possibilidade de haver problemas emocionais, entre os membros da equipe e o paciente, é grande.

A mulher, em geral, tem tarefas domésticas como a de dona-de-casa, ser mãe, cuidar dos filhos, e, normalmente, quando trabalha fora, sua carga de trabalho, muitas vezes, é maior que a do homem. Pode-se pensar que muitos problemas que aparecem no relacionamento enfermeira-paciente derivam, não propriamente da relação em si, mas da acumulação de atividades que, nem sempre, é reconhecida.

Mas, a condição de ter que prestar cuidados a um paciente, por si só, pode provocar o aparecimento de problemas de relacionamento, tanto para as mulheres quanto para os homens.

### 5.1.3 - Idade

Quanto à idade, os dados obtidos podem ser examinados a seguir:



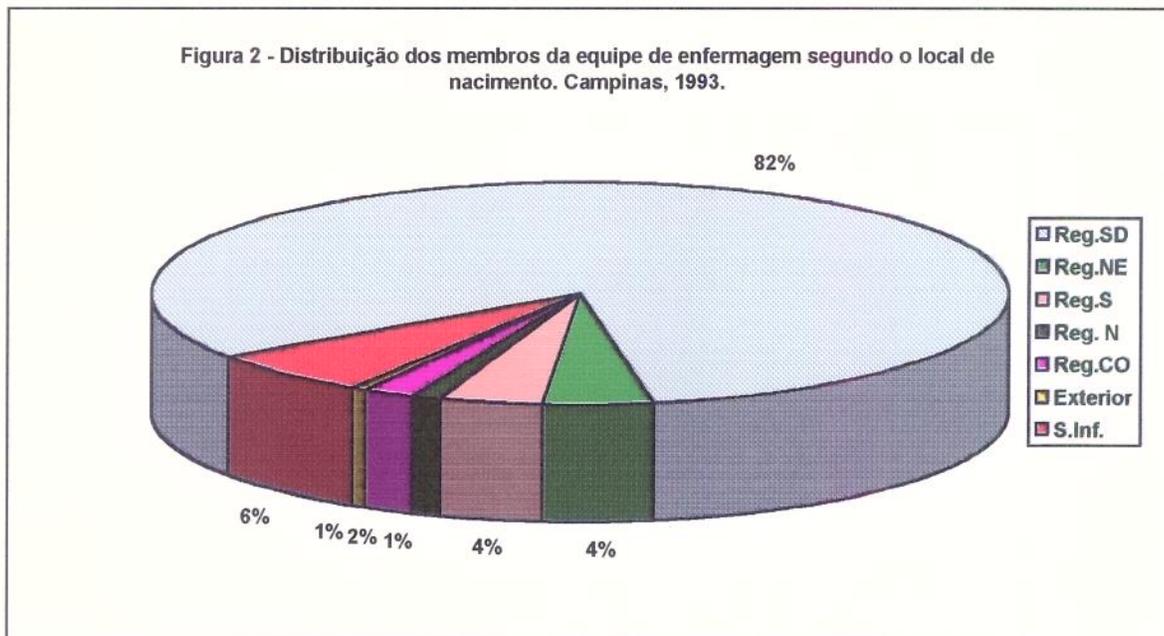
Os trabalhadores em enfermagem se situam, em sua grande maioria, na faixa etária de 25 a 39 anos (ou seja 120 elementos, 70,17%). Portanto caracterizam-se, como vêm assinalando os estudos feitos por **PITTA (1990)**, ao afirmar que a maioria se situa entre trinta e um e quarenta anos, ou seja, 36%. Mas esta autora se refere aos profissionais do hospital, de maneira geral.

Observemos que, em nosso estudo, esta taxa é quase dobro. Isto pode significar que o pessoal de enfermagem possui outras experiências mais longas ou optaram pela profissão um pouco mais tarde.

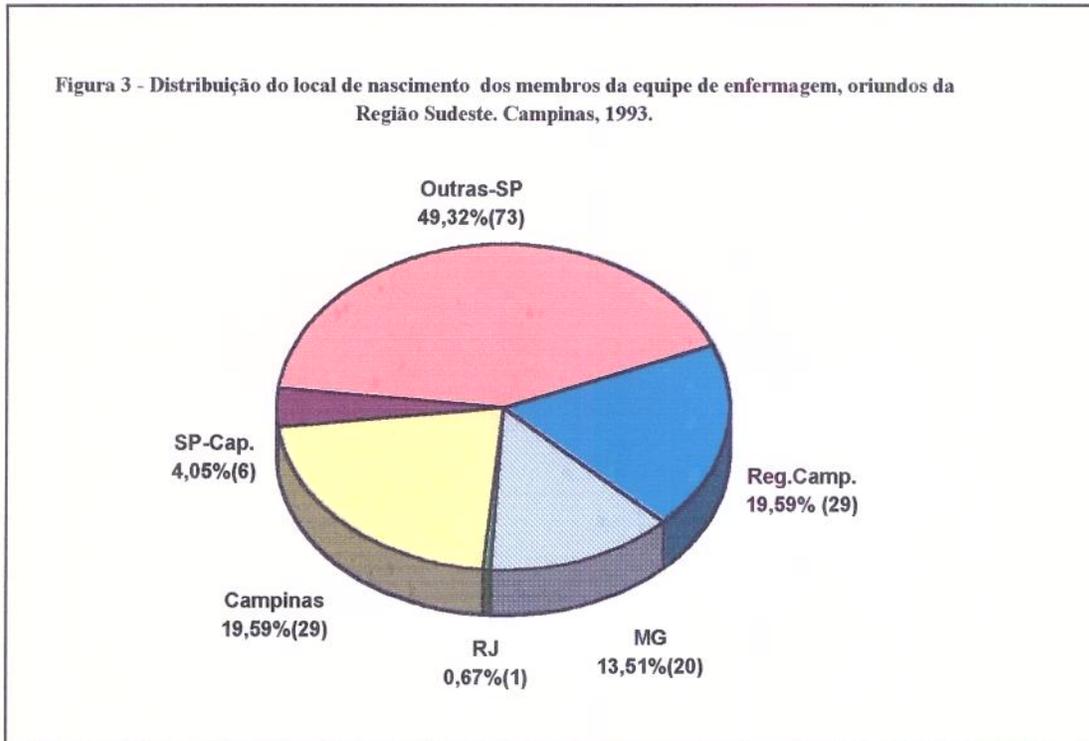
Uma pequena parcela deles, doze (12) elementos situam-se na faixa etária de vinte (20) a vinte e quatro (24) anos. No final da vida adulta, entre quarenta (40) e cinquenta e nove (59) anos, os demais constituem-se em trinta e oito (38) elementos, correspondendo a 22,22%.

#### 5.1.4 - Local do nascimento

Quanto ao local de nascimento, os membros da equipe de enfermagem são, em sua maioria absoluta, da Região Sudeste, como demonstramos na Figura 2:



Notamos também que, mesmo sendo do Estado de São Paulo, alguns são de cidades distantes em relação a Campinas, como podemos reparar na Figura seguinte:



As respostas nos mostram que a grande maioria nasceu na Região Sudeste do País, com predominância no Estado de São Paulo (80,45%). Destes 140 elementos que nasceram na Região Sudeste, destacamos aqueles de origem do Estado de Minas Gerais, que perfazem um contingente de 13,51%.

Sobressaem-se também os elementos que têm sua origem na cidade de Campinas e região (39,18%). Região aqui foi entendida como cidades circunvizinhas, que compõem a Região de Governo de Campinas, atualmente composta por dezenove municípios.

Na verdade, os dados demonstrados nas Figuras 2 e 3 confirmam o movimento migratório que se estabeleceu no país, de em busca de melhores condições de vida. Também é verdade que, nem sempre, o objetivo é alcançado, levando as pessoas a experimentar grandes frustrações em seus anseios. Quando deixam seus locais de origem, afastam-se de suas raízes, seus elos familiares e de amigos.

Para concluir esta discussão, podemos afirmar que o movimento migratório costuma deixar marcas naqueles que participam dele, e isto pode influenciar o “estado de ânimo”, ao decidir por uma ou outra profissão.

### 5.1.5 - Religião e Religiosidade

A religião professada dos membros da equipe de enfermagem pode ser verificada na Tabela seguinte:

**TABELA 19 -** Distribuição das religiões professadas pelos membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.

Religião	Frequência	Porcentagem	Frequência Cumulativa	Porcentagem Cumulativa
Católica	119	67,6	119	67,6
Protestante	25	14,2	144	81,8
Espírita	12	6,8	156	88,6
Não Tem Religião	10	5,7	166	94,3
Mistura de Religião	4	2,3	170	98,9
Em Branco.	2	1,1	176	100,0

Não é de se estranhar que a opção religiosa dos elementos estudados, com maior índice, (67,8%), foi o catolicismo, pois o Brasil tem a tradição histórica de ser o maior país católico do mundo. Chegou a ser a religião oficial do país. Aqui se implantou, desde o descobrimento pelos portugueses.

É importante a identificação da profissão religiosa dos componentes da equipe, não apenas para caracterizá-los, mas também, porque religião tem o sentido de religação, união, manifestação de crença comum, por meio de rituais e doutrinas próprias, envolvendo posição filosófica, ética, metafísica ou modo de pensar e agir. Dessa forma, a possibilidade de haver problemas de relacionamento, em função das diferenças religiosas, é menor quando elas são as mesmas, entre os membros da equipe e os pacientes da mesma fé.

**MACHADO (1993)** fez um interessante estudo sobre “as práticas religiosas do doente mental internado: incidências, influências e histórias de vida”. Examinemos os agrupamentos feitos por esta autora, pois a importância destes dados está na relação que

possuem no encontro diário, do paciente com o enfermeiro e os demais membros de sua equipe:

- 1 - Catolicismo: popular, erudito, carismático.
- 2 - Pentecostais: Congregação Cristã no Brasil, Assembléia de Deus, Deus é Amor, Igreja do Evangelho Quadrangular, Igreja Evangélica do Nazareno, Missão Novas Tribos do Brasil, Cristo Salva, Igreja Universal do Reino de Deus.
- 3 - Mediúnicas: Umbanda e Espiritismo
- 4 - Grupo bíblico não evangélico: Testemunhas de Jeová e Adventista.
- 5 - Protestantismo Histórico: Presbiteriana, Batista, Metodista
- 6 - Budismo, Neobudista (Seicho-no-iê)

Embora o catolicismo seja a religião mais praticada no Brasil, ela, hoje, enfrenta o “avanço” das seitas (**CONFERÊNCIA DO EPISCOPADO LATINO AMERICANO, 1992**), que provocam a sua dispersão.

O Pentecostalismo surgiu nos Estados Unidos, no século XIX, e veio para o Brasil em 1910. No ano de 1970 havia mil e cem (1.100) templos (**MACHADO, 1993**), difundindo-se no Brasil, de uma forma assustadora.

As religiões mediúnicas surgiram neste país, a partir da participação dos negros, que misturaram algumas concepções católicas, concepções do espiritismo kardecista e as religiões indígenas, como se caracteriza a umbanda. O espiritismo “possui uma marca européia, branca, justificando ser a menos estigmatizante das religiões de possessão” (**MACHADO, 1993**).

Ainda esta autora (**MACHADO, 1993**) agrupa os adventistas e testemunhas de Jeová em uma área específica, pois não se consideram protestantes. Há uma característica fundamental nestas religiões: guardam o sábado e não o domingo, como fazem os outros.

O protestantismo veio para o Brasil já no século XIX, através das imigrações alemãs. Todas as Igrejas desse grupo são denominadas Evangélicas. Há, entre eles, o

subgrupo dos históricos ou tradicionais e o subgrupo dos protestantes convertidos, cujo grupo principal é a dos pentecostais (MACHADO,1993).

Passemos a examinar os dados de nossa pesquisa: A Tabela 19 permite verificar que a maioria dos participantes do presente estudo, adota o catolicismo, perfazendo um total de cento e dezenove (119) (67,6%).

Os protestantes congregam um contingente de vinte e cinco (25) pessoas (14,2%) em seus mais variados ramos. Este percentual é composto pelos Pentecostais, ou seja os “crentes” da Assembléia de Deus, Congregação Cristã no Brasil, Igreja Universal do Reino de Deus, as derivações mais recentes do Grupo Protestante. Mas também agrupamos neste percentual (14,2%) os mais tradicionais ou denominados históricos, como os Batistas, Presbiterianos, Metodistas, entre outros.

O Espiritismo está representado por doze (12) elementos (6,8%). Alguns, no entanto, manifestam que não possuem religião (dez elementos, ou seja, 5,7%).

Em se tratando das práticas religiosas, temos a seguinte manifestação demonstrada:

**TABELA 20** - Distribuição da frequência dos membros da equipe de enfermagem, quanto à religião e prática religiosa. Campinas, 1993.

Religião	Prática Religiosa				Total
	Praticante	Não Praticante	Participa de Movimentos Religiosos	Sem Informação	
Católica	49 (41,1%)	57 (47,8%)	8 (6,7%)	5 (4,2%)	119 (100,0%)
Protestante	20 (80,0%)	2 (8,0%)	2 (8,0%)	1 (4,0%)	25 (100,0%)
Espirita	5 (41,6%)	3 (25,0%)	2 (16,6%)	2 (16,6%)	12 (100,0%)
Não Tem Religião	-	6 (60,0%)	-	4 (40,0%)	10 (100,0%)
Mistura de Religião	1 (25,0%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)	-	4 (100,0%)
Outras	4 (100,0%)	-	-	-	4 (100,0%)
Em Branco	1 (50,0%)	1 (50,0%)	-	-	2 (100,0%)
Total	80 (45,4%)	71 (40,3%)	13 (7,3%)	12 (6,8%)	176 (100,0%)

Nota-se que a maioria pratica sua religião. No entanto, os católicos são os menos atuantes. Isto se deve à dispersão que a Igreja Católica vive hoje (**REVISTA ISTO É SENHOR, 1993**).

Observemos que grande parte (80,%) dos protestantes é praticante. Este grupo chega, às vezes, às raias do fanatismo, principalmente os pentecostais. Constituem-se em 75% de todos os protestantes (**MACHADO, 1993**). É muito comum vermos pelas unidades de internação estes elementos, que, muitas vezes, por força de uma disciplina rígida, têm hábitos semelhantes. As mulheres, por exemplo, não podem cortar os cabelos, nem usar cosméticos, nem calças compridas. Colocam tudo nas mãos de Deus. No discurso com os doentes é comum “pregar a palavra de Deus”.

Algumas vezes, a imprensa falada ou escrita anuncia problemas de quebra de preceitos religiosos, em função da impossibilidade de manutenção deles por motivo de procedimentos médicos. Temos, como exemplo, a necessidade de transfusão sanguínea nos chamados “testemunhas de Jeová” ou então a cortar os cabelos das “pentecostais”, no caso de acidentes que requerem tratamentos cranianos, ou mesmo, para sua higiene pessoal. Isto costuma levar os membros da equipe de enfermagem a enfrentar alguns dilemas e conflitos.

### **5.1.6 - Estado Civil**

Outra característica sociodemográfica verificada foi o estado marital dos membros da equipe de enfermagem. Foi estudada, levando-se em consideração todos os elementos da amostra, isto é, duzentos e quarenta e cinco (245) pessoas. Isto se deve a uma falha no instrumento de coleta de dados: Após sua impressão, verificamos que não contemplava esta questão. Então, de posse da listagem de todos os indivíduos amostrados, buscamos, um-a-um, para fazer o registro do estado civil. Assim sendo, estes dados sociodemográficos se referem a duzentos e quarenta e cinco (245) elementos, incluindo os cento e setenta e seis (176) que responderam às questões:

**TABELA 21** - Distribuição de frequências do estado marital dos membros da equipe de enfermagem, segundo a categoria profissional. Campinas, 1993.

Categoria	Casado	Solteiro	Sep.	Desq.	Viúvo	Em Branco	Total
Enfermeiro	24 (33,8%)	44 (61,9%)	1 (1,4%)	-	2 (2,8%)	-	71 (100,0%)
Técnico	16 (47,0%)	18 (52,9%)					34 (100,0%)
Auxiliar	43 (42,5%)	50 (49,5%)	4 (3,9%)	2 (1,9%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	101 (100,0%)
Atendente	17 (43,8%)	12 (30,7%)	3 (7,6%)	1 (2,5%)	4 (5,0%)	2 (5,1%)	39 (100,0)
Total	100 (40,8%)	124 (50,5%)	8 (3,2%)	3 (1,2%)	7 (2,8%)	3 (1,2%)	245 (100,0%)

Observamos a predominância de elementos solteiros, destacando-se entre eles a categoria dos enfermeiros (61,9%). Se agruparmos os elementos desquitados, viúvos, separados, a frequência, em todas as categorias, ultrapassa a 52%. A única categoria, cujos casados predominam, é a dos Atendentes (43,5%). Ainda assim, se somarmos os desquitados, viúvos e separados, a frequência de pessoas que estão sozinhas também ultrapassa os 50%.

Não encontramos, na literatura específica disponível de enfermagem, trabalhos que fizessem relação entre o estado civil e atividades profissionais.

Mas é interessante observarmos que os dois símbolos para a enfermagem brasileira recaem em pessoas, ambas nascidas no século passado: Florence Nightingale, inglesa, mas nascida em Florença, na Itália, solteira, dedicou seus quase 90 anos à modernização da enfermagem, destacando-se pelo eficiente atendimento na Guerra da Criméia; Ana Néri, brasileira, que dedicou boa parte de sua vida aos feridos da Guerra do Paraguai, em sua viuvez. Por coincidência ou não, viviam sozinhas e podiam dedicar-se integralmente às pessoas.

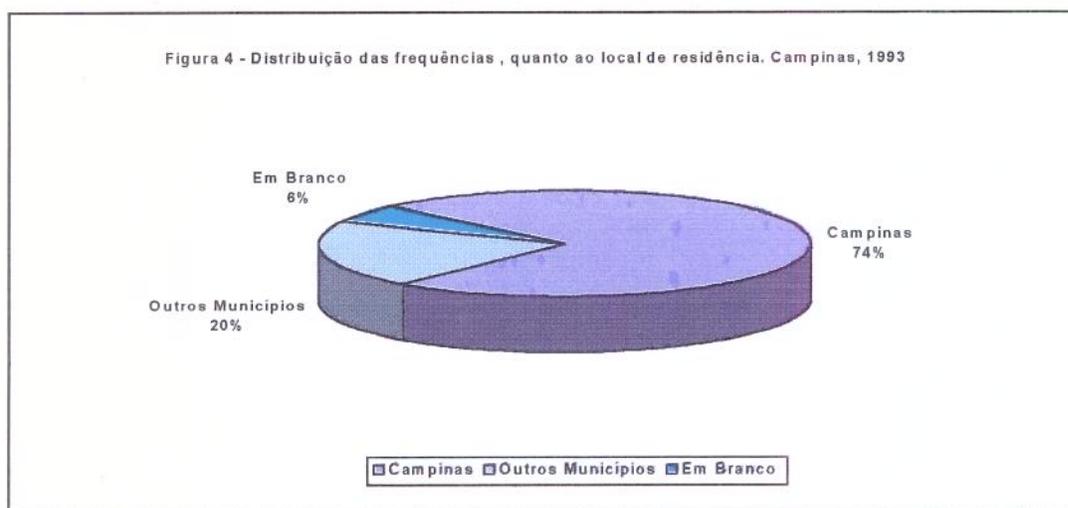
É comum ouvirmos, ainda hoje, falar que “fazer enfermagem” é dedicação plena, é sacerdócio, é ser um “anjo de branco”. **HORTA (1975b)** chama a estas expressões de “os mitos da enfermagem” e acrescenta que estes levam as enfermeiras à estagnação e satisfazem somente os que procuram, na enfermagem, uma profissão para sublimar as necessidades pessoais.

Também, em nossos dias, convivemos com lideranças e membros vivos da história da enfermagem brasileira, que, sem nenhum demérito, são solteiras, todas octogenárias<sup>1</sup>, serviram e servem de modelo a ser imitado. Por outro lado, certas lideranças de nosso convívio, ativamente contribuem para o progresso e avanço científico da profissão e são casadas<sup>2</sup>.

Acreditamos que ser ou estar sozinho não é condição precípua para que o relacionamento com os pacientes se torne problemático ou não. Neste trabalho não foi examinada profundamente a questão. Está aberta pista para futuros estudos.

### 5.1.7 - Local de Residência

A maioria dos elementos que sustentam os postos de trabalho em enfermagem, neste hospital, reside em Campinas (74,0%). Há, também, um fluxo de pessoas das cidades circunvizinhas, que trabalham neste hospital (20%). Vejamos:



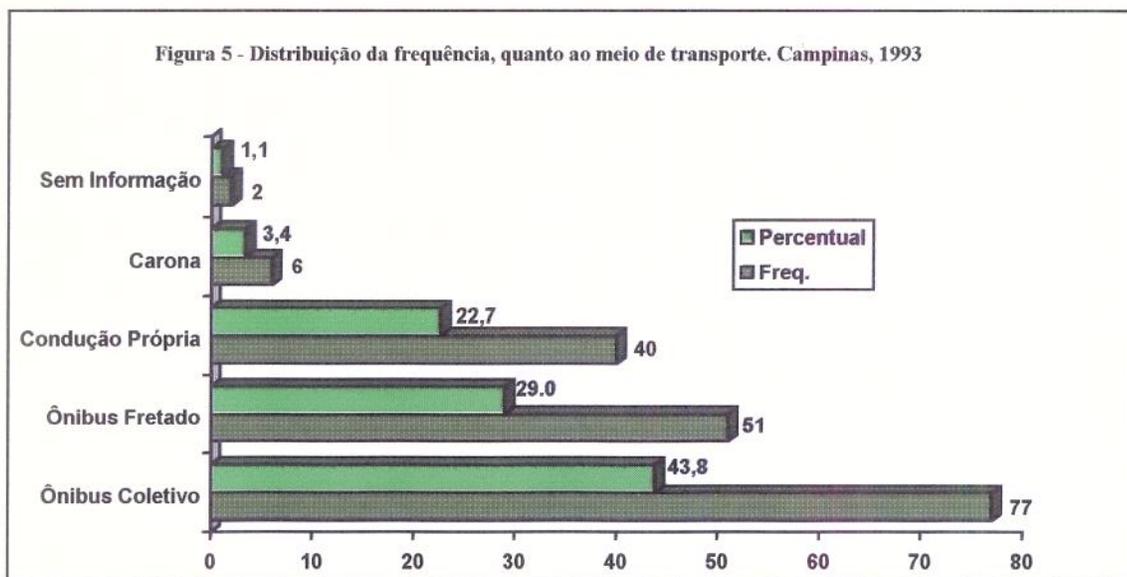
<sup>1</sup>Deixamos, propositadamente, de citar nomes, pois não temos a autorização formal para nomeá-las.

<sup>2</sup>Ibidem.

### 5.1.8 - Meio de Transporte e Tempo Gasto Para Chegar ao Trabalho

Verificamos quais são os meios de transporte utilizados para chegar ao serviço. A cidade de Campinas é considerada de grande porte, existindo nela os mesmos problemas populacionais das grandes cidades brasileiras. Possui oitocentos e quarenta e seis mil, duzentos e trinta e oito (846.238) habitantes, segundo um sumário de dados de Campinas (CAMPINAS, 1993). Neste fascículo, a Secretaria Municipal de Planejamento informa-nos que o crescimento populacional é de 2,22%, ao ano. A Região de Campinas possui dois milhões, trinta mil, setecentos e vinte e dois (2.030.722) habitantes.

Um dos grandes problemas vividos pelos habitantes das grandes cidades é o meio de transporte utilizado para chegar ao trabalho. Este é o conteúdo da Figura 5.



A Universidade Estadual de Campinas, à qual pertence a administração do hospital localiza-se, aproximadamente, a dezoito (18) quilômetros do centro da cidade e possui um sistema de transporte para os seus funcionários, utilizando-se de fretamento de ônibus. Também é servida por linhas comuns, para a população em geral, que se dirige à universidade.

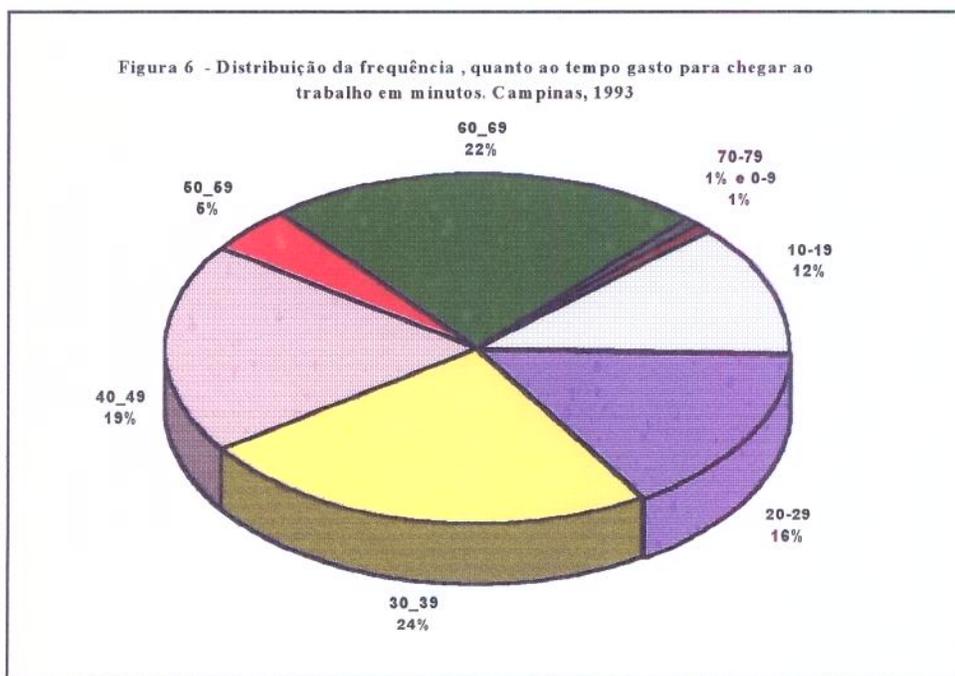
Observa-se que 43,8% utilizam coletivos urbanos e 29,0%, ônibus fretado, para chegar ao local de trabalho, constituindo a maioria deles (72,8%). Isto pode significar demora para iniciarem as atividades chegando ao local de trabalho já estressados pelo trânsito, interferindo na forma de atendimento aos pacientes internados.

Apenas 22,7% possuem condução própria.

O contato do pessoal de enfermagem com os pacientes não é apenas verbal. Implica, na maioria das vezes, tocar, manusear, invadir seu espaço pessoal, aplicar injeções, fazer curativos, dar banho, mudar de decúbito, higienizar, alimentar, entre outros cuidados. Todas estas atividades não são feitas com neutralidade total. Assim como as necessidades dos pacientes precisam ser satisfeitas, isto também ocorre com o pessoal de enfermagem.

Estas pessoas, quando chegam ao trabalho, carregam consigo problemas do dia-a-dia. Portanto, é de se esperar que o profissional, ao perder tempo no traslado ao serviço, viagens longas, cansativas, poderá ter algumas dificuldades de relacionamento com os pacientes.

Isto posto, coube-nos verificar, ainda, o tempo gasto, conforme figura seguinte.



Por estes dados, podemos considerar que os membros da equipe de enfermagem gastam muito tempo no transporte. Notamos que 41% deles gastam de 40 a 69 minutos, em viagem. Fica comprovado que as distâncias entre sua residência e o hospital são muito grandes ou a Cidade possui um trânsito de veículos intenso, que impede a locomoção mais fácil e rápida.

### 5.1.9 - Profissão dos Pais

Verificamos se a profissão dos pais tinha alguma relação com a dos elementos pesquisados. A relação de profissões é baseada na Tabela de Ocupação Principal da Receita Federal (BRASIL, 1994). Apresentamos os dados nas Tabelas 22 e 23.

**TABELA 22** - Distribuição da frequência da profissão do pai dos membros da equipe de enfermagem Campinas, 1993.

Profissão do Pai	Freq.	%	Freq. Acumulada	% Acumulada
Trabalhadores de serviços e assemelhados	53	30,1	53	30,1
Trabalhadores do comércio e assemelhados	33	18,8	86	48,9
Trabalhadores agrícolas, da pecuária, florestais, da pesca, extração e assemelhados	27	15,3	113	4,2
Sem informação	24	13,6	137	77,8
Trabalhadores Administradores e assemelhados	15	8,5	152	86,4
Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e assemelhados	10	5,7	162	92,0
Trabalhadores da produção industrial	7	4,0	169	96,0
Membros dos poderes legislativo, executivo e judiciário, servidores civis e militares	7	4,0	176	100,0

**TABELA 23** - Distribuição da frequência da profissão da mãe dos membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.

Profissão da Mãe	Freq.	%	Freq. Acumulada	% Acumulada
Trabalhadores de serviços e assemelhados	117	66,5	117	66,5
Trabalhadores Administradores e assemelhados	19	10,8	136	77,3
Sem informação	16	9,1	152	84,4
Trabalhadores do comércio e assemelhados	11	6,3	174	98,9
Trabalhadores agrícolas, da pecuária, florestais, da pesca, extração e assemelhados	2	1,1	176	100,0

A ilustração apresentada nas Tabelas 22 e 23 leva-nos a afirmar que tanto a profissão do pai quanto a da mãe, não possuem relação direta com a profissão atual dos membros da equipe de enfermagem. Constatamos que apenas três pais e duas mães pertenciam à área de saúde ( um (1) Médico, um (1) Dentista e um (1) Atendente para o pai e uma (1) Auxiliar de Enfermagem e uma (1) Atendente para a mãe).

Portanto, profissão, pelos dados apresentados, foi de livre escolha ou sugerida por motivos que estudaremos um pouco mais tarde neste trabalho.

#### **5.1.10 - Escola de Formação**

Quisemos saber as escolas onde os elementos da equipe tiveram sua formação. Esclarecemos que estes dados se referem aos enfermeiros, técnicos e auxiliares. Os atendentes, como já mencionamos, não necessitam de cursos formais. Vejamos tabela 24.

**TABELA 24** - Distribuição das frequências do local das escolas dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. Campinas, 1993.

Escolas	Frequência	Porcentagem
Campinas	89	50,6
Locais distantes de Campinas	23	13,1
Locais próximos a Campinas	22	12,5
Outros estados	12	6,8
Em branco	30*	17,0
Total	176	100,0

\* Reúnem-se neste dado os atendentes

Consideramos próximas a Campinas as cidades que fazem parte desta Região de Governo.

Notamos que um pouco mais que a metade destes profissionais fizeram seu curso em Campinas. Localizam-se nesta cidade as Escolas de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e da Universidade Estadual de Campinas: os cursos de Auxiliar de Enfermagem pelo Centro Keneddy, Centro Médico de Campinas e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial e o curso técnico do Colégio Técnico da UNICAMP.

Chamam-nos a atenção os 12,5% de pessoas formadas na região de Campinas, aqui congregadas pelas Escolas de Enfermagem de Araras, São Carlos e os 13,1% vindos de escolas de outras cidades do estado de São Paulo.

Sabemos que, em todas, os cursos de formação profissional, sejam eles para enfermeiros, técnicos ou auxiliares, possuem em seus currículos disciplinas relacionadas à psicologia. Costumam-se discutir dentro delas os aspectos do relacionamento enfermeiro-paciente. No entanto, obedecidas as normas de currículo mínimo, os cursos podem oferecer disciplinas opcionais.

Procurando saber, através do contato com coordenadores, professores e secretárias, se algumas das escolas mencionadas ofereciam disciplinas específicas sobre o relacionamento enfermeiro-paciente, pudemos verificar:

- Faculdade de Enfermagem de Araras-SP - Possui uma disciplina denominada Psicologia e Relações Humanas, com carga horária de sessenta horas, onde o assunto é discutido, mas não como tema central.

- Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - A discussão é feita nas disciplinas de Antropologia, Psicologia e Introdução à Enfermagem I, que o tratam como conteúdo de pequenas unidades de ensino.

- Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - O relacionamento enfermeiro-paciente é abordado com o nome de Aspectos Psicossociais de Pacientes Hospitalizados, nas disciplinas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I (duas horas) e Enfermagem Médico-Cirúrgica II (quatro horas).

- Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - centraliza a discussão nas seguintes disciplinas: Personalidade e Ajustamento (tema central), Enfermagem Psiquiátrica (Relacionamento Terapêutico) e em algumas unidades de ensino nas Disciplinas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I (relacionamento interpessoal - duas horas) Enfermagem Médico Cirúrgica II. (relacionamento interpessoal com duração de duas horas).

- Curso Técnico de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - Aborda o assunto nas disciplinas: Psicologia, Enfermagem Psiquiátrica e Administração.

- Os cursos de Auxiliar de Enfermagem abordam o tema apenas no conteúdo de Psicologia.

Como podemos observar, o relacionamento enfermeiro-paciente é discutido, em maior ou menor grau, em todas as escolas ouvidas.

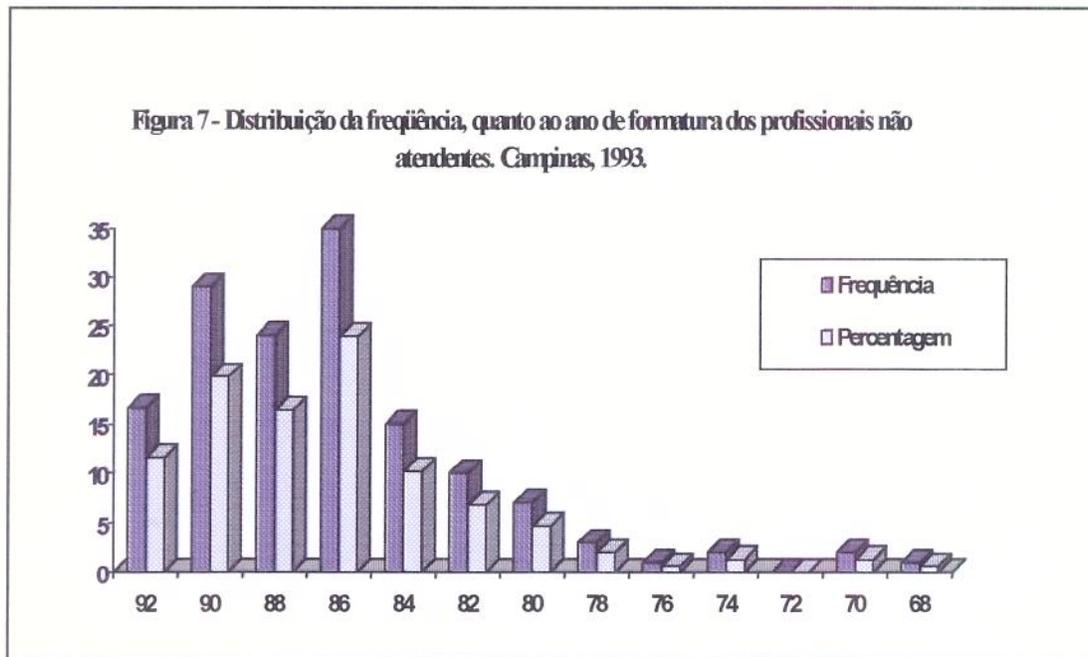
Não verificamos, entretanto, o conteúdo destas disciplinas e achamos por bem não especular sobre as mesmas. O que podemos afirmar é que todas se preocupam em discutir tal relação, embora não haja uma específica para este tema.

### 5.1.11 - Ano de Formatura (para os não atendentes)

Os atendentes não necessitam de qualquer curso para exercer suas atividades. Eles executam tarefas simples, o trabalho menos qualificado, bastando um treinamento em serviço. Porém, estão inclusos no estudo porque costumam ser os elementos que passam mais tempo com os pacientes.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem também exercem suas atividades sob a supervisão dos enfermeiros. Exige-se deles curso regular, devidamente aprovado no Ministério da Educação e registrado nos Conselhos Regionais de Enfermagem.

Isto posto, verificamos o ano de formatura dos profissionais, dos quais se exigem cursos regulares e a escola por onde foram formados, servindo como base para a discussão do tempo de atividade em enfermagem. Estes dados estão demonstrados na Figura 7.



A experiência profissional também pode ser verificada pelo tempo de atividade na área, pelo tempo de hospital e pelo tempo de atividade na unidade de internação. Observemos a Tabela 25.

**TABELA 25** - Distribuição da freqüência, quanto ao tempo de atividades em enfermagem, no hospital e na enfermaria, segundo os membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.

Anos	Tempo de Atividades na Enfermagem		Tempo de Atividades no Hospital		Tempo de Atividades na Enfermária	
1 - 4	44	25,0	82	46,5	115	65,3
5 - 9	69	39,2	76	43,1	54	30,6
10 - 14	35	18,8	9	5,1	2	1,1
15 - 19	10	5,6	3	1,7	2	1,1
20 - 24	13	7,3	4	2,2	1	0,5
25 - 29	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Sem Informação	4	2,2	2	1,1	2	1,1
Total	176	100,0	176	100,0	176	100,0

Os dados aqui demonstrados permitem uma visão do tempo de trabalho em enfermagem. Percebe-se que a predominância é de um a quatro anos de atividades no hospital, podendo significar que foi o primeiro emprego. Significativa, também, a percentagem de trabalhadores que exercem suas atividades de cinco a nove anos, nem sempre na mesma proporção, mas apontando para uma estabilidade no serviço.

Percebe-se, ainda, que durante a trajetória nas atividades de enfermagem, experimentam mudanças, pois se 25% estão na faixa de um a quatro anos em atividades de enfermagem, 65,3% possuem também, de um a quatro anos na enfermária. Isto mostra que podem deslocar-se de uma unidade para outra, dentro do próprio hospital. Discutiremos este assunto um pouco mais adiante.

**FERREIRA (1992)** não encontrou, na literatura de Enfermagem, estudo sobre o tempo necessário para que o enfermeiro se sinta habilitado para desempenhar, com segurança, o seu papel. Considera, entretanto, que por volta de quatro anos de prática profissional, é possível estar em condições de bem executar seu trabalho.

Nossa pesquisa revela que uma boa parte (25%) se encontra nesta faixa (menos de 4 anos de atividades). Segundo a afirmação de **FERREIRA (1992)**, é possível

que, por falta de uma prática mais longa, estes elementos possam vivenciar problemas de ordem emocional, ao depararem com a manifestação de sentimentos e reações dos pacientes.

### 5.1.12 - *Vida Econômica Familiar*

Em relação à vida econômica, nosso interesse foi saber se os respondentes eram os principais responsáveis pelo sustento da casa, ou se necessitavam de ajuda dos outros membros familiares. Verifiquemos os dados da Tabela 26.

**TABELA 26** - Distribuição das respostas quanto à contribuição familiar no sustento da casa dos membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.

Contribuição familiar no sustento da casa	Frequência	Percentagem	Frequência Cumulativa	Percentagem Cumulativa
Contribui parcialmente	118	67,0	118	67,0
Principal Sustento da família	34	19,3	152	86,4
Recebe ajuda de outras pessoas	20	11,4	172	97,7
Sem Informação	4	2,3	176	100,0

O fato de 67,0% contribuírem parcialmente no sustento da casa, pode ser explicado, em parte, pelos dados da Tabela 20, cujos casados representam 40,8%. Os 16,2% restantes, provavelmente, estão vivendo com os pais e contribuem parcialmente para o sustento da casa. Podem ser os desquitados, separados, divorciados e viúvos, que complementam suas pensões com o salário do trabalho atual.

Algumas pessoas responderam que são as principais responsáveis pelo sustento da casa, ou seja, 19,3%. Neste percentual, também podem estar os separados, desquitados e viúvos (3,2%, 1,2% e 2,8%, respectivamente - Vide Tabela 21), sem pensão alimentícia ou aposentadorias e os solteiros (50,5% -Vide Tabela 21).

### 5.1.13 - *Experiência Profissional*

Para concluir os dados sociais e pessoais, também chamados de sócio-demográficos, do Esquema de Coleta de Dados I, questionamos sobre as experiências profissionais dos elementos participantes do estudo.

Nos dados que apresentaremos a seguir, nas atividades de clínica médica incluem-se as atividades em enfermarias de moléstias infecto-contagiosas, hematologia, cardiologia, nefrologia, clínica geral, enfermaria geral de adultos, gastroclínica, oncologia e psiquiatria.

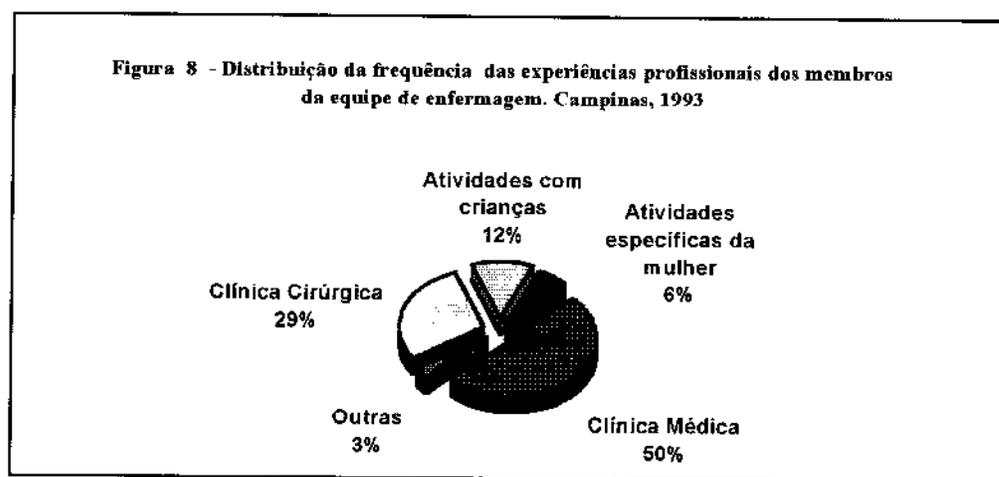
Nas atividades de cuidados intensivos, urgências e cirúrgicas, incluímos as experiências em centro de terapia intensiva, retaguarda a pacientes graves, pronto socorro, urgências médicas e centro cirúrgico.

Entre as atividades com crianças estão as experiências em pediatria e berçário.

A obstetria e ginecologia foram agrupadas em atividades específicas da mulher.

Incluímos, ainda, outras atividades como saúde pública, ensino e ambulatórios.

Os resultados estão expostos na Figura 8.



Estes dados nos mostram que os membros da equipe de enfermagem possuem experiência profissional nas duas grandes áreas de concentração: a clínica médica e clínica cirúrgica, o que constitui ponto positivo, pois lhes garante maior segurança no tratamento das pessoas doentes.

O rodízio no hospital se dá por algumas razões:

1 - Por desejo pessoal - quando a pessoa sente que não se adaptou à unidade de internação porque não se deu bem com suas rotinas e normas ou porque não é o tipo de paciente de que gostaria de cuidar, por não se sentir segura, ou porque tem problemas com os demais membros da equipe. Se a pessoa é atendida, permanece motivada e isto vem contribuir no bom relacionamento com os doentes e demais membros da equipe. No entanto, este desejo, nem sempre, é possível atender. Isto gera insatisfação e conseqüentemente interfere, de forma negativa nas relações interpessoais, de maneira geral.

2 - Por necessidade do serviço - algumas pessoas se adaptam a qualquer atividade de enfermagem. São freqüentemente solicitadas a atender as necessidades do serviço, como férias, licenças, faltas e demissões. Podem sofrer alguns problemas iniciais, mas logo ficam bem na nova enfermaria e sentimentos e reações negativas são amenizados. Outras são forçadas a trabalhar em locais que não apreciam, portanto, a contragosto. A partir daí, algumas dificuldades nas relações surgem. Espera-se que a permanência nesta insatisfação, leve-os a sentimentos extremamente negativos, conseqüentemente, prejudicando o relacionamento interpessoal.

Estes são alguns riscos que os membros da equipe enfrentam, principalmente, porque é freqüente a rotatividade e o absenteísmo.

Um pouco mais adiante (na análise dos resultados do Esquema de Coleta de Dados III), estaremos discutindo esta questão, quando da manifestação se “gostam ou não gostam do trabalho atual, na enfermaria”.

Aos enfermeiros cabia responder se eram especializados ou não. Especialização aqui significa ter participado de curso regular para formação de especialista em enfermagem. Estes dados podem ser verificados através da Tabela 27:

**TABELA 27 - Distribuição da frequência do número de enfermeiros, segundo o turno de trabalho, a enfermaria e a especialização. Campinas, 1993.**

Enfermarias	Turno de Trabalho								
	Manhã			Tarde			Noite		
	Graduado	Especializado	Branco	Graduado	Especializado	Branco	Graduado	Especializado	Branco
Retaguarda	2	-	-	2	-	-	-	2	1
Nefrologia	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Enfermarias Geral de Adultos	1	1	1	1	-	-	1	2	-
Unid. de Terapia Intensiva-Adultos	1	1	-	1	2	-	3	-	-
Unid. de Terapia Intensiva - Ped.	-	2	-	-	-	-	1	1	-
Neurologia	-	1	-	1	1	-	1	1	-
Ortopedia	1	1	1	-	1	-	-	-	-
Pneumologia	-	1	-	-	-	-	2	1	-
Moléstias Infecto-Contagiosas	-	1	-	1	-	-	-	1	-
Psiquiatria	-	1	-	1	-	-	1	-	-
Hematologia	-	1	-	-	-	-	2	-	-
Gastro-clínica e Gastro-cirurgia	-	1	-	1	-	-	1	1	-
Pediatria	-	2	-	3	1	-	1	1	1
Sub-Total	5	14	2	11	6	-	13	10	2
Total		21			17			24	

Observamos que, a princípio, é elevado o número de enfermeiros com o título de especialização, constituindo-se próximos da metade (30 elementos).

Por outro lado, notamos que grande parte destes especialistas concentra-se no horário da manhã, embora o maior número esteja no horário noturno.

Mas, para que pudéssemos discutir esta questão, verificamos o tipo de especialização feita e onde exerciam suas atividades assistenciais. Demonstramos estes dados na Tabela 28.

**TABELA 28-** Distribuição da frequência do número de enfermeiros, segundo sua especialização e local de trabalho. Campinas, 1993.

Local de Trabalho	Título da Especialização	Freq.
Retaguarda	Administração Hospitalar	1
	Médico-Cirúrgica*	1
UTI - Adultos	Administração Hospitalar	1
	Especialização em UTI	1
	Aprimoramento em Cardiologia*	1
Nefrologia	Enfermagem Obstétrica +Planejamento Familiar*+	1
	Administração Hospitalar	
	Nefrologia + Saúde Pública	1
Ortopedia	Administração Hospitalar	1
	Administração Hospitalar + Enfermagem do Trabalho	1
	Em Branco	1
Gastroclínica	Administração Hospitalar	1
Hematologia	Administração Hospitalar	1
Neurologia	Licenciatura em Enfermagem*	1
	Habilitação Médico-Cirúrgica	1
	Administração Hospitalar	1
UTI - Pediátrica	Enfermagem do Trabalho	1
	Administração Hospitalar	1
	Enfermagem do Trabalho + Pediatria Social e Comunitária	1
Psiquiatria	Enfermagem Psiquiátrica	1
Enfermaria Geral de Adultos	Enfermagem do Trabalho + Administração Hospitalar	1
	Administração de Serviços de Saúde	1
	Obstetria	1
Pediatria	Administração Hospitalar	2
	Administração Hospitalar + Saúde da Mulher	1
	Médico-Cirúrgica*	1
	Em Branco	1
Moléstias Infecto-Contagiosas	Licenciatura em Enfermagem*	1
Pneumologia	Enfermagem do Trabalho	1
	Habilitação Médico-Cirúrgica*	1
<b>Total</b>		<b>30</b>

\* - Estes cursos, embora mencionados como Especialização, não o são. Habilitação é regida pelo Parecer 163/72, C.C.R. de Currículos de 28/01/72, sobre aprovação pelo C.F.E. do projeto de resolução que fixa o mínimo de conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem.

Licenciatura em Enfermagem: faz parte do Curso de graduação e habilita o enfermeiro ou lecionar em 1º e 2º graus em programas de saúde.

Mas o que nos chama a atenção é o grande número de pessoas que fizeram Administração Hospitalar (14 elementos). Este curso costuma ser ministrado por uma única fundação em todo o Brasil e não especializa o enfermeiro para uma determinada área da enfermagem e sim para a administração de hospitais.

A primeira razão da busca por este curso, está, costumeiramente, na impossibilidade de se especializarem em suas áreas de eleição ou na falta de oferecimento pelas instituições de ensino.

Administrar é governar, dirigir, reger com autoridade, gerir, gerenciar, controlar, enfim, deixa as pessoas próximas ao poder, aguça o desejo de melhor “status” profissional. Lembramos, entretanto, que os enfermeiros que participaram deste estudo são os que prestam cuidados de enfermagem sob um regime hierarquizado. Todos estão sob orientação de um chefe imediato ou supervisor de serviço. Neste caso, podem sentir, concomitante às suas atividades assistenciais, a sensação de frustração e carrear-la ao relacionamento com os doentes e demais membros da equipe de saúde. Por isso, muitas vezes, as ligações de amizade, afetivas e profissionais unem-se a uma série de atitudes que tornam a relação difícil e complicada.

Podemos ainda observar, que apenas quatro (4) elementos exercem suas atividades em consonância com a sua especialização (um (1) em UTI, um (1) em Nefrologia, um (1) em Pediatria e um (1) em Psiquiatria)

Também podemos observar que alguns possuem uma determinada especialização, mas estão em enfermarias que, nada ou pouco têm a ver com ela (Planejamento Familiar em Nefrologia; Enfermagem do Trabalho em Ortopedia, UTI-Pediátrica, Enfermaria Geral de Adultos e Pneumologia; Saúde da Mulher em Pediatria; Saúde Pública em Nefrologia).

A questão que se impõe por estes dados é a seguinte: Será que estes elementos fazem uma determinada especialização, mas não encontram respostas, na instituição, para se desenvolverem na sua área de eleição? Será que a instituição valoriza os cursos de Administração?

## 5.2 - Resultados do Esquema de Coleta de Dados II

A partir dos dados obtidos deste esquema, começaremos as discussões sobre alguns aspectos do relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem e os pacientes por eles assistidos.

Faremos, entretanto, algumas considerações iniciais.

O trabalho do pessoal de enfermagem, no hospital, pode ser considerado como de incomensurável riqueza, pois determina a qualidade e eficácia do tratamento daqueles que necessitam da assistência.

A relação que se estabelece entre o paciente e aquele que promove a assistência nas vinte e quatro horas do dia é fácil, tanto para um, como para o outro. Já mencionamos que conteúdos de ordem psíquica podem aflorar em ambos, no cotidiano. O contato entre eles, muitas vezes, é bastante íntimo. Isto porque, na maioria das vezes, é “nos ombros” dos membros da equipe de enfermagem que o paciente detalha os seus sentimentos de medo, angústias, ódios e, também, suas expectativas, esperanças, alegrias, vontade de viver, enfim, costumam depositar confiança, servindo-se deles como terapeutas imediatos.

Indiscutivelmente, a tarefa primordial dos profissionais da enfermagem é cuidar.

“Cuidar” é um fenômeno universal. É essencial para a existência humana, para o crescimento, para o desenvolvimento e a sobrevivência, nos diz **CHAO (1992)**.

Para **DANIEL (1983)**, a tarefa primordial da enfermagem é “ajudar” e, segundo sua concepção, não parece possível dissociar, ou dispensar, a utilização dos modos calculados de sentir, pensar e agir, no relacionamento interpessoal. Isto significa superar uma forma casual, impensada, automática e impessoal de lidar com as pessoas.

Na construção da “teoria do alcance dos objetivos”, **KING (1981)** nos revela que enfermagem é um processo de ação, reação e interação, pelo qual, o enfermeiro e cliente compartilham informações, sob suas percepções naquela situação de enfermagem.

Ainda esta autora (**KING, 1981**), traçando algumas características do cuidado de enfermagem, afirma que ela é um processo de interação humana, conduzindo à

obtenção dos objetivos comuns entre enfermeiro e cliente. Esta característica já havia sido identificada também por **NIGHTINGALE (1959)**, **PEPLAU (1952)**, **ROGERS (1970)** e **ORLANDO (1978)**.

Em suma, enfermagem é perceber, pensar, relacionar, julgar e agir, face ao comportamento do indivíduo.

Para **YURA (1973)**, enfermagem é o encontro com o paciente e sua família, no qual o enfermeiro observa, ajuda, comunica, e ministra o ensino.

Pensando nos vocábulos “cuidar”, “ajudar” e “apoiar” como palavras-chaves para a enfermagem, citamos uma frase de **HORTA (1976a)**: “enfermagem é gente que cuida de gente”. Entendemos que a Enfermagem é composta de pessoas que, antes mesmo de optarem por esta profissão, trazem consigo seus valores pessoais, suas formas de agir e pensar, suas crenças, enfim, trazem consigo uma filosofia de vida.

**DRUGGE (1992)** reconhece como essência da profissão de enfermagem a **perspicácia**, ou seja, como as pessoas são vistas, a **assistência** e o **contato** (toque nos pacientes). Para esta autora, as pessoas reconhecem que os enfermeiros devem ter um corpo de conhecimento e ser hábeis na área de saúde. O uso disto, efetivamente, é importante para ver o cliente com seus valores já estabelecidos. Enfermeiros e pacientes trazem consigo seus valores já fixados, a sua visão de realidade e o sentido de suas histórias.

Como mencionamos no Capítulo II deste trabalho, cada pessoa que participa da assistência ao paciente acrescenta à complexidade da comunicação, não apenas um par de mãos para executar suas tarefas, mas, também, a sua personalidade e tudo o que tiver de pessoal (**MALLISON, 1989**).

Com estas breves palavras, sentimos que é quase impossível compreender o comportamento humano, sem vislumbrá-los num ambiente em que as pessoas possam interpretar seus próprios pensamentos, sentimentos e ações.

Neste sentido é que vamos discutir os dados do esquema que utilizamos para verificar os sentimentos e reações dos membros da equipe de enfermagem, diante de situações vividas, a partir do contato com os pacientes sob os seus cuidados.

Para iniciarmos a discussão, apresentamos o seguinte:

**TABELA 29** - Distribuição da frequência dos elementos que classificaram os pacientes em A<sup>1</sup>, B<sup>2</sup>, C<sup>3</sup>, D<sup>4</sup> e E<sup>5</sup>. Campinas, 1993.

Classificação	No.	%
No. de pessoas que classificaram os pacientes em A, B, C, D e E e justificaram	103	58,5
No. de pessoas que classificaram os pacientes em A, B, C, D e E, justificando, mas apresentaram uma lista complementar, classificando os pacientes em A, B, C, D e E, sem justificar	16	9,0
No. de pessoas que apenas classificaram os pacientes sem justificar	12	6,3
No. de pessoas que não classificou e nem justificou, mas deixou uma mensagem	9	5,1
“Não faço distinção entre pacientes”	2	
“Cuido como cuidaria de qualquer paciente”	3	
“Gosto do meu trabalho”	1	
“Nao estamos aqui para gostar ou não gostar dos pacientes”	1	
“Não tenho dificuldades para cuidar dos pacientes”	1	
“Todos os pacientes são agradáveis de se cuidar”	1	
Subtotal	9	
No. de pessoas que deixaram os questionários em Branco	36	20,5
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>

1 Eu gosto muito de cuidar deste paciente.

2 Eu gosto de cuidar deste paciente

3 Não tenho opinião formada

4 Eu não gosto de cuidar deste paciente

5 Eu não gosto nada de cuidar deste paciente

Os resultados apresentados neste quadro revelam, segundo nossa avaliação, bom índice de respostas completas (58,52%).

No entanto, alguns (9,09%) classificam os pacientes em A, B, C, D e E, justificando-se conforme nossa solicitação, mas parecem ter algumas dificuldades em explicar a classificação feita a outros doentes.

Uma pequena parcela (6,18%) apenas classificou os pacientes em A, B, C, D e E sem apresentar justificativas, aparentando maiores dificuldades.

Outras pessoas (5,11%) fazem-nos pensar que possuem outras dificuldades, pois não classificaram os pacientes em A, B, C, D e E, porém deixam pequenas mensagens, que sugerem a disposição de cuidar de qualquer tipo de doente, independente de seu estado evolutivo. Na verdade, é a forma de se eximirem de expressar sentimentos e reações a que estão sujeitos e que, no fundo, mobilizam conteúdos afetivos internos.

Esperávamos um número grande de respostas em branco, pois as respostas a este esquema de coleta de dados, levam as pessoas a elaborarem ao nível de pensamento, defesas, angústias e dificuldades vividas na esfera psíquica. Porém, sucedeu que apenas 20,54% retornaram sem as informações.

Verificando os dados do Quadro 3 e comparando-os com o número de pacientes classificados, com ou sem justificativas, podemos relatar o seguinte:

**QUADRO 3 -** Frequência do número de funcionários em relação ao número de pacientes referidos. Campinas, 1993.

- Cento e três (103) funcionários referiram-se a seiscentos e cinqüenta oito (658) pacientes, portanto cada pessoa referiu-se, em média, a 6,38 pacientes.
- Dezesesseis (16) funcionários referiram-se a setenta e quatro (74) pacientes, tendo por média de referência 4,62 pacientes classificando-os em A, B, C, D e E e justificando-os, mas ao mesmo tempo referem-se a mais cento e sessenta e sete (167) pacientes, classificando-os em A, B, C, D e E, sem apresentar justificativas. Nesta categoria, a média de pacientes referidos foi de 10,43.
- Doze (12) funcionários classificaram os pacientes em A, B, C, D e E, porém, não fizeram quaisquer justificativas e referiram-se a sessenta e oito (68) pacientes, tendo por média de pacientes / funcionários, 5,66
- Nove (9) funcionários não fizeram classificação, mas deixaram uma mensagem.
- Trinta e seis (36) respostas voltaram em branco.

A princípio, não pensamos em estudar a manifestação de sentimentos e reações dos membros da equipe a um doente, sob os cuidados de diversas pessoas. Assim sendo, as respostas podem ser ou não referentes a um mesmo paciente.

Relembramos, aqui, que, em nosso instrumento de coleta de dados, havia espaços para as respostas em número igual ao de leitos, nas unidades de internação (18 leitos). Estiveram livres para expressar suas opiniões sobre qualquer número de pacientes.

Podemos ainda considerar que os participantes do estudo responderam às questões feitas, durante suas jornadas de trabalho. Talvez houvesse pouco tempo para manifestar suas respostas. Mesmo assim, pelo volume, consideramos suficientes para nossa discussão.

Passemos a verificar a frequência com que classificaram os pacientes.

**TABELA 30** - Distribuição da frequência da classificação A, B, C, D e E, segundo as categorias profissionais. Campinas, 1993.

	A		B		C		D		E	
	N	%*								
ENF.	34	54.83	44	70.96	19	20.65	29	46.77	7	11.29
TEC.	10	52.63	13	68.42	4	21.05	6	31.57	1	5.26
AUX.	35	50.00	32	45.71	13	18.57	16	22.85	8	11.42
ATE.	9	36.00	7	28.00	0	0.00	4	16.00	0	0.00
Total	87	49,4	92	52,8	36	20,4	51	28,9	16	9,0

\*Os percentuais foram feitos em relação ao número de amostrados por categoria, ou seja: 62 enfermeiros, 19 técnicos, 70 auxiliares e 25 atendentes.

As justificativas foram divididas em três partes. A primeira relaciona-se com os aspectos que os levam **a gostar ou gostar muito** de cuidar dos pacientes, a segunda quando **não tinham opinião formada** e a terceira quando podiam manifestar a razão de **não gostar ou não gostar nada** de cuidar deles.

Na verdade, nossa escala previa uma graduação em cinco expressões para classificar os pacientes, sendo estas: "A" - Eu gosto muito de cuidar deste paciente; "B" - Eu gosto de cuidar deste paciente; "C" - Não tenho opinião formada; "D" - Eu não gosto de cuidar deste paciente e "E" - Eu não gosto nada de cuidar deste paciente.

Para melhor discutirmos os sentimentos demonstrados pelos profissionais, foi necessário agrupar as respostas.

Classificamos, assim, as informações obtidas em: 1 - sentimentos positivos (gosto ou gosto muito de cuidar deste paciente); 2 - sentimentos negativos (não gosto e não gosto nada de cuidar deste paciente); e, 2 - sentimentos de indiferença (não tenho opinião formada).

Entenderam-se como sentimentos positivos as expressões que demonstravam vontade de manter relacionamento e aproximação e, como sentimentos negativos, aquelas que demonstraram repulsa ou recusa a prestar assistência aos doentes.

### 5.2.1 - *Justificativas por gostar muito (A) e gostar (B) de cuidar do paciente*

Observando o agrupamento dos sentimentos descritos como positivos, verificamos que a prevalência numérica está no âmbito da simpatia. Neste agrupamento de respostas podem ser enquadradas as reações espontâneas e instintivas quando duas ou mais pessoas se sentem atraídas entre si.

Podemos observá-los nas tabelas que se seguem:

**TABELA 31** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à simpatia, referida por enfermeiros, técnicos auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Simpático; agradável; pessoa boa; meiga; afetivo; cativa as pessoas; delicado; ótima pessoa; de bem com a vida; otimista; transmite paz; tranquilidade, confiança; cativante; serenidade; <i>carinhoso</i> ;	28	11	1		10	15	2	10
Total	77							

As adjetivações do doente, relacionadas a pessoas agradáveis e simpáticas, apareceram setenta e sete (77) vezes.

Ao mesmo tempo, os elementos identificaram a necessidade que o paciente tem de receber carinho (23 vezes) ou de ter grande apreço por ele.

Observemos:

**TABELA 32** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação ao sentimento de ter carinho, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Tenho carinho por ele; tenho grande apreço por ele; tenho carisma por ele; irradia carinho; <i>muito agradável; cativante; afeição pelo paciente.</i>	3	3	2		7	7	1	

Com estes comportamentos, os membros da equipe de enfermagem são impulsionados a agir da mesma forma, como relatamos nas expressões abaixo:

**TABELA 33** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à necessidade do paciente de receber carinho, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Necessita de muito carinho; muito carente; precisa de amor; sensível; <i>gosta de afago</i>	2	4	1	2	8	2		1

TAYLOR (1992), ao descrever os princípios de enfermagem de Mereness, recomenda que todos os enfermeiros devem desenvolver uma capacidade de perceber a si mesmos, com objetivo de entender suas reações, frente aos pacientes e como estes respondem a eles.

O que se observa neste agrupamento de respostas é que, quando os membros da equipe sentem irradiar do paciente a necessidade de receber carinho, imediatamente tendem a agir neste sentido. A carência de afeto é um elemento básico no ser humano, já nos dizia MASLOW (1970), em sua listagem hierarquizada das necessidades humanas básicas.

Não há uma teoria dos afetos completamente aceita, relata ELSAS (1979). Faz-se, todavia, a distinção entre afetos de descarga, que acompanham a expressão de um impulso, e afetos de tensão, que seguem o represamento do mesmo.

Outras adjetivações, que são notórias nas justificativas, estão resumidas em duas expressões: “colaborativo, “e” colabora com a enfermagem”. Numericamente, foi a segunda forma de qualificar o paciente que mais apareceu.

Examinemos:

**TABELA 34** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva em relação à colaboração, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Colaborativo, colabora com a enfermagem	4	19	1	6	4	12		

Encontramos, nas expressões abaixo, algumas justificativas que reforçam tais descrições:

**TABELA 35** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva em relação à educação do paciente, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Educado; gentil; tranqüilo; calmo.	2	6		1	12	9	4	4

Acrescente-se às observações acima outra forma de perceber o paciente, como:

**TABELA 36** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à aceitação de tratamento, pelo paciente, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Compreensivo com o tratamento, aceita a doença		4		3	3	6	3	

Quando ele é educado, gentil, tranqüilo, calmo, compreensivo com o seu tratamento e aceita sua doença, favorece a comunicação e o relacionamento entre os membros da equipe e os pacientes.

Nota-se que, quando há facilidade de comunicação entre os membros da equipe e o paciente, favorece a relação entre eles. Vejamos:

**TABELA 37** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação ao comportamento do paciente quanto à comunicação, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Comunicativo; bom papo; fácil de comunicação; fácil de relacionamento; boa fala; <i>mantém um bom diálogo.</i>	7	6	2		8	11	2	
Brincalhão; esportivo; bem humorado; bom humor; engraçado; espirituoso; ativo.	11	4		2	8	5		

Outro aspecto que facilita a comunicação é a qualidade de estar lúcido, bem informado e outras, como podemos verificar na Tabela 38:

**TABELA 38** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à lucidez, inteligência e paciente não acamado, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Lúcido, consciente, orientado, esclarecido, bem informado; inteligente; culto	3	2	1	1	4	2		

Também podemos observar que gostam de cuidar de pacientes submissos. Vejamos:

**TABELA 39** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação ao paciente não dar trabalho, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Não incomoda; não dá trabalho; fácil de lidar; <i>não reclama de nada; não é exigente.</i>	3	17	1	2	4	8		
Humilde, simples		1	1	1	4		1	

Da mesma forma, pacientes que necessitam de muitos cuidados, graves, são indicados, por boa parte dos profissionais, como aqueles que levam à satisfação pelo cuidado.

Observemos:

**TABELA 40** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação aos pacientes que dão muito trabalho, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Requer atenção constante; paciente intensivo; necessita muitos cuidados; tenho que estar vigilante; <i>exige cuidados especiais.</i>	3	8			7	3	6	
Paciente grave; prognóstico ruim; paciente grave.	4	4	2		4	5	2	2
Dependente.	5	13	2	2	6	7	1	3

Outros referem-se às fases da vida do paciente, como indicativas de agrado, no cuidar. Vejamos:

**TABELA 41** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação às fases da vida, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Crianças pequeninas, recém-natos, lactentes	15	2	2		15	1	1	
Jovens, por ser jovens		2		2	7	7		
Porque é idoso		2	1	1	8	5		

É interessante notar que os dados apresentam-se numericamente preponderantes na criança.

Ainda podemos constatar que, quando o paciente valoriza o trabalho de enfermagem, é motivo de satisfação cuidar dele.

Observemos:

**TABELA 42** - Distribuição da frequência de respostas de conotação positiva, em relação à necessidade de serem reconhecidos como profissionais, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Respeita os profissionais; reconhece o trabalho dos profissionais; aceita tudo o que se faz por ele; valoriza a enfermagem; é correspondido pelo paciente.	2	1	3		6	2		

O estado de ânimo do paciente também favorece o gosto da equipe de enfermagem, em trabalhar com ele. Examinemos:

**TABELA 43** - Distribuição da freqüência de respostas de conotação positiva, em relação ao estado de ânimo do paciente para curar-se, bem como para e o tratamento dar certo, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Devido à vontade de curar-se; vontade de sair rápido; sonha em curar-se;	2	1	2	1	2	3		
Ver o tratamento dar certo, pela melhora do estado geral, bom prognóstico		6		1		3		

As justificativas até aqui descritas, consideradas como aquelas que favorecem ou facilitam o bom relacionamento com os doentes, foram as que mais apareceram. **ASHWORTH (1985)** assegura que, se uma pessoa sorri, é polida, colabora, possui um espírito colaborativo, é compreensiva, comunicativa, fácil de se lidar, costumamos sentir da mesma forma em relação a quem assim se comporta. Considera que os sentimentos do paciente são a base para a relação com ele. Diz ainda esta autora (**ASHWORTH, 1985**) que, normalmente, os pacientes que agem desta forma, são pessoas com doença aguda, mas curável, que estão determinadas vencer o mal e fazem grande esforço para que isto aconteça.

Neste clima, algumas vezes, mesmo os profissionais vêem a enfermagem como uma situação calma, onde se movimentam de um lado para outro, prestando eficientes cuidados, distribuindo delicadezas, como “luzes” que iluminam o dia-a-dia, num ambiente de gratidão e polidez. Nestas condições, é possível que se firmem alguns dos mitos da enfermagem, descritos por **HORTA (1976b)**, nos quais a enfermeira é vista como “anjo de branco”, “educada”, “compreensiva”, “suporta tudo”. Mas, nem sempre é assim. Esta é uma forma idealizada de ser enfermeiro, tanto na visão dele próprio, quanto na dos pacientes.

Alguns mencionaram qualidades negativas, e mesmo assim, gostam de cuidar destes doentes. Observemos:

**TABELA 44** - Distribuição da frequência de respostas de conotação negativa, em relação ao comportamento do, paciente, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Instável, agitado, agressivo, rebelde, reclama de tudo, nervoso, grosseiro, mal educado, pessimista		3		1		5		
Pouco comunicativo, fechado, difícil de acesso, quieto, calado		5		2				1
Inseguro em sua doença		1	2	1		1		
Com queixas de dor, sofredor, pelo sofrimento		2				1		
Paciente infeliz		1						1
Pessoa triste, deprimida		1		1				

Neste sentido, também aparecem algumas condições físicas desfavoráveis conforme Tabela 45:

**TABELA 45** - Distribuição da frequência de respostas de conotação negativa em relação às condições físicas do paciente, manifesta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Paciente com defeito físico		1						
Laringectomizado		1						

Em outras expressões, estão manifestos sentimentos de evocação:

**TABELA 46** - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a lembranças de pessoas de suas famílias, ao cuidar do paciente. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Lembra-me pessoas queridas; lembra pessoas da família; temos vínculo	2	1	1					

A única relação que os membros da equipe fizeram entre o prazer de cuidar e as doenças recaiu sobre os cardiopatas:

**TABELA 47** - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a pacientes cardiopatas. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Cardiopata	4	1	1	1				

Também o longo tempo de internação foi observado pelos membros da equipe de enfermagem como um dos motivos que provocam o gosto de trabalhar com o paciente:

**TABELA 48** - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes ao longo tempo de internação do paciente, como motivo de gostar de cuidar dele. Campinas, 1993

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Pelo longo tempo de internação		2				3		

E outras:

**TABELA 49** - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a diversas justificativas do gostar de cuidar do paciente. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Contribui no meu aprendizado		4						
Não faço distinção		1						
Vaidosa				1				

### 5.2.2 - Justificativas por não ter opinião formada

Notamos que, embora os membros da equipe de enfermagem, dissessem que não tinham opinião formada sobre alguns pacientes, algumas observações aparecem, conforme seguem:

**TABELA 50** - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a não possuir opinião sobre os pacientes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar	Atendente
	C	C	C	C
Pouco comunicativo; conversa pouco; não gosta de conversar	6	1	2	
Instável; agitado; agressivo; rebelde, reclama de tudo; nervoso, grosseiro, mal-educado; pessimista; um pouco teimoso	2			
O paciente só me chateava	1		1	
Paciente rejeita o tratamento, não ajuda na sua recuperação	1		2	
Ansioso	1			
Apático	1			
Aparenta pior do que realmente está		1	1	
Paciente exigente			1	

Observe-se que são qualidades negativas ao se referirem aos pacientes, ainda que digam não ter opinião formada a respeito dos mesmos.

Além das qualidades negativas, podemos notar outras, agora positivas, contrapondo a manifestação de possuir opinião formada. Reparemos:

**TABELA 51** - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a não possuir opinião sobre os pacientes, mas com justificativas positivas. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar	Atendente
	C	C	C	C
Não incomoda, não dá trabalho, fácil de lidar, não reclama de nada, não é exigente	2	1	1	
Simpático, agradável, pessoa boa, meiga, afetiva, cativa as pessoas, dócil, calmo	1			
Jovem, por ser jovem, adolescente	1	1		

A classificação de pacientes na letra “c” demonstra que, quando há pouco contato com o paciente, isto é o motivo de não manifestar opinião sobre os mesmos. Vejamos:

**TABELA 52** - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a não possuir opinião sobre os pacientes, devido ao pouco contato com eles. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar	Atendente
	C	C	C	C
Não me relacionei com o paciente; não cuidei do paciente	4			
É a primeira vez que cuidei do paciente	3	1	3	

Outras causas também apareceram. Observemos:

**TABELA 53** - Distribuição da freqüência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, referentes a não possuir opinião sobre os pacientes, mas com justificativas. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar	Atendente
	C	C	C	C
O trato como a qualquer outro	3		2	
Crianças pequenas, recém natos, lactentes	1		1	
Pelo longo tempo de internação	1			
Paciente diferenciado	1		1	
Quieto, muito calado		1	1	
Depende da evolução		1	1	

Estas justificativas comprovam que os enfermeiros identificam os pacientes como sendo “fáceis” ou “difíceis”, nas primeiras vinte e quatro horas de hospitalização.

Segundo **RITVO (1963)**, neste curto período de contato, são capazes de identificar os atributos dos pacientes, como a instabilidade emocional, alegria de viver, graus de ansiedade, comunicabilidade, resignação e educação.

Por outro lado, **SEROSI (1968)** assegura que o mesmo pode acontecer na percepção do paciente “difícil”, nestes primeiros contatos. São capazes de identificar os emocionalmente instáveis, o seus graus de ansiedade, hostilidade, depressão, desafiadores, dependentes, agressivos e impacientes.

Portanto, mesmo com a manifestação de indiferença pelo cuidar dos pacientes, foram capazes de identificar suas qualidades, que facilitam ou dificultam o relacionamento.

### *5.2.3 - Justificativas por não gostar e não gostar nada de cuidar do paciente*

Ao solicitar que os membros da equipe de enfermagem justificassem a classificação “D” (eu não gosto de cuidar deste paciente) ou “E” (eu não gosto nada de cuidar deste paciente), a princípio pensamos que, os pacientes estariam relacionados a suas qualidades negativas

A literatura específica de enfermagem está repleta de trabalhos referentes a este assunto (**HIRST, 1983; BRIGHTON, 1985; YUEN, 1986; DAVIS, 1986; WHITLEY, 1989; BARNES, 1990; GIARDINA-ROCHE, 1990; KLEEHAMER, 1990; MAY, 1990; HOLT, 1992;** entre outros).

No entanto, em nossa pesquisa, observamos que o número de elementos que manifestaram suas opiniões, a respeito dos pontos positivos dos pacientes, teve sua frequência muito maior, em relação aos pontos negativos, neste item pesquisado.

Podemos depreender daí que, quando as pessoas manifestam os aspectos positivos, favorecem o gosto pelo “cuidar”. O inverso pode ser considerado como negativo e provoca o aparecimento de dificuldades, no relacionamento com os pacientes.

Os comentários sobre as manifestações dos nossos entrevistados, a este respeito, podem ser verificados a seguir.

Observemos a Tabela 54:

**TABELA 54** - Distribuição da frequência de justificativas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, em relação à classificação dos paciente em “D” e “E”. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	D	E	D	E	D	E	D	E
Grita muito, agitado, temperamental	6		1		5	1	1	1
Confuso	4		2					3
Muito manhoso	4			1	1		1	
Sem educação, grosseiro com a enfermagem	9	1			3	2		
Solicita demais, poliqueixosa, exigente, falante	3		2			3		
Difícil comunicação	4							
Apático, não se ajuda, não reage, não colabora	3							
São chatos, enjoados		1	1		2			
É bandido, malandro	2	1						
Deprimido, muito deprimido	1		1			1		
Irritante, insuportável	1					2		
Pessimista, não quer melhorar, não aceita a doença, resiste ao tratamento		1	1					
Paciente mal humorado		1						
Oportunista						1	1	
Esquisito	1							
Rebelde, teimoso, cria conflitos	1							

Para discussão, agrupamos os dados desta tabela da seguinte forma:

1 - Pacientes que exigem demais, poliqueixosos, exigentes, falantes.

Neste sentido, **MONTGOMERY (1987)** faz algumas considerações. Revela que muitos de nós ficamos inconformados quando experimentamos sentimentos negativos fortes, em relação aos doentes. É comum nosso afastamento ou a tentativa de distanciamento deles. Alerta-nos para não ignorarmos o problema, mas que busquemos resolvê-lo.

Os enfermos reagem com hostilidade, irritação, porque se sentem vulneráveis e ficam apavorados por sua dependência do pessoal de enfermagem. Então, podem fazer todo possível para contrariá-lo. A partir daí, nós nos conduzimos com aversão ao paciente e criamos uma situação onde ele reage com agressões, gritos, grosseria, para chamar a atenção. Continua esta autora (**MONTGOMERY, 1987**) que, se tentarmos ignorar nossos sentimentos de raiva, procurando ser agradáveis, estaremos adotando uma atitude inadequada.

Também, muitos pacientes que agem com exagero sob forte “stress”, sentem-se culpados porque não conseguem controlar este comportamento.

Finalmente, esta autora nos diz que o doente se sente mais seguro quando o enfermeiro demonstra firmeza e, ao mesmo tempo, delicadeza em suas ações e sente-se aliviado quando são colocados limites toleráveis para ele.

2 - Pacientes sem educação, grosseiros com a enfermagem, rebeldes, irritantes, insuportáveis e hostis.

Ainda que a hostilidade seja uma reação da condição humana, como o prazer e a tristeza, sempre protestamos contra ela, afirma **GREEN (1986)**. Esta autora também faz alguns comentários sobre este comportamento e revela que tendemos a examiná-lo somente em relação aos pacientes e não a respeito de nós mesmos. Esta tendência não é rara. Os supervisores discutem a hostilidade de seus subordinados, os professores, a dos alunos, e os psiquiatras analisam a agressividade dos pacientes. O que os grupos têm em comum é uma posição de subordinação.

Segundo **GREEN (1986)**, a hostilidade é uma característica de impotência frente à posição de subordinação. No entanto, em algum momento ou lugar, todos nós sabemos o que é ser subordinado e em consequência, sentimos ou reagimos com hostilidade. Portanto, o papel de paciente é tipicamente de vulnerabilidade e de perda do poder. Os rituais de admissão assaltam a sua identidade, tratamentos invasivos, como ser picado por uma agulha, causam-lhe dores, as perguntas o devassam. Assim, o paciente tem todos os requisitos para reagir com irritação e hostilidade em relação ao pessoal de enfermagem.

Por outro lado, os enfermeiros, como grupo, têm suas próprias batalhas. Muitas vezes sua atitude hostil vem da própria incapacidade em lutar contra a quem vem dos pacientes. Também pertencem a um grupo de profissionais, em sua grande maioria, constituído de mulheres. Percebem-se como do sexo subordinado. O resultado da opressão social e profissional é o sentimento de perda do poder e isto estimula comportamentos agressivos para distinguir-se dos opressores.

A hostilidade é uma das reações emocionais mais enfadonhas e basta aproximar-se de uma pessoa hostil para que se reaja da mesma forma.

3 - Pacientes que solicitam demais, poliqueixosos, exigentes, “chatos”, enjoados, mal humorados.

Para **TADESCO-CARRERAS (1986)**, pacientes que manifestam estas reações, demonstram certo grau de hostilidade e raiva internas. No entanto, pode ser uma forma de comunicação de seu estado interior. Relembramos que o paciente está num ambiente estranho, convivendo com pessoas que não fazem parte do seu convívio social, normal e familiar. **JONES (1986)** assinala que dificuldades com pacientes surgem a partir de crenças e valores conflituosos, incorporados a partir da formação religiosa, familiar e educacional. Portanto, o doente pode apresentar comportamentos e sentimentos, em relação à doença, muito diferentes daqueles do enfermeiro, e tornam-se “chatos”, enjoados, solicitantes demais, em função da incompreensão ou não aceitação do seu estado de saúde.

4 - Pacientes que não se ajudam, apáticos, não reagem, não colaboram, não querem melhorar, não aceitam a doença, resistem ao tratamento, pessimistas, mal humorados

Estas reações são típicas daqueles que vivenciam problemas de afeto e de humor. Ainda que possam ser sintomas doentios, nas circunstâncias em que estão, são mecanismos de defesa, como a negação da doença.

Quando os enfermos impedem que os ajudemos, são apáticos, não reagem, aparentando não querer melhoras, mostram demanda de emoção. **PISARSIC (1987)** revela que pacientes de afeto vazio, monótonos, estão inclinados a reações correlacionadas com manifestações de, até mesmo, violência. São ultra-sensíveis. Neste caso, **PODRASKY;**

SEXTON (1988) relatam que os enfermeiros têm atitudes de “fugir à luta” porque não encontram diretrizes na resolução deles.

Outro subgrupo de respostas refere-se aos aspectos específicos das intervenções de enfermagem.

Atendemos para a Tabela 55:

**TABELA 55** - Distribuição da frequência de repostas, relacionadas ao aspectos negativos do gosto pelo cuidar, manifestos pelos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	D	E	D	E	D	E	D	E
Com seqüelas neurológicas	5		1		2			
Não reconhece o trabalho da enfermagem, não colabora com a enfermagem	2	1			2	3		
Nunca gostei de pacientes ortopédicos	5		1		3		1	
Ter que aspirar constantemente	2		1					
A dependência estressa-me	5		2					
Secreção por todos os lados	1							
Paciente contaminado		1				1		
Fede, tenho repugnância						1		
Tem má formação			1				1	

Os dados desta tabela podem ser agrupados em:

1- Pacientes em situações especiais de enfermagem (contaminados, com mau cheiro, com seqüelas neurológicas, dependentes, etc.)

Algumas pessoas imaginam o campo de atividades da enfermagem como sendo um local de tranquilidade, de limpeza, as pessoas distribuindo sorrisos, segurança, calma, os pacientes sempre se recuperam, onde se promovem eficientes cuidados de enfermagem, o relacionamento entre enfermeiros e médicos é de cortesia. Mas, nem sempre é assim. Ali deparamos com constantes situações de “stress”, provocado pela convivência com a dor, o

sofrimento, a morte e, algumas vezes, pelo relacionamento conflitante entre médicos e enfermeiros.

Os enfermeiros deveriam ser formados dentro desta realidade, mas, muitas vezes, o ensino está alienado da prática, e eles chegam ao campo de estágio despreparados: o “stress” aumenta e levam um bom tempo para que se adaptem ao mercado de trabalho.

Cabe aqui repetir um fato relatado por KUS (1990), já mencionado neste trabalho, que ilustra bem situações como estas. Diz este autor que um visitante observava atentamente Madre Teresa de Calcutá<sup>1</sup>, cuidando de uma pessoa extremamente doente, na rua, suja, malcheirosa e que tinha as lesões abertas. Um transeunte, passando por perto, exclamou: “Eu não faria o que a senhora faz nem que recebesse todo o dinheiro do mundo!” Então, a madre assim respondeu: - “Eu também não”. Ainda que pese sobre esta resposta o tom romântico da profissão, até mesmo, mítico, sempre haverá alguém responsável por atividades como esta. A tarefa precípua do enfermeiro é “cuidar”, portanto, neste caso, é trabalho de enfermagem.

Outras pessoas relatam que não gostam de cuidar de alguns pacientes com doenças específicas. Vejamos:

**TABELA 56** - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes, relativas a estados específicos de pacientes, que levam o profissional a não gostar de cuidar deles. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	D	E	D	E	D	E	D	E
Alcoólatra	4		2		3			
Grande queimado	2				2			
Paciente psiquiátrico	1	1						
Com doença crônica; evolução lenta	1	3				1	1	

Também podemos observar alguns problemas familiares dos doentes, que dificultam a existência de gosto pelo cuidado do paciente. Reparemos na tabela abaixo:

<sup>1</sup>Religiosa Católica, fundadora das Missionárias da Caridade.

**TABELA 57** - Distribuição da frequência de respostas de enfermeiros., técnicos, auxiliares e atendentes, relacionadas a problemas familiares dos pacientes. Campinas, 1993.

Justificativas	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente	
	D	E	D	E	D	E	D	E
Acompanhante difícil	5	2	1					
Vida social difícil			1				1	
Bruto com os familiares						1		

A literatura mostra que o assunto sobre o relacionamento com pacientes difíceis é estudado há vários anos. Alguns autores observaram e descreveram estes comportamentos em pacientes hospitalizados, muito semelhantes aos achados de nosso estudo. (**HIGLEY ; NORRIS, 1957; SCHUARTZ, 1958; INGLES, 1961; RITVO, 1963; PETERSON, 1967; SEROSI, 1968; COSTA, 1978; IRVING, 1979; HARLOW; GORBY, 1980; FERNICOLA, 1988**).

**LEWIS (1960)**, há mais de vinte anos, já comentava que os enfermeiros enfrentam grande apreensão em relação a comportamentos dos pacientes agressivos. Além do mais, nestas circunstâncias, sentem temor da própria incapacidade de atenção a eles.

A grande maioria das queixas que os enfermos expressam, segundo **MERENESS; KARNOSH (1964) e TAYLOR (1992)**, referem-se à incapacidade das enfermeiras de estabelecerem relacionamento interpessoal com eles, evidenciando que não entendem o caráter de suas necessidades e nem sabem como lhes oferecer ajuda efetiva.

Por outro lado, embora os comportamentos relatados pelos membros da equipe, possam ser considerados como “reações normais”, em face da experiência de doença, são atitudes que os levam à formação de preconceitos em relação aos pacientes. Isto posto, podem influenciar na maneira como as pessoas se percebem e como se comportam em relação à outra, conseqüentemente, afetando condutas e sentimentos. Além disso, boa parte dos preconceitos baseia-se não só na ignorância, mas no medo e na própria sensação de insegurança (**GARCIA, 1982**).

**SHULMAN et al. (1972)** relatam que pacientes hostis são incomodativos nas enfermarias. Devido aos seus comportamentos inadequados, os membros da equipe de enfermagem costumam não saber como abordá-los. É necessária, então, a intervenção de um enfermeiro psiquiatra para orientar no tratamento específico de tais doentes, integrando os cuidados psiquiátricos e, quase sempre, com êxito. Outras ocorrências, como estas, também são relatadas por **GARCIA (1982)** e **GREEN (1986)**.

Para finalizar estas discussões, podemos dizer que dificuldades com pacientes surgem de crenças conflituosas entre eles e os membros da equipe. A sociedade, através dos pais, escolas, igrejas, associações de classe, convívio com amigos, ensina-nos o valor de certos comportamentos, desaprovando alguns e aprovando outros. A enfermagem ensina-nos que não devemos julgar a conduta dos pacientes. Mas costumamos fazer avaliação, como base para o cuidado de enfermagem. Este julgamento não é neutro, pois, o fazemos segundo nossa maneira de viver e nossa visão de mundo. Assim sendo, quando a análise do comportamento de um paciente não é favorável, estabelece-se conflito de crenças, que normalmente, leva a produzir estados de ansiedade e irritação. Segundo **JONES (1986)**, estes sentimentos podem levar a três respostas: agressão ativa, agressão passiva e negação.

Agressão ativa é um ato hostil de delegação de poderes. Pode ser simples, como por exemplo, apelidar depreciativamente os pacientes ou tecer comentários indelicados diretamente a eles.

Agressão passiva é um comportamento hostil indireto, como, por exemplo, o ato de obstrução e omissão. Talvez o melhor exemplo seja o de ignorar os chamados luminosos. Temporariamente o enfermeiro se sente satisfeito por ter conseguido descarregar a raiva sem mostrá-la no momento. O problema, no entanto, continua a existir.

Negação é uma recusa inconsciente de conhecer certos sentimentos ou pensamentos, no sentido de evitar a ansiedade. Considerando que é uma resposta inconsciente, a negação é difícil de ser reconhecida. Por exemplo, se o enfermeiro não gosta de cuidar de um paciente que precisa de suporte emocional, pode não perceber esta necessidade e, inconscientemente, tenta evitá-lo.

Portanto, para examinarmos nossas atitudes negativas em relação aos pacientes, primeiro devemos examinar nossos valores e sentimentos. Sugere JONES (1986) gastar algum tempo pensando sobre o que aprendemos dos pais, nas escolas, nas igrejas, com os companheiros. É muito útil. Por exemplo: o que nos ensinaram sobre o homem, mulher, trabalho, cidadania?

Muitas vezes aprendemos que os homens são mais insensíveis que as mulheres. Por isso os vemos desta forma e, assim, evitamos discutir sentimentos com pacientes masculinos.

Atitudes negativas para com os enfermos podem estar baseadas em experiências passadas dolorosas. JONES (1986) relata que uma enfermeira, com o passado de violência sexual, de pais alcoólatras, pode fazer um doente esperar a medicação analgésica por horas. Pode ainda ser incapaz de identificar no paciente sinais de desconforto ou acreditar que é um mentiroso. Ou então, manter condutas abertas com pacientes femininos e não com os masculinos.

Assim sendo, não ignorar os nossos próprios sentimentos é um grande passo para resolvê-los. É importante que tenhamos alguém com que possamos falar abertamente dos sentimentos negativos. Ocasionalmente, esta pessoa pode ser o próprio paciente.

### **5.3 - Resultados do Esquema de Coleta de Dados III**

A discussão dos dados deste esquema de coleta será feita apenas sobre as questões em que se apresentaram diferenças muito ou pouco significantes, segundo o teste do “chi-quadrado”<sup>1</sup>

Numa situação de enfermagem, os profissionais têm poder, isto é, determinam como será o relacionamento com os pacientes e, em tese, fixam-lhes papéis naquela

---

<sup>1</sup>. O teste  $\chi^2$  (“qui-quadrado”) é um instrumento estatístico, baseado nas leis de probabilidade e de amostragem, o qual é usado para comparar a frequência esperada e as medidas de graduação no qual as frequências diferem entre si. Os resultados são expressos em níveis de probabilidade.

situação. Se há doentes que não concordam com o estabelecido, poderão ser menos agradáveis para quem os assiste.

O mesmo é verdadeiro para os pacientes que, sendo a razão de uma enfermagem, têm uma certa importância de poder intrínseco e contribuem para uma definição do papel do enfermeiro.

Com o propósito de buscar a opinião dos membros da equipe de enfermagem sobre o comportamento dos pacientes, decidimos escrever uma variedade de frases sobre suas atitudes e solicitar que checassem uma das colunas das categorias oferecidas: “concordo plenamente”, “concordo pouco”, “indiferente”, “discordo pouco”, e “discordo plenamente”. As afirmações contidas nas frases foram oriundas de diversas leituras-suporte referidas neste trabalho, de discussão com colegas e de observações pessoais de nossa vivência como enfermeiro assistencial.

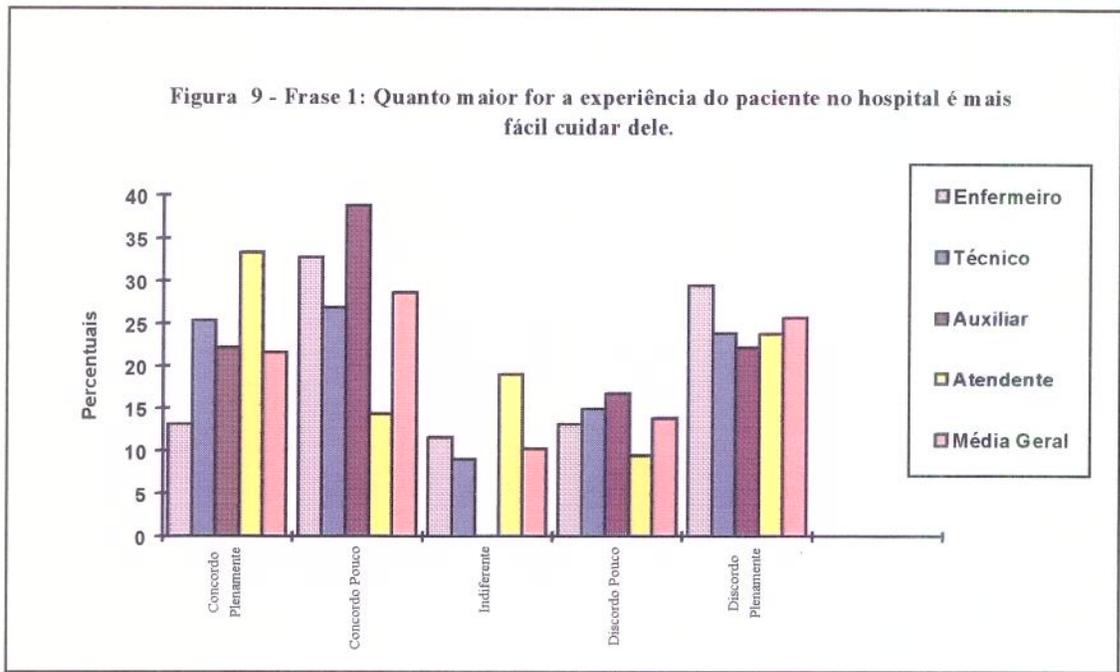
O resultado das respostas foi colocado em uma tabela, para se discutir se haveria concordância ou conflitos de opiniões entre si. Fixamos também em figuras, para compararmos as respostas entre as categorias, e, no geral, verificarmos a relevância dos resultados, que constam no Anexo II.

Assim, ao escolher vinte e quatro frases afirmativas de um leque de possibilidades, foi dada aos membros da equipe de enfermagem a oportunidade de identificar pacientes problemáticos, segundo a visão que fazem dos hospitalizados.

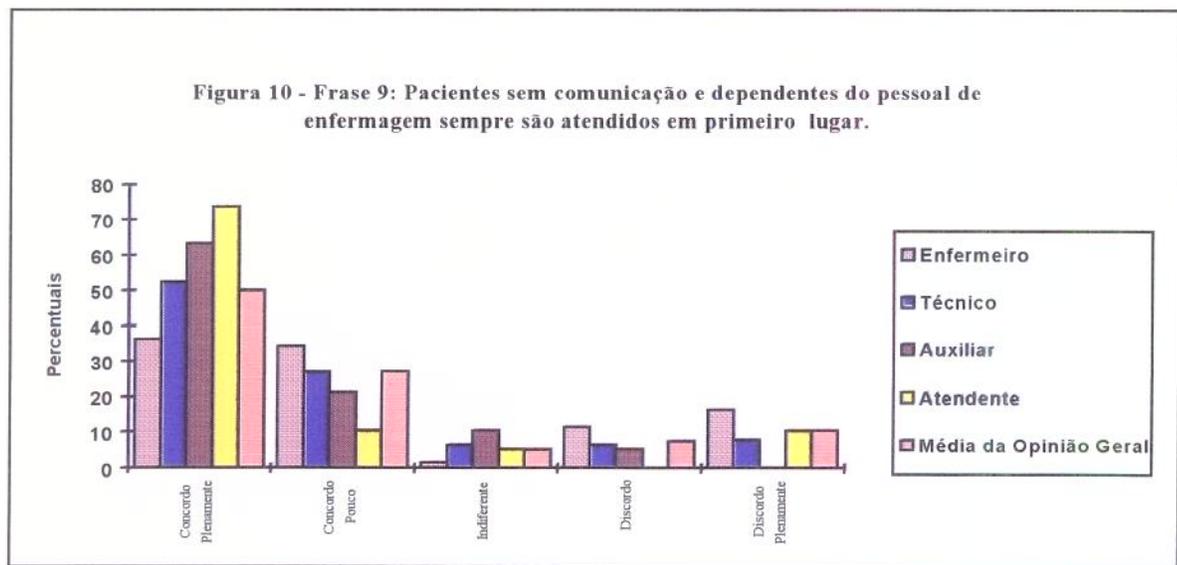
Passemos à discussão de alguns destes dados.

De vinte e quatro (24) afirmações feitas, em quinze (15) delas não houve diferenças significativas nas manifestações, quatro (04) mostraram pequenas distinções e cinco (05), grandes desigualdades.

Apresentamos, a seguir, quatro figuras relacionados às afirmações em que houve pequenas diferenças de opinião.



Nota-se que houve muito mais concordância com a afirmação proposta do que discordância. Entretanto, observamos que os auxiliares e atendentes, por serem os que mais permanecem próximos aos pacientes, sentem que a experiência mais longa destes no hospital, favorece o “cuidar”. Há uma pequena diferença entre os enfermeiros e os demais membros da equipe, pois foram aqueles que mais discordaram.

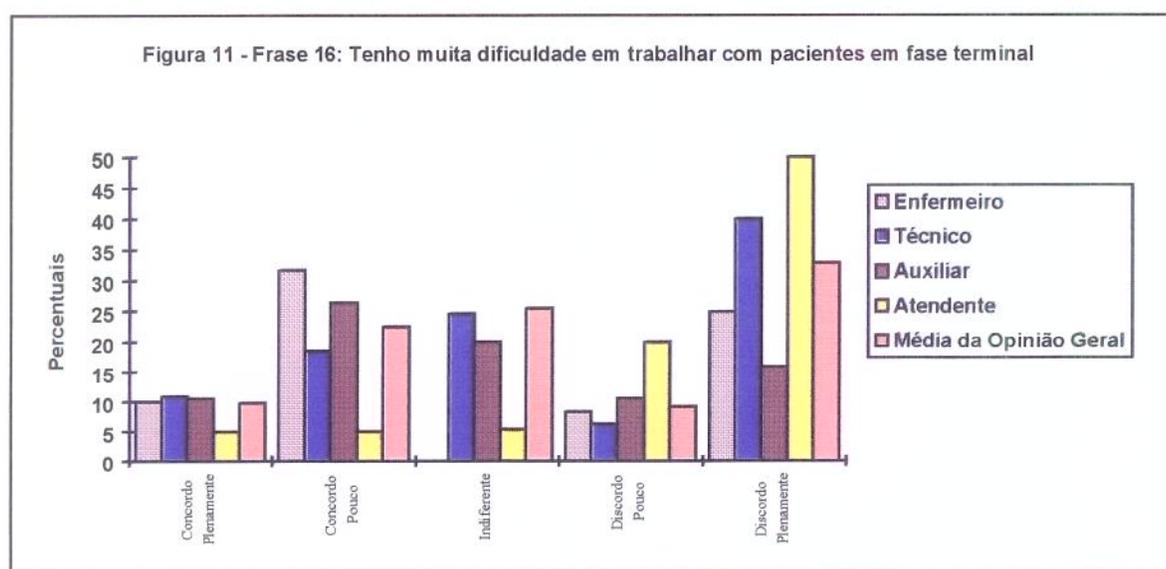


Observamos que a maioria concorda plenamente com a afirmação de que a falta de comunicação e a dependência do paciente levam a equipe atendê-los em primeiro lugar. As diferenças, novamente, estão entre os enfermeiros, ao discordar da pergunta feita.

Já vimos que para alguns autores, como **CHAO (1992)** e **DANIEL (1983)**, a essência da enfermagem é “cuidar” e “ajudar”. Ainda que haja algumas diferenças nas opiniões, os dados deste figura confirmam as afirmações dos autores supramencionados.

Há, no entanto, uma pequena diferença de opinião entre aqueles que discordam e, mais uma vez, são os enfermeiros que a maioria discordante.

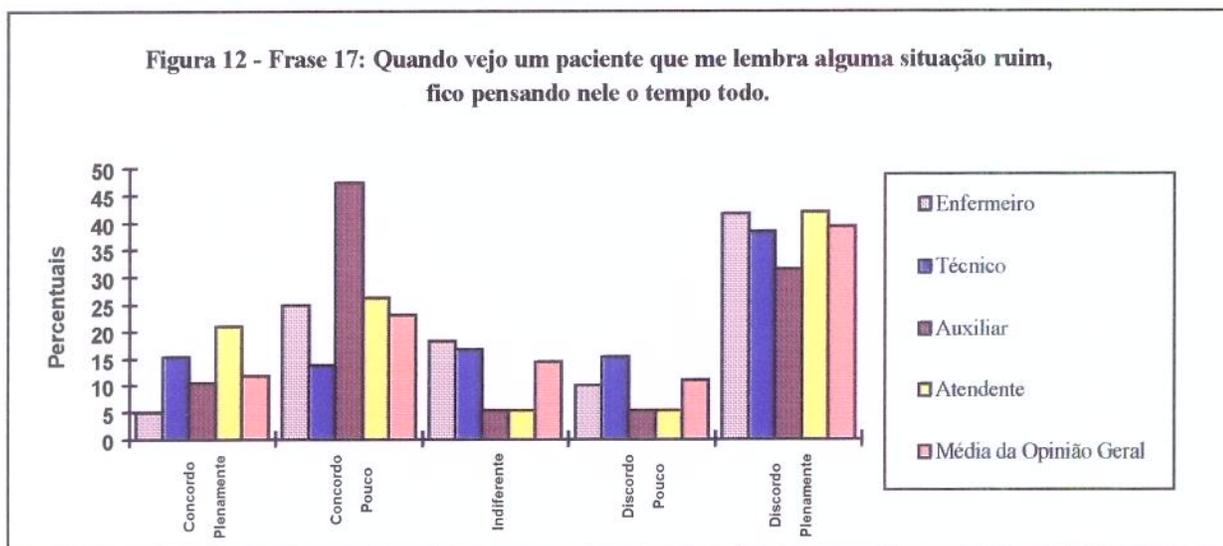
A respeito das dificuldades em trabalhar com pacientes em fase terminal, apresentam-se algumas diferenças, como podemos notar na Figura 11.



Foram os enfermeiros que mais disseram ter dificuldades para trabalhar com pacientes em fase terminal e nenhum deles se manteve indiferente, significando que os enfermos, neste estágio, mexe com os seus sentimentos. Atendentes e auxiliares foram os que mais discordaram da frase apresentada. Talvez porque a presença mais constante, junto aos doentes, faça-os mais experientes nesta situação, que os demais membros da equipe. Portanto, são aqueles que, por força de tarefas que lhes são distribuídas, conseguem desenvolver formas de trabalhar com pacientes em fase terminal, diminuindo suas causas deletérias no relacionamento com os pacientes nesta situação.

Este tema tem sido objeto de estudo de uma série de investigações e pesquisas em enfermagem, como a realizada em nosso meio por **BAPTISTA (1979)**, onde verificou, que o auxiliar de enfermagem e o atendente, são os elementos da equipe que melhor e mais vezes se comunicam com os pacientes. Notou certa reciprocidade, uma vez que os doentes também parecem ter mais facilidade de comunicação com eles.

Os profissionais de saúde vivenciam, juntamente com os pacientes, momentos ruins da vida. Fizemos, então, uma frase em que pudessem expressar sua concordância ou não, neste sentido. A Figura 12 nos mostra as percentagens das respostas.



Verificamos que, em escala descendente, os profissionais menos qualificados (Auxiliares e Atendentes) foram aqueles que mais concordaram com nossa afirmação. No cômputo geral, entretanto, a maioria, discorda da frase proposta.

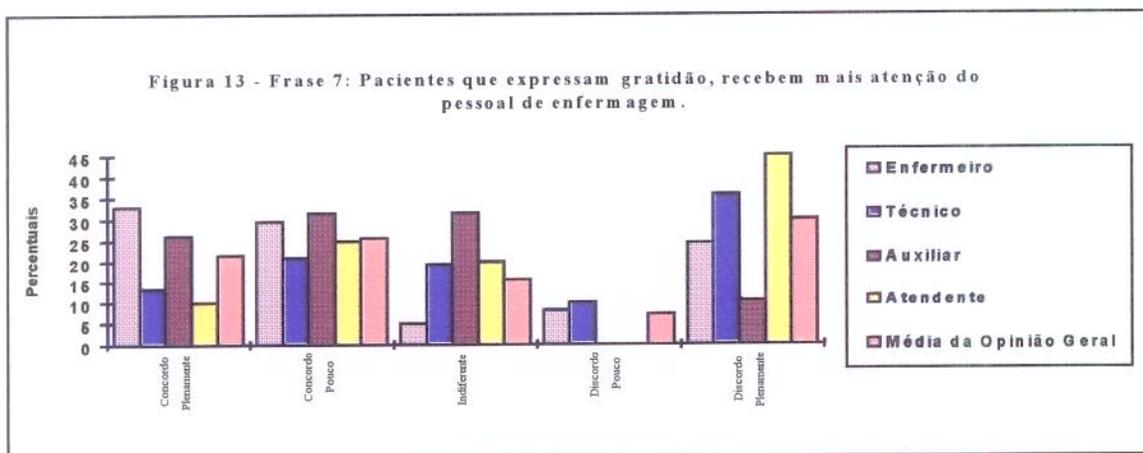
**CASSORLA (1990)** nos chama a atenção, no sentido de que poucos trabalhadores em saúde avaliam os seus sentimentos e reações frente a situações que os mobilizam. Este autor sugere que o profissional deve examiná-los e questionar o “por quê” deste ou daquele sentimento. Há indícios de que pode haver uma invasão de identificações

projetivas ou mesmo conflitos seus, ao se perceberem trabalhando tensos ou mesmo, não sentindo nada pelos pacientes.

O questionamento proposto, ao observar os dados das Figuras 11 e 12, é que, se uma profissão como a enfermagem, que leva os seus profissionais a viverem momentos críticos da existência humana, como a fase final dela, ou lembranças de momentos ruins a que estamos sujeitos, se ela não nos sensibiliza, algo não vai bem. Ou nos tornamos autômatos ou seremos “gente que cuida de gente” (HORTA, 1976a).

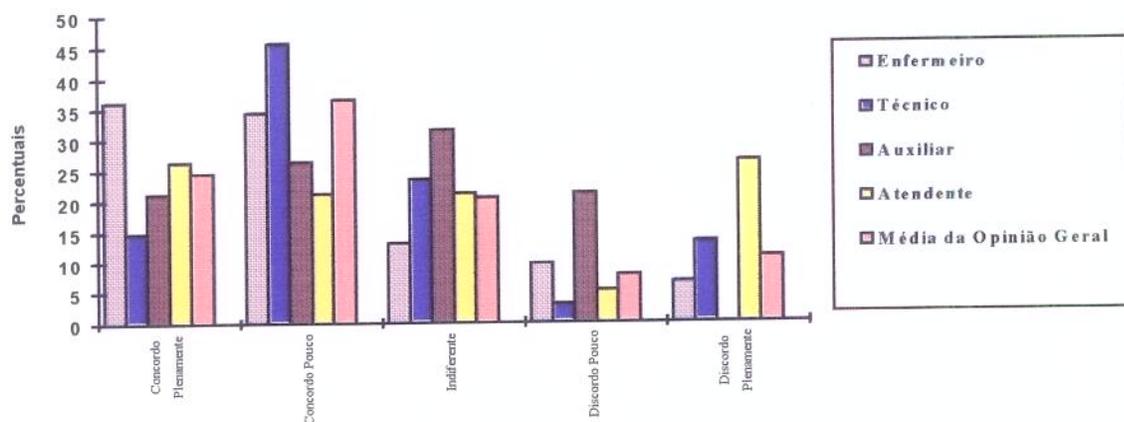
Passemos à discussão dos resultados que apresentaram diferenças significantes.

Na afirmação “quando os pacientes expressam gratidão, recebem mais atenção do pessoal de enfermagem”, houve significantes diferenças entre os membros da equipe e em relação à média geral delas. Vejamos a Figura 13:



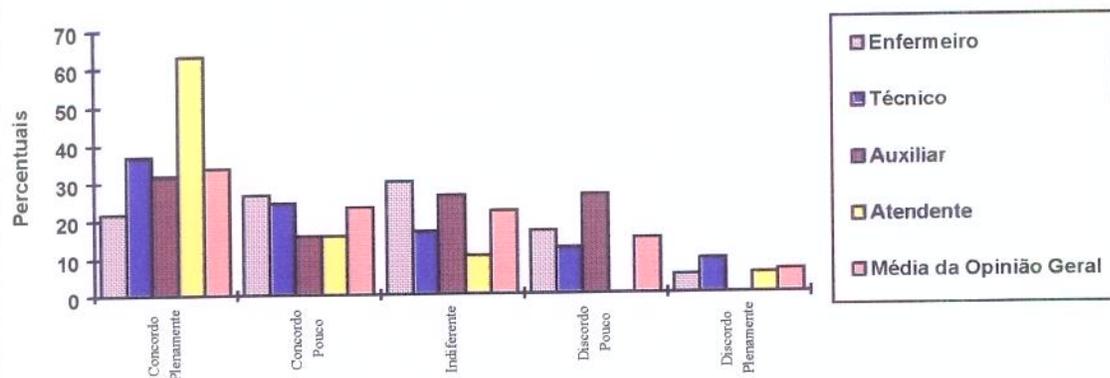
DILÁSCIO (1980) diz que na relação com o cliente estabelecem--se de estados comuns de sentimentos. Numa autêntica relação de ajuda, baseia-se, segundo CARVALHO (1980), na congruência, calor humano e empatia. Outra afirmação feita relacionava-se com a necessidade de aproximação que os pacientes têm para falar de seus problemas pessoais. Quando isto acontece, será que o pessoal de enfermagem o trata com mais carinho? Vejamos as respostas na Figura 14.

**Figura 14 - Frase 6: Quando o paciente fala mais de seus sentimentos pessoais, o pessoal de enfermagem o trata com mais carinho.**



A prescrição diária de enfermagem leva em consideração as respostas dos enfermos aos cuidados prestados. Portanto, julgamos ser importantes as informações advindas dos pacientes, principalmente aquelas em que podem falar de seus problemas. A premissa seguinte se refere à avaliação que os membros da equipe costumam fazer nestas ocasiões. Observemos a Figura 14a.

**Figura 14a - Frase 13: É muito bom, de acordo com o pessoal de enfermagem, quando os pacientes querem falar de seus problemas.**



Partamos do pressuposto de que, se o paciente busca falar de seus sentimentos, na verdade está à procura de uma forma de relacionamento, com alguém que o compreenda, sinta algo por ele, perceba que precisa de afeto, enfim, está com suas necessidades humanas básicas prejudicadas (MASLOW, 1970).

O grupo que mais concordou com a frase proposta foi o dos enfermeiros (um pouco mais de 70%). Apenas 13,1% manifestam indiferença quando o paciente quer falar de seus problemas emocionais.

O relacionamento humano, assim como o entendemos, é a parte mais importante das ações de enfermagem. EPSTEIN (1974) afirma que é visando isto que os enfermeiros procuram dialogar com o paciente e seus familiares. E vai mais longe, ao mencionar que é através do relacionamento humano que propiciam um melhor entendimento para si mesmos, sendo o cerne da própria profissão. Ocupa lugar bastante elevado na sua escala de valores.

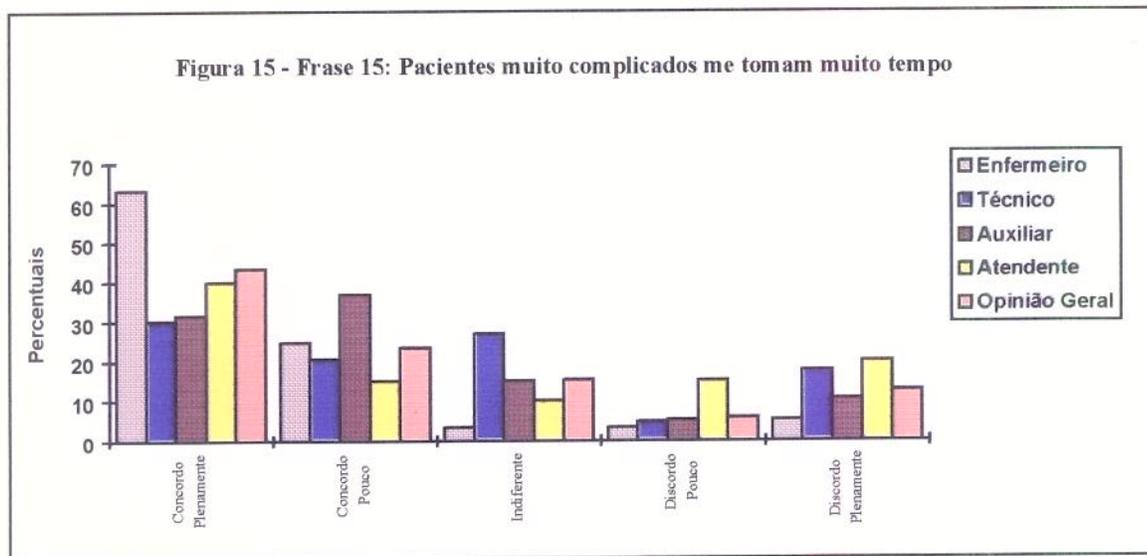
As diferenças significativas de opinião, observadas nos dados das Figuras 13, 14 e 14a, são frutos, segundo o nosso critério de avaliação, de uma deficiência, não somente no preparo de profissionais, mas, também, na pequena preocupação com o treinamento em serviço, necessária se faz a adoção de uma filosofia voltada para questões tão importantes. A qualidade da assistência de enfermagem não se mede pela quantidade de profissionais, mas, também, pela qualidade deles. Já vimos que, neste local de pesquisa, os profissionais apresentam-se em maior número do que em outras instituições de saúde.

As diferenças significativas de opinião são preocupantes, pois, para os profissionais de saúde, que entendem o ser humano com aspectos bio-psico-sócio-culturais, identificar emoções presentes no paciente auxilia na compreensão de suas ações e de seus comportamentos (SILVA; SILVA, 1994). Há trinta anos atrás, MERENESS; KARNOSH (1964) nos alertavam que reconhecer as atitudes dos doentes como resultado da enfermidade e o empenho em efetuar mudanças no seu comportamento, significa aceitar o paciente como ser humano, que necessita de motivação para querer estar bem.

Alguns anos mais tarde, MATHENEY; TOPALIS (1971) também nos chamava a atenção para o fato de que aceitar um paciente faz parte de um processo ativo,

proporcionando-lhe auto-respeito, autoconfiança e dignidade. Relacionar-se com o paciente é permitir que expresse seus sentimentos, que possa manifestar seus interesses, é não encará-lo como um caso clínico, e sim, como pessoa que tem sentimentos próprios e direito de se comportar como o faz.

Outra questão que obteve diferenças significativas foi sobre o tempo dispensado a pacientes complicados. O resultado está na Figura 15.

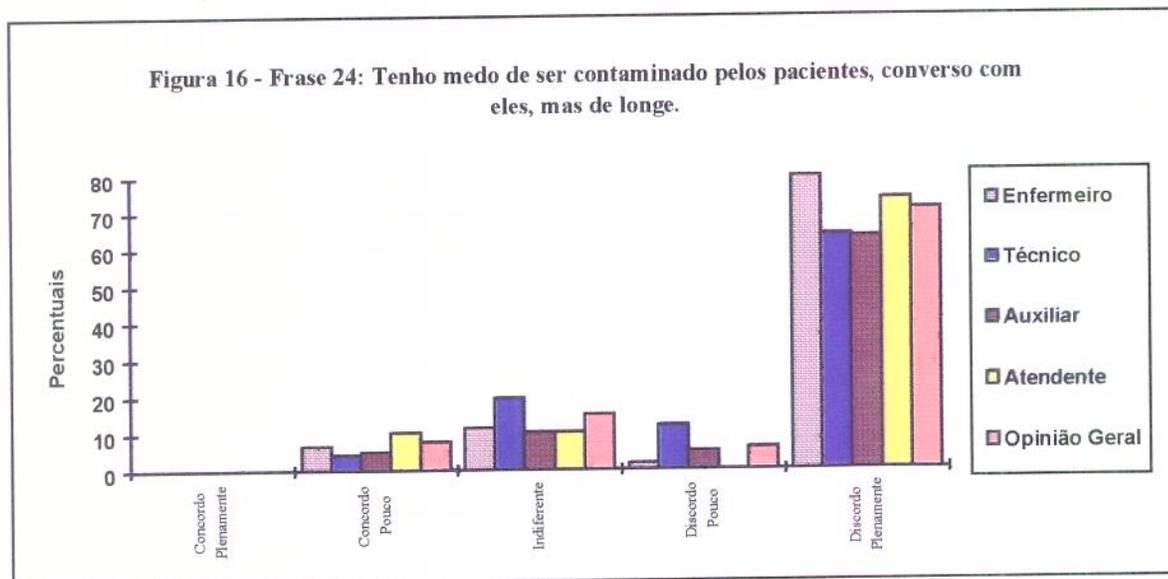


O Decreto-Lei No.94.406 no Art. 8, Inciso 1, Alínea “h” determina que é privativo do enfermeiro o cuidado de enfermagem de maior complexidade técnica e que exige conhecimentos científicos, adequados e capacidade de tomar decisões **(BRASIL, Leis, etc., 1993)**.

Os enfermeiros têm consciência disto ao concordarem com a premissa de que pacientes complicados tomam muito tempo nas suas atividades diárias.

Observando as demais categorias, notamos que oferecem opiniões bem diversificadas entre si e em relação à resposta dos enfermeiros. Embora haja algumas diferenças significativas, não nos pareceu estranho, pois cada qual tem suas atribuições regidas por lei e cabe aos enfermeiros a responsabilidade sobre os demais membros da equipe. No entanto, os enfermos complicados devem ficar sob os cuidados, principalmente, dos enfermeiros.

Apresentamos uma frase em que pudessem manifestar suas opiniões sobre o medo de interagir com pacientes contaminados. Podemos verificar as respostas na Figura 16.



A maioria discordou plenamente da frase apresentada (60% ou mais). Os enfermeiros foram os mais enfáticos, apresentando 80% de discordância. Mesmo assim, há algumas diferenças entre eles.

Outro grupo informa que é indiferente (entre 10 a 20%). De uma certa forma, querem nos dizer que o paciente contaminado não é problema para se estabelecer a interação.

Os dados nos levam a pensar que o inverso das respostas é também verdadeiro, ou seja, “não tenho medo de ser contaminado pelos pacientes, converso com eles de perto”. Mostram que os membros da equipe de enfermagem dão importância ao relacionamento com os pacientes contaminados.

As considerações teóricas nas quais este estudo está baseado (vide introdução) indicam que qualquer situação de membros de grupo determina posições que conferem papéis. O exercício de um papel específico é, geralmente, definido pelo próprio grupo.

Segundo **STOCKWELL (1985)**, algumas pressões são feitas para que se sustente a postura definida pela equipe. Quando o papel não é aceito, umas pessoas tentam

encorajar as outras para aceitá-lo ou conformar-se com ele. Se isto não é possível, empreendem-se atitudes de autoritarismo. As tarefas definidas têm poder de exercer em ambos, aquele que os determina e aquele a quem cabe cumpri-las, certos momentos de intensa ansiedade e os membros da equipe agem, muitas vezes, com sanções e punições.

A própria palavra “paciente” dá-nos uma conotação de subserviência, de aceitação, resignação, de pessoa que é objeto de uma ação, ainda que não relacionemos com pessoas doentes.

Deduzimos destas leituras que os doentes que buscam os membros da equipe de enfermagem para falar de seus problemas emocionais, não deveriam ser considerados como problema. Portanto, divergimos daqueles que não concordam plenamente ou pouco, ainda que em taxas reduzidas, como demonstradas nas Figuras 13, 14 e 14a.

#### **5.4 - Resultados do Esquema de Coleta de Dados IV**

Fizemos algumas perguntas abertas, sendo: as duas primeiras relativas à motivação para escolha da profissão; outras duas referiam-se diretamente aos enfermos que poderiam afetar os sentimentos dos membros da equipe; quatro questões diziam respeito ao bem-estar no trabalho; uma abordava situações de impotência ao cuidar do paciente; outra investigava se a falta de visitas dos familiares interfere no trabalho; a antepenúltima indagava sobre interferência de saber diagnóstico médico, no “cuidar” do doente. As duas últimas foram destinadas a comentários sobre pacientes que poderiam mexer muito com o respondente e, por último, foi deixado um espaço reservado para qualquer outro comentário que, por ventura, quisessem fazer.

### 5.4.1 - Quanto à Motivação para a Escolha da Profissão

Ao perguntar que motivos os levaram a escolher a enfermagem como profissão, temos o seguinte resultado:

**TABELA 58** - Distribuição da frequência dos motivos de escolha da profissão, segundo os enfermeiros, técnicos, atendentes e auxiliares de enfermagem. Campinas, 1993.

Motivos para a Escolha da Profissão	Enfermeiros		Técnicos		Auxiliares		Atendentes		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Por opção	33	53,2	7	36,8	32	45,7	15	60,0	87	49,4
Por acaso	13	20,9	5	29,3	3	4,2	2	8,0	23	13,0
Por influência	5	8,0	4	21,0	17	24,2	4	16,0	30	17,0
Por opção e por influência	1	1,6	-	-	2	2,8	-	-	3	1,7
Em branco	10	16,1	3	15,7	16	22,8	4	16,0	33	18,7
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>

Notamos que apenas 14,7% deixaram em branco. Os dados nos mostram que em média, 49,4% escolheram a enfermagem por opção própria, com destaque para os atendentes que perfazem um total de 60%. Mais da metade dos enfermeiros (53,2%) afirmam ter escolhido por opção e, de 20,9%, a escolha foi feita por acaso.

Há marcantes diferenças entre os elementos da equipe, ao mencionarem que a escolha da profissão foi por influência de algumas pessoas (enfermeiros, 8,0%; técnicos, 21,0%; auxiliares, 24,2%; atendentes 16,0%).

Entretanto, destacaremos algumas expressões consideradas como escolha “por opção”. Vejamos:

**“Porque gosto de cuidar de pessoas e isto, de alguma forma me dá algum retorno, de carinho, de reconhecimento”** (Enfermeira)

***‘Pensei numa profissão que contivesse uma função prática e de relação humana que me satisfaria e por ser um sonho de minha mãe’*** (Enfermeira)

***‘A necessidade de ajudar, de forma mais concreta, outras pessoas e a necessidade de saber que o meu trabalho representasse algo de valor’*** (Enfermeira)

***‘O desejo de ser útil, fazer algo para aliviar o sofrimento’*** (Enfermeira)

Podemos observar algumas semelhanças expressas por um técnico:

***‘Minimizar, ao máximo, o sofrimento de alguém’*** (Técnico)

Alguns auxiliares também manifestam-se da mesma forma;

***‘Para mim, foi a realização de um sonho, que acaalentava desde sempre’*** (Auxiliar)

Observamos que, da mesma forma, no grupo dos atendentes, há aqueles que declaram suas motivações para a escolha da profissão, no mesmo sentido dos demais.

Observemos:

***‘Porque sempre gostei de ajudar o próximo e na enfermagem a gente não faz outra coisa, senão isto’***

O que podemos deduzir destas expressões é que estão em perfeita consonância com os dados da literatura no que se refere à essência da profissão. Enfermagem é “cuidar”, (CHAO, 1992), “ajudar” (DANIEL, 1983), “relacionar”, (PEPLAU, 1952 e KING, 1981), “tocar”, (DRUGGE, 1992 e ROGERS, 1970), “assistir” (HORTA, 1975) “aliviar” (ROPER et al., 1988). É uma profissão, tradicionalmente ligada ao ser humano que experimenta, durante sua existência, os desequilíbrios do bem estar, levando seus profissionais a direcioná-lo à harmonia com o mundo em que vive.

No entanto, este teor essencialmente humanístico da enfermagem pode estar carregado de fantasias e delas advêm frustrações. Consequentemente, pode levar as pessoas ao desânimo, na profissão.

A segunda pergunta sobre a motivação de escolha da profissão procura saber se havia algum fato importante na época da opção pela enfermagem o que foi. Observemos os resultados na Tabela 59.

**TABELA 59** - Distribuição da frequência da ocorrência de fatos, na época da escolha da profissão, segundo enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. Campinas, 1993.

Existência de fatos	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim, houve	20	32,2	6	31,5	25	35,7	12	48,0	63	35,7
Não houve	38	61,2	10	52,6	29	41,42	7	28,0	84	47,7
Em branco	4	6,4	3	15,7	16	22,8	6	24,0	29	16,4
Total	62	100,0	19	100,0	70	100,0	25	100,0	176	100,0

Observamos que 35,7% responderam afirmativamente. A Tabela 60 nos mostra que fatos foram estes.

**TABELA 60** - Distribuição da frequência de fatos ocorridos ao escolher a profissão, segundo os membros da equipe de enfermagem. Campinas. 1993.

Fatos ocorridos quando escolheram a profissão	Frequência	Porcentagem
Necessidade de definir ou trocar de profissão	5	7,9
Sonho de fazer enfermagem	5	7,9
Influências de parentes, amigos e profissionais	21	33,3
Estava desempregado	3	3,4
Necessidade de independência financeira	3	3,4
Era um desafio	4	6,3
Experiências tristes e ruins	10	15,9
Experiências boas	2	3,2
Em branco	10	15,9
Total	63	100,0

Observamos que os fatos que podem ocorrer na definição da profissão receberam, marcadamente, influências de outras pessoas (33,3%).

Outros aspectos importantes foram ocorrências tristes ou ruins (15,9%), como por exemplo: doenças próprias ou na família, ou solicitações para ajuda a alguém acidentado.

Também sentimentos de desafio e sonho de fazer enfermagem estiveram presentes (6,3% e 7,9 %).

#### 5.4.2 - Quanto ao Envolvimento Emocional com os Pacientes

Duas perguntas foram feitas no sentido de verificar se alguns pacientes mexiam com os sentimentos dos membros da equipe. A primeira era genérica: há algum tipo de paciente que mexe com você ou lhe representa alguma situação de vida? Reparemos os dados da Tabela 61.

**TABELA 61** - Distribuição da frequência da existência de pacientes que mexem ou representam algo na vida dos membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.

Tipo de paciente que mexe ou representa alguma situação na vida dos membros da equipe de enfermagem	Enf.		Téc.		Aux.		Atend.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não existe	17	27,4	6	31,5	19	27,1	5	20,0	47	26,7
Sim, existe	40	64,5	10	52,6	37	52,8	10	40,0	97	55,1
Em Branco	5	8,0	3	15,7	26	37,1	10	40,0	32	18,1
Total	62	100	19	100	70	100	25	100	176	100

E, agora, verifiquemos que tipo de paciente é esse:

**TABELA 62** - Distribuição da frequência do tipo de paciente que mexe ou representa alguma situação na vida dos membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.

Tipo de Paciente	Frequência	Porcentagem
Pacientes terminais	18	18,9
Pacientes pediátricos	13	13,6
Pacientes geriátricos e cardíacos	11	11,5
Pacientes oncológicos	9	9,4
Pacientes frágeis e carentes	7	7,3
Pacientes jovens	4	4,2
Pacientes psiquiátricos	3	3,1
Pacientes com neoplasias	2	2,1
Pacientes de neurologia	2	2,1
Pacientes com úlcera varicosa	2	2,1
Pacientes crônicos	2	2,1
Pacientes otimistas	2	2,1
Pacientes queimados	1	1,0
Pacientes aidéticos	1	1,0
Pacientes obstétricas	1	1,0
Pacientes com defeito físico	1	1,0
Pacientes asmáticos	1	1,0
Pacientes debilitados	1	1,0
Em branco	14	14,7
Total	95	100,0

Podemos notar que o tipo de doente que mais interfere ou significa alguma situação na vida dos membros da equipe de enfermagem é o paciente terminal (18,6%). Isto pode ser explicado com as palavras de **BOEMER (1985)**, ao afirmar em sua tese para obtenção do título de Doutor em Enfermagem: *“é inevitável na temporalidade de cada um de nós, quando nos deparamos com a morte. Nesse encontro, iniciam-se os questionamentos sobre a natureza da vida e da morte, suas indagações e implicações”*.

Nesta discussão não estamos fazendo distinção de quem permanece mais tempo com os pacientes em fase terminal. A população estudada constitui-se de elementos da

equipe de enfermagem que estavam, efetivamente, prestando assistência. Portanto, embora haja uma hierarquização na distribuição de tarefas e nela os auxiliares e atendentes sejam os que passam a maior parte do tempo com esses doentes, para cuidados como higiene, alimentação, movimentação, só o fazem sob a supervisão dos enfermeiros, que assumem a responsabilidade destas funções. Assim, todos os membros da equipe são partícipes das ações executadas.

Segundo **BOEMER (1986)**, uma vez declarado o estado de terminalidade, os enfermos ficam muito sós, queixam-se de que o médico não vai mais ao seu quarto, a extensão da prescrição médica aumenta e tende a tornar-se repetitiva, atendendo mais aos cuidados gerais de dieta, no sentido de manutenção da integridade biológica dos pacientes.

No que se refere às prescrições e às observações de enfermagem, o mesmo pode ocorrer, como por exemplo, banho diário, higiene da boca, higiene íntima, mudança de decúbito, exercícios e movimentação passiva, observação das condições da pele, condições circulatórias, observação de eliminações fisiológicas, cuidados que devem ser prescritos pelos enfermeiros.

Isto, vem mostrar que os membros da equipe de enfermagem, embora façam tarefas repetitivas, não estão isentos da emotividade diante de quadros terminais. Não compreender a temporalidade da morte como algo inevitável, é estar sujeito a maior envolvimento com o paciente terminal e, conseqüentemente, considerá-lo um “problema”.

Pacientes pediátricos (13,4%) também fizeram parte do elenco daqueles que mexem ou representam algo na vida dos profissionais. Queremos considerar que nesta manifestação estão implícitos sentimentos de preservação da vida, ou mesmo lembranças da infância e, ainda, experiências semelhantes às do paciente pediátrico. Não devemos esquecer dos sentimentos maternos das enfermeiras (cuidar lembra mãe: relação mãe e filho). Perder um filho, vê-lo adoecer, mobiliza muitos sentimentos.

Merecem ainda destaque os doentes idosos e cardíacos (11,3%), menção em que podemos imputar os mesmos sentimentos relacionados com pediátricos.

Somente 2,1% mencionaram sobre o que interfere nos sentimentos são os pacientes otimistas. Foi o único tipo com aspectos positivos mencionados. Todos os demais

foram situações desagradáveis. Este paciente também pode constituir em problema para quem o assiste.

Questionamos se o paciente com anormalidades físicas podia afetar os sentimentos e interferir no trabalho. Observemos as respostas na Tabela 63.

**TABELA 63** - Distribuição da frequência de pacientes com anormalidades físicas que mexem com os sentimentos e interferem nos cuidados de enfermagem, segundo os membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.

Paciente com anormalidades físicas mexe com os sentimentos e interfere nos cuidados	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Sim	30	48,3	10	53,6	28	40,0	6	24,0	74	42
Não	22	35,4	4	21,0	24	34,2	11	15,7	61	34,6
	5	8,0	1	5,2	2	2,8	1	4,0	9	5,1
Às vezes	5	8,0	4	21,0	16	22,8	7	28,0	32	18,1
Em Branco										
Total	62	100	19	100	72	100	25	100	176	100

Observamos que os mais sensíveis ao trabalhar com doentes portadores de anomalia foram os técnicos (53,6%), seguidos dos enfermeiros (48,3%). Aliás, em todas as categorias há referências de que o paciente anormal mexe com os sentimentos. Algumas pessoas (5,1%) informaram que “às vezes”. Isto significa que, de uma forma ou de outra, pacientes com defeito físico afetam sentimentos e interferem na forma de trabalho.

Apenas 8,0% dos enfermeiros, não manifestaram opinião e 28,0% dos atendentes devolveram o questionário com respostas em branco.

Como nas demais questões feitas, as repostas dos enfermeiros diferem em relação às respostas dos demais membros de sua equipe.

### 5.4.3 - Quanto ao Estado Emocional no Trabalho

Achamos importante verificar como os membros da equipe estavam no trabalho. As respostas estão demonstradas na Tabela 64.

**TABELA 64** - Distribuição da frequência dos membros da equipe de enfermagem, no que se refere a como estão no trabalho. Campinas, 1993.

Como está no trabalho	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Estou bem	48	77,4	14	73,6	50	71,4	20	80,0	132	75,5
Não estou bem	6	9,6	1	5,2	2	2,8	-	-	9	5,1
Mais ou menos	6	9,6	2	10,4	2	2,8	1	4,0	11	6,2
Em branco	2	3,2	2	10,4	16	22,8	04	16,0	24	13,6
Total	62	100	19	100	70	100	25	100	176	100

Solicitamos que explicassem, estando ou não bem no serviço. Vejamos Tabela 65.

**TABELA 65** - Explicações dadas pelos membros da equipe de enfermagem, de acordo com o bem estar nas unidade de internação. Campinas, 1993.

	Explicações	Frequência	Percentual
Estou bem	Sem explicar	78	44,3
	Gosto do que faço	22	12,5
	Devido ao bom relacionamento	10	5,6
	Bem, mas estressado	7	3,9
	Bem, mas preciso melhorar	5	2,8
	Bem, mas insatisfeito	4	2,2
	Bem, mas com problema de relacionamento	2	1,1
	Bem, mas mal remunerado	2	1,1
	Bem, mas um pouco perdido	2	1,1
	Subtotal	132	75,5
Não estou bem	Um pouco cansado	5	2,8
	Não gosto da profissão	1	0,5
	Falta de reconhecimento profissional	1	0,5
	Um pouco descontente	1	0,5
	Subtotal	8	4,5
Mais ou menos	Em branco	4	2,2
	Às vezes cansada	2	1,1
	Não me identifico com a profissão	2	1,1
	Às vezes magoado	2	1,1
	Insatisfeito com a profissão	1	0,5
	Subtotal	11	6,2
Em branco	Subtotal	25	14,2
	Total	176	100,0

Os resultados demonstrados nas Tabelas 63 e 65 nos indicam os fatores que podem ser considerados importantes, não apenas por estarem bem no serviço, mas, também, por favorecerem o relacionamento com pessoas.

Na verdade, gostar daquilo que se faz (12,5%) e o bom relacionamento na equipe (5,6%) são apontados como fatores que contribuem para o bem-estar no serviço.

Por outro lado, “estar bem no trabalho”, não teve sentido pleno, pois a várias explicações seguiu-se uma frase restritiva, isto é, “mas um pouco estressado (3,9%)”, “mas um pouco insatisfeito (2,2%)”, “mas preciso melhorar (2,2%)”.

Em suma, a média dos entrevistados que se sentem bem no serviço foi de 75,5%. Entretanto, os atendentes destacam-se, com 80%.

Alguns (4,5%) responderam que não se sentiam bem no serviço, principalmente porque se acham cansados (2,8%), por não gostar da profissão (0,5%), sentimento de que falta reconhecimento profissional (0,5%), ou, então, descontentamento com ela (0,5%).

Outros (6,2%) asseguraram que se sentem “mais ou menos”. As explicações dadas foram: a não identificação com a profissão (1,1%), sentir-se magoado com alguma coisa (1,1%) ou cansados (1,1),

Elaboramos outras três perguntas, questionando-os em que serviço gostariam de trabalhar, o serviço em que mais se realizaram e em qual não gostariam de trabalhar. Observemos os resultados:

**TABELA 66** - Distribuição da freqüência, quanto ao serviço em que mais se realizou, serviço em que mais gostaria de trabalhar e serviço em que menos gostaria de trabalhar, segundo os membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.

Serviços	Gostaria de Trabalhar		Mais se realizou		Não gostaria de trabalhar	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Centro Cirúrgico	17	9,6	6	3,4	4	2,2
Saúde Pública	20	11,3	2	1,1	-	-
Unidade de Terapia Intensiva	18	10,2	24	13,6	9	5,1
Pediatria	15	8,5	18	10,2	12	6,8
Qualquer um	10	5,8	7	3,9	4	2,2
Educação	7	3,9	2	1,1	-	-
Mol. Infecto- -Contagiosa	5	2,8	7	3,9	2	1,1
Psiquiatria	5	2,8	4	2,2	13	7,3
Hematologia	5	2,8	5	2,8	8	4,5
Nefrologia	4	2,2	3	1,7	-	-
Enfermaria Geral	4	2,2	1	0,5	-	-
Neurologia	4	2,2	1	0,5	1	0,5
Pronto Socorro	3	1,7	3	1,7	3	1,7
Ginecologia e Obstetrícia	2	1,1	3	1,7	4	2,2
Neonatologia	2	1,1	2	1,1	-	-
Urologia	1	0,5	-	-	-	-
Oncologia	1	0,5	2	1,1	7	3,9
Ortopedia	1	0,5	3	1,7	4	2,2
Supervisão	1	0,5	-	-	-	-
Transplante de medula óssea	1	0,5	-	-	2	1,1
Autônomo	1	0,5	-	-	-	-
Difícil dizer	-	-	3	1,7	-	-
Quando me sinto útil	-	-	2	1,1	-	-
Fora do Hospital	-	-	4	2,2	-	-
Outros	27	15,3	36	20,4	44	25,0
Em Branco	22	13,0	31	17,6	69	39,2
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>

Nestas discussões vamos considerar apenas os cinco serviços mais referidos em cada uma das questões. Examinemos:

1. Serviço em que gostariam de trabalhar: (a) Saúde Pública (11,3%), (b) Unidade de Terapia Intensiva (10,2%), (c) Centro Cirúrgico (9,6%), (d) Pediatria (8,5%) e (e) Educação (3,9%).

2. Serviços em que mais se realizaram: (a) Unidade de Terapia Intensiva (13,6%), (b) Pediatria (10,2%), (c) Moléstia infecto-contagiosa (3,9%), (d) Centro Cirúrgico (3,4%) e (e) Hematologia (2,8%).

3. Serviços em que menos gostariam de trabalhar: (a) Psiquiatria (7,3%), (b) Pediatria (6,8%), (c) Unidade de Terapia Intensiva (5,1%), (d) Hematologia (4,5%) e (e) Oncologia (3,9%).

4. Os componentes da equipe deixaram entrever os dois extremos em que a saúde deve ser mantida: de um lado, a saúde pública e do outro, os serviços que necessitam da tecnologia avançada. Ficou claro que é fator de satisfação quando os profissionais se encontram engajados nos serviços de suas preferência ou naquele em que se realizaram mais.

Por outro lado, podemos notar os serviços cuja rejeição é evidente. Aparece com destaque a Psiquiatria. É comum percebermos as pessoas questionando os métodos terapêuticos usados no tratamento com o doente mental. Também é comum vermos na imprensa, televisiva, falada ou escrita, fazerem críticas à psiquiatria tradicional. Seguramente, estes são fatores que podem influenciar a opinião das pessoas, na escolha de um determinado serviço. Pode ser, ainda, o medo do doente mental.

**GARCIA (1982)** nos relata que, muitas vezes, o pessoal de enfermagem, de maneira geral, ao desempenhar suas funções, age até mesmo com insegurança, devido às reações de medo ou fuga, que desde criança, manifesta ao deparar com indivíduo que apresenta distúrbios mentais.

A rejeição em Pediatria pode ser explicada por uma frase, que costumeiramente ouvimos dos membros da equipe: “Tenho muito dó das crianças”. Conseqüentemente, contra o “dó”, pouco se pode fazer e as pessoas podem rejeitar esta especialidade porque se

sentem impotentes diante dele. Este sentimento de consideração também pressupõe identificação com a pessoa que sofre.

A hematologia e oncologia foram serviços com que não gostariam de trabalhar. A referência destes locais pode ser explicada pelas poucas chances de vida do paciente, ou pela incapacidade de resolver problemas neste sentido, encontrando como solução a rejeição deles.

Para concluir as discussões destas questões, podemos dizer que, muitas vezes, considerar um paciente como problemático, não é pela causa ou efeito de uma situação problemática dele, mas pelos fatores acima descritos, ou seja, rejeição, identificação, fuga e insegurança.

Na pergunta seguinte questionamos se já haviam sentido impotência diante de situações difíceis no serviço, ao cuidar de um paciente e que explicassem isto. Verifiquemos os resultados apresentados na Tabela 67.

**TABELA 67 - Distribuição da frequência quanto à ocorrência ou não de sentimentos de impotência, diante de situações difíceis. Campinas, 1993.**

Ocorrências de situações difíceis ao cuidar do paciente	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	52	83,8	12	63,1	37	52,8	11	44,0	112	63,3
Não	4	6,4	2	10,5	15	21,4	6	24,0	27	15,3
Em branco	6	9,6	5	26,3	18	25,7	8	32,0	37	21,0
Total	62	100	19	100	70	100	25	100	176	100

Podemos observar na Tabela 67 as situações difíceis que levaram os membros da equipe a se sentirem impotentes ao cuidar do paciente.

**TABELA 68** - Distribuição da frequência das situações que levam os membros da equipe de enfermagem a experimentar impotência. Campinas, 1993

Situações em que levam a apresenta sentimentos de impotência	Freq.	Perc.
Pacientes morrendo	56	50,0
Incapacidade profissional	25	22,3
Pacientes críticos	5	4,4
Jovens com leucemia	4	3,5
Pacientes crônicos	3	2,6
Pacientes jovens que caminham para a morte	3	2,6
Insegurança dos médicos	3	2,6
Ligação íntima com o paciente	1	0,9
Em branco	12	10,7
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Notamos que, novamente, o sentimento de finitude humana, vem a baila.

Se somarmos os percentuais que se referem a esta questão, ultrapassam 56,0% (pacientes morrendo (50,0%), jovens que caminham para a morte (2,6%) e jovens com leucemia (3,5%).

**KAMIYAMA (1979)** assegura que sentimentos de medo e angústia são despertados, tanto nos membros da equipe de saúde, quanto nos pacientes ao depararem com esta fase da existência humana.

**CARVALHO (1985), HOJAIJ (1980) e ELSAS (1979)** ressaltam a importância de melhor preparo do pessoal técnico e maior sensibilidade para com as reações dos indivíduos, diante do adoecer. O mesmo é verdadeiro quando se presencia a morte iminente.

E o diagnóstico médico interfere ou não na prestação dos cuidados de enfermagem? Vejamos os resultados na Tabela 69.

**TABELA 69** - Distribuição da freqüência da interferência do diagnóstico médico nos cuidados de enfermagem, segundo os membros da equipe de enfermagem. Campinas, 1993.

Interferência do diagnóstico médico nos cuidados de enfermagem	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Atendente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	52	83,8	8	42,1	37	52,8	9	36,0	106	60,2
Não	5	8,0	6	31,5	12	17,1	8	32,0	31	17,6
Em branco	5	8,0	5	26,3	21	30,0	8	32,0	39	22,1
Total	62	100,0	19	100,0	70	100,0	25	100,0	176	100,0

Os enfermeiros asseguram, em sua grande maioria (83,8%), que a importância do conhecimento do diagnóstico médico é indissociável da prestação de cuidados de enfermagem. Normalmente os cuidados são prescritos apenas pelo enfermeiro e baseiam-se no histórico de enfermagem, observações, evolução do paciente. O diagnóstico médico também pode ajudar e orientar as ações dos membros da equipe.

Não cabe aos técnicos, auxiliares e atendentes prescrever, e diagnosticar em enfermagem. São prestadores de cuidados sob a supervisão dos enfermeiros. Talvez seja esta a razão de darem menor importância ao diagnóstico médico que os enfermeiros.



## **6 - CONCLUSÕES**

*‘Sim, senti-me impotente quando vi uma pessoa convulsionando-se. Eu estava sozinha e, na hora, deixei o pânico tomar conta de mim e tive medo’*

*Auxiliar. Campinas, 1994*

Delinear o que ocorre na esfera emocional, sentimental ou reacional entre os pacientes e os membros da equipe de enfermagem não foi tarefa muito fácil. É uma empreitada um tanto árdua, já que tais ocorrências envolvem pessoas com características e formas de sentir próprias e diferenciadas.

Foi nosso desejo que este trabalho atingisse os profissionais que, efetivamente, prestassem assistência aos doentes, nas enfermarias especializadas de um hospital universitário, de uma maneira geral.

De posse dos resultados, pudemos despertar o anseio de conhecer os pacientes em seus aspectos emocionais e afetivos, deixando de lado, a Tarja de paciente “problema”, contudo, sem nos deixar envolver nas tramas da comiseração e sentimentalismo, que inibem qualquer ação, com sua tonalidade depressiva e niilista.

Podemos considerar que houve interesse em nosso trabalho, pois, apesar dos esquemas de coleta de dados serem um pouco extensos, sentimos que foi boa a aceitação, pois a devolução dos instrumentos preenchidos excedeu as expectativas. Houve enfermarias em que a devolução foi de 100%. A média geral foi de 73,0%.

Há maior concentração de profissionais categorizados, no local de nosso estudo, em relação à distribuição deles na literatura consultada. Os enfermeiros constituem 35,2% e a média verificada na bibliografia referente é de 10%. O número de auxiliares e técnicos é semelhante ao apregoado na literatura especializada (ALCALÁ, 1982; CAMPEDELLI, 1987; ABOUD, s.d.; FELDMANN, s.d.), pois perfaz 50,5% enquanto o referido na bibliografia é de 25% a 60%. O número de atendentes é pequeno em relação ao encontrado. Perfaz 14,2% e alguns autores sugerem até 60%.

Se compararmos a distribuição destes profissionais, segundo o Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP) em 1994, ou seja, 12,42% de enfermeiros, 45% de técnicos e auxiliares e 42,49% de atendentes, podemos dizer que o hospital das clínicas é agraciado com profissionais melhor preparados.

É de se esperar que a qualidade de assistência de enfermagem se encontre em níveis aceitáveis, se compararmos com o que se apresenta como ideal para a sua promoção.

Concluimos que os homens estão procurando mais a enfermagem como profissão. Enquanto a média nacional de elementos masculinos na profissão é de 5,4% do contingente da enfermagem, neste hospital, é de 10,2%.

Com relação à idade, 70,1% se encontram entre 25 e 39 anos, sendo que outros estudos, realizados por **PITTA (1990)**, apontam que nesta faixa etária o percentual é de 36%.

Quanto ao local de nascimento, os dados confirmaram o movimento migratório que se estabeleceu no país, pois apenas 19,69% nasceram em Campinas.

Como era de se esperar, a maioria é católica (67,6%). Percebe-se, entretanto, que não são os mais praticantes (apenas 41,1%). Ao contrário, dos protestantes, 80% é praticante.

Há predominância de elementos solteiros (50,5%), destacando-se entre eles a categoria dos enfermeiros (61,9%). Como relatamos em nossa discussão, se agruparmos os desquitados, viúvos e separados, a frequência, em todas as categorias, ultrapassa a 52%. Ainda que não possamos generalizar, é possível que sentimentos de solidão, tristeza, abandono, rejeição, falta de afeto, entre outros, acompanhem as atividades de vida destes indivíduos. Também, podemos dizer, que a busca de profissões como a enfermagem, é uma forma de suprir tais carências.

Embora o hospital seja um pouco distante do centro da cidade, a maioria (74%) reside em Campinas, o que parece ser um fator positivo. Por outro lado, 43,8% servem-se de ônibus coletivo para chegar ao trabalho e 29,0%, de ônibus fretado pela universidade. Estes sistemas de transportes gastam muito tempo no traslado até o hospital. Observou-se que o tempo gasto no traslado para o local de serviço, em sua maioria, é, em média de cinquenta 50 minutos. Consideramos um longo período de tempo, quanto a sair muito cedo de casa ou a chegar muito tarde, após o trabalho. Podemos analisar este dado de duas formas: (1) se considerarmos como perda de tempo, normalmente, pode acarretar ansiedade e “stress, chegando ao trabalho propensos a ter problemas no relacionamento; (2) mas, se considerarmos como período de descanso e descontração, favorecerá a relação interpessoal com os familiares, membros da equipe e pacientes.

A respeito da profissão dos pais, concluímos que ela não possui relação direta com a profissão atual dos membros da equipe. A escolha, parece-nos estar influenciada por outros fatores.

Os membros da equipe de enfermagem deste hospital possuem, em sua grande maioria (76,7%), menos de dez anos de formado, o que nos leva a pensar, que, normalmente, são providos de planos para o futuro, comuns nas pessoas recém-formadas. Por outro lado, podem estar em processo de adaptação, principalmente aqueles que se formaram há menos de cinco anos (31,4%). Em consequência, estarão sujeitos às crises que este processo lhes pode oferecer.

Durante a vivência nas atividades de enfermagem, experimentam mudanças, pois 25% estão na faixa de um a quatro anos na área e 65% possuem, de um a quatro anos na enfermagem. Isto mostra que podem ser deslocados de uma unidade para outra, dentro do próprio hospital.

A maior parte (67,0%) contribui parcialmente para o sustento da casa. Isto contrasta com os 50,5% de solteiros. Pode significar que estas pessoas ainda não possuem independência dos seus familiares.

Concluímos que os membros da equipe de enfermagem possuem experiência profissional nas duas grandes áreas de concentração: clínica médica e clínica cirúrgica. Se por um lado, isto constitui em ponto positivo, pois garante-lhes maior segurança no tratamento das pessoas doentes, pode significar falta de adaptação ao serviço.

Apenas nas áreas de Pediatria, Psiquiatria, Unidade de Tratamento Intensivo e Nefrologia, os enfermeiros exercem suas atividades de acordo com a especialização na qual foram preparados. Há vários outros que não estão desempenhando suas atividades, de acordo com a preparação específica, principalmente a Administração (22,5%).

Foi mais fácil para os membros da equipe de enfermagem afirmarem que gostam de cuidar dos pacientes (47,4%- gosto muito e 52,8%- gosto). O percentual de “não gostar” foi 28,9% e “não gostar nada” de 9,0%.

As razões que os levam a gostar de cuidar do paciente eram tanto positivas como negativas. As mais comuns foram:

Pontos positivos:

- Simpatia que parte do paciente, agradáveis, afetivos, delicados, transmissores de paz, tranquilos, confiantes, cativantes, carinhosos, serenos, sensíveis
- Ter carinho, apreço, afeição pelo doente
- Necessidade de carinho, precisar de amor, sensíveis, gostar de afago
- Colaborativos
- Educados, gentis
- Compreensivos, aceitação da doença
- Comunicativos, bom “papo”, de fácil comunicação, de fácil relacionamento, bom diálogo
- Brincalhões, esportivos, bem humorados, engraçados, espirituosos.
- Lúcidos, conscientes, orientados, esclarecidos, bem informados, cultos, inteligentes
- Deambulantes
- Pacientes que não incomodam, não dão trabalho, fáceis de lidar, não reclamam de nada, não são exigentes
- Humildes, simples
- Requerem atenção constante, pacientes intensivos, necessitam de muitos cuidados
- Pacientes graves, com prognóstico ruim
- Crianças pequeninas, recém-natos
- Jovens
- Idosos
- Respeitadores dos profissionais, os que reconhecem o trabalho da enfermagem, aqueles que aceitam e valorizam tudo o que se faz por ele.
- Os que têm vontade de curar-se, os que sonham curar-se

- Ver o tratamento dar certo, pela melhora do estado dos pacientes e quando têm bom prognóstico

Pontos negativos:

- Instáveis, agitados, agressivos, rebeldes, reclamam de tudo, nervosos, grosseiros, mal-educados, pessimistas
- Pouco comunicativos, fechados, de difícil acesso, calados, quietos
- Inseguros na doença
- Sofredores, com queixas de dor
- Pessoas tristes, deprimidas
- Pacientes com defeito físico, laringectomizados
- Os que lembram pessoas queridas
- Longo tempo de internação

Das justificativas relacionadas ao não gostar de cuidar do paciente, destacamos:

- Pacientes que gritam muito, agitados, temperamentais
- Confusos
- Sem educação, grosseiros, bruto com os familiares
- Exigentes, falantes, solicitação em demasia
- De difícil comunicação
- Apáticos, quando não se ajudam, não reagem, não colaboram
- “Chatos”, enjoados
- Bandidos, malandros
- Deprimidos
- Irritantes, insuportáveis

- Pessimistas, não aceitam a doença, resistentes ao tratamento
- Mal humorados
- Oportunistas
- Esquisitos
- Rebeldes, teimosos, criadores de conflitos
- Pacientes com seqüelas neurológicas
- Os que não reconhecem o trabalho da enfermagem, não colaboram com o profissional
- Pacientes ortopédicos
- Pacientes com aspiração constante
- Dependentes demais
- Pacientes contaminados
- Pacientes com mau-cheiro
- Paciente com má formação
- Alcoólatras
- Queimados
- Pacientes psiquiátricos
- Pacientes com doenças crônicas ou com evolução lenta
- Pacientes com acompanhante difícil
- Vida social difícil

Destas justificativas podemos depreender que, muitas vezes, por incapacidade dos membros da equipe de enfermagem em estabelecerem relacionamento satisfatório com os pacientes não conseguem compreender o caráter das necessidades dos doentes e nem sabem como oferecer-lhes ajuda.

Por outro lado, embora os comportamentos relatados possam ser considerados como reações normais, em face da experiência da doença, são atitudes que os levam à

formação de preconceitos aos relativos pacientes. Conseqüentemente, influenciam o modo como as pessoas agem em relação a outra, afetando sentimentos e condutas. Além disso, boa parte dos preconceitos baseiam-se, não só na ignorância, mas no medo e na própria sensação de insegurança.

Podemos concluir que os resultados destas questões vêm ao encontro do que rezam os trabalhos referidos, que serviram de suporte a este trabalho. Ainda que não fizéssemos comparações metodológicas ou ideológicas com o nosso trabalho, os resultados foram muito semelhantes.

Foi possível identificar diferenças nas opiniões dos membros da equipe quanto à facilidade de cuidar dos enfermos que possuem mais tempo de internação. Os atendentes e auxiliares, por serem os que mais tempo passam com os doentes, sentem que a experiência mais longa dos pacientes no hospital favorece o ato de “cuidar”. Há uma diferença entre os enfermeiros e os demais membros da equipe, pois foram aqueles que mais discordaram.

Houve concordância quanto à falta de comunicação e dependência dos pacientes serem os primeiros a receber cuidados de enfermagem. Novamente os enfermeiros foram os que mais discordaram na afirmação proposta.

Os membros da equipe de enfermagem não costumam ficar indiferentes ao trabalhar com doentes em fase terminal. No entanto, foram os atendentes e auxiliares os que menos concordaram com a premissa de que possuem dificuldade para trabalhar com pacientes nesta fase da doença. Talvez pela presença mais constante com tais pacientes, adquiram mais experiência nesta situação. São os que, por força de tarefas que lhes são distribuídas, conseguem desenvolver formas de trabalhar, favorecendo o relacionamento com este tipo de paciente.

Um trabalho, como a enfermagem, que leva seus profissionais a viverem momentos críticos da existência humana, como a fase final dela, promove a sensibilização. Quando isto não acontece, algo não está bem, considerando-se que fazer enfermagem é “gente que cuida de gente”.

O relacionamento humano, assim como o entendemos, é a parte mais importante das ações de enfermagem. Entretanto, houve diferenças de opinião entre os membros da equipe, no que tange à necessidade do paciente quando quer falar de seus problemas emocionais ou pessoais. O grupo que mais concordou foi o dos enfermeiros. Ainda assim, há aqueles que são indiferentes. As diferenças de opinião, segundo o nosso critério de avaliação, constituem uma deficiência, não somente no preparo dos profissionais, mas também, na educação continuada deles. As diferenças são preocupantes, pois para os profissionais de saúde, que entendem o ser humano com aspectos bio-psico-sócio-espirituais, identificar emoções presentes, no paciente, auxilia na compreensão de suas ações e de seu comportamento, visto ser o mesmo provocado, principalmente, por emoções.

Concluimos que há diferenças de opinião no seio da equipe de enfermagem, quanto a posturas diante do paciente. Daí a necessidade de melhor preparação do pessoal e, constante, avaliação de suas ações, para conviver bem com as diferenças e ir ao encontro das necessidades humanas básicas do paciente.

Como conclusão sobre a motivação da escolha da profissão, podemos dizer que ela foi feita por opção, pela maior parte dos entrevistados. Algumas pessoas a fizeram-na por acaso, e, a partir daí, assumiram a profissão e não a trocariam por outra. Houve grupo que recebeu influência de outras pessoas. Os menos influenciáveis foram os enfermeiros.

Podemos notar ainda que, muitas vezes, a busca por uma determinada profissão pode vir carregada de sonhos, desafios, ou estar ladeada por experiências tristes ou ruins, a exemplo do que sucedeu com 15,9% dos participantes deste estudo.

Os motivos dos membros da enfermagem a procurá-la como profissão, levamos a concordar com o que relata a literatura pertinente, **(HORTA, 1976 (a), 1976 (b); DANIEL, 1983; CHAO, 1992; DRUGGE, 1992)**, de que a enfermagem é, essencialmente, “cuidar”, “ajudar”, “relacionar”, “assistir”, “aliviar”.

Mas, quando em atividades assistenciais, alguns tipos mexem com os seus sentimentos, principalmente os pacientes terminais, a literatura recomenda **(KÜBLER-ROSS, 1981; SANTOS, 1983; BOEMER, 1985, 1986; TAKAHASHI, 1985; TELLIS,**

1987; CASSORLA, 1990), que nos preocupamos com o relacionamento com eles nesta fase da vida. É comum que estes doentes, não apenas possam sentir-se abandonados, como, de fato, isto pode acontecer. O abandono do paciente, por causa de impotência profissional, é relatado em muitos trabalhos (INGLES, 1961; PETERSON, 1967; KAMIYANA, 1972; Mc NELLIS, 1979; RUIZ, 1981; FERNICOLA, 1988; CASSORLA, 1990; FERREIRA, 1992), não somente dos médicos, mas também dos membros da equipe de enfermagem. O doente, muitas vezes, passa a ser um problema para estes profissionais.

Não constituiu surpresa que os profissionais estudados informassem de que estão bem no trabalho atual (75,5%). Um fator que concorre para isto é a maioria ter escolhido esta profissão por opção. Mesmo que tenha havido influência de alguma pessoa, informaram que não a trocariam por outra.

Mas, mesmo estando bem no trabalho, observamos que há setores em que jamais gostariam de trabalhar. Os exemplos mais comuns foram psiquiatria, pediatria, terapia intensiva e oncologia. Podemos concluir que ainda pairam sobre estes elementos alguns preconceitos com relação a estes setores. Na verdade, parece que demonstram medo: Medo do paciente psiquiátrico, histórico e cultural; medo em não compreender a criança e interpretar suas queixas, seus choros; medo da oncologia, porque a maior parte caminha para a morte.

Qualquer situação, momentaneamente insolúvel, o é para todos os membros de uma equipe. Portanto o sentimento de impotência deveria ser idêntico para todos. Entretanto, podemos concluir, neste trabalho, que os enfermeiros são os que mais sentimentos de impotência possuem.

Os resultados finais nos indicam que há necessidade de contínuo aprimoramento profissional. Assim sendo, a criação de programas de enfermagem de ligação, em que fossem inseridos profissionais especializados em saúde mental, pode ser importante, não somente para os membros da equipe de enfermagem, como também para os próprios pacientes que apresentam comportamentos “difíceis”.



***7 - SUMMARY***

The purposes of this study were to discuss nursing staff's feelings, working in the medical-surgical wards about taking care of patients considered "difficult".

The informations were obtained interviewing 176 persons working in the medical-surgical wards of a governmental university hospital of São Paulo State.

Those persons belonged to four professional categories namely: nurses, auxiliary nursing, technical nursing and attendant (brasilian nursing categories).

The study showed how the patients are identified as "difficult" by nursing staff and the reasons for this classification.

Finally, from both patients and nursing staff emerge from situations where patients display problematic behavior.



## **8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<sup>1</sup> - Seguiram-se as normas do "Manual de Orientação-Referências Bibliográficas" do Serviço de Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1991. As normas adotadas neste manual estão baseadas nas recomendações do Grupo de Estudos de Referências Bibliográficas do Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, que desenvolveu estudos comparando a NB- 66/48 e a NBR- 6023/89, normas da ABNT sobre referências bibliográficas. Este grupo propôs algumas adaptações, mais correntes às necessidades da comunidade universitária.

ABBOUD, M. Dotação de pessoal na organização hospitalar. São Paulo. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV/HC/FMUSP, s.d., p.9 (apostila).

ALCALÁ, M. U. et al. *Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência*. São Paulo. Superintendência Médico Hospitalar de Urgência, p.47, 1982.

ARANTES, E. C. et al. Estabelecimento de limites como medida terapêutica de relacionamento enfermeiro-paciente. *Rev. Esc. Enf. Usp.*, v.15, n.2, p.155-56, 1981.

ARANTES, E. C. et al. Relacionamento terapêutico: considerações teóricas e relato de uma experiência. *Rev. Esc. Enf. Usp.*, v.13, n.3, p.217-33, 1973a.

ARANTES, E. C. O ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica. *Rev. Bras. Enf.*, v.26, n.6, p.438-46, 1973b.

ASWORTH, P. Nursing problems patients. *Nurs. Mirror*, v.160, n.22, p.30-3. 1985.

BAPTISTA, W. A. *Contribuição ao estudo da assistência de enfermagem: análise de alguns fatores relacionados a administração em enfermagem que podem interferir na assistência ao paciente*. 1979. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BARNES, E. An examination of nurses' feelings about patients with specific needs. *J. of Advanced Nursing*. n.15, p.703-11, 1990.

BEHYMER, A. F. Interaction patterns and attitudes of affiliate students in a psychiatric hospital. *Nursing Outlook*. v.1, p.205-7, 1953.

- BLEGER, J. *Psicologia da conduta*. Porto Alegre. Trad. de Emília Oliveira Dihel. Artes Médicas. 1984.
- BOEMER, M. *A morte, o morrer e o morrendo: estudo de pacientes terminais*. 1985. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 205p.
- BOEMER, M. *A morte e o morrer*. Cortez. São Paulo, 1986. p.15-7.
- BOTEGA, N. J. *No hospital geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra*. 1989. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- BRASIL, Leis, etc. Decreto Lei n. 94.406, 8 de junho de 1987. Regulamenta a lei 7.498 que dispõe sobre o exercício de enfermagem, e dá outras providências. *Código de Ética*. Conselho Regional de Enfermagem, São Paulo. p.31-5, 1993.
- BRASIL, Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. *Manual de Instruções - Tabela de Ocupação Principal*, p.31, 1994.
- BRIGHTON, R. M. Doing Mrs. Angelo a favor. *Nursing85*. p.44-6, 1985
- BUSH, P. J. The male nurse: a challenge to traditional role identification. *Nursing Forum*. v.4, n.96, 1985.
- CABRAL, M. A. *Aspectos psicossociais dos pacientes acometidos de artrite reumatóide*. 1985. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

CAMPEDELLI, M. C. et al. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.21, n.1, p.3-15, 1987.

CAMPINAS (Cidade) População de Campinas - Prefeitura Municipal - Secretaria de Planejamento. *Sumário de Dados*. n.1, 1993.

CARVALHO, D. V. et al. Assistência de enfermagem a pacientes com manifestações de distúrbio emocional, internados em unidades de internação médico-cirúrgica. *Rev. Paul. Enf.*, v.5, n.1, p. 32-7, 1985.

CASSORLA, R. M. S. Lidando com aids: uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional. *Rev. Fac. Ciên. Médicas*, v.2, n.1, p.24-30, 1990.

CASTELLANOS, B. E. P. Cuidados de enfermagem: modelagem de comportamento. *Rev. Nov. Dimens.*,v.3, n.4, p.244-49, 1979.

CARVALHO, V. A. A relação de ajuda e a totalidade a política de enfermagem. In: Anais Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31, Brasília, 1980.

CHAO, Y. A unique concept of nursing. *Intern. Nurs. Review*. v.30, n.6, p.181-4, 1992.

COCHRAN, W.G. *Técnicas de muestreo*. (Traduzido por Andres Sestier Bouclier) Cia. Ed. Continental, S.A. de C.V. Mexico, 1980 . p.108. Título original "Sampling Techniques", John Wiley & Sons, INC, 1977.

COMARÚ, M.N. Paciente hospitalizado - atuação da enfermeira na prevenção de limitações físicas. *Rev. Bras. Enf.*, v.28, n.4, p.22-9, 1975.

COMARÚ, M. N.; CAMARGO, C. de A. Paciente com amputação de membros inferiores. Problema de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.* v.27, n.2, p.164-174, 1974.

CONFERÊNCIA DO EPISCOPADO LATINO-AMERICANO, 4, Santo Domingo, 2. Ed., São Paulo, Paulinas, 1992. p.261. In: MACHADO, A. L. *Um estudo das práticas religiosas do doente mental internado: incidências, influências e história de vida*. Campinas. 1993. Tese (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - SÃO PAULO. *Boletim Informativo COREN-SP*. v17, n.4, p.3, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM ; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Força de trabalho na enfermagem*. Brasília, 1985.

COSTA, A. E. Característica do paciente psiquiátrico considerado problemático. *Rev. Bras. Enf.*, v.30, n.1, p.39, 1978.

DABOIT, A. A.; VAZ, N. F. Assistência de enfermagem frente às variações comportamentais do paciente em clínica geral. *Rev. Bras. Enf.*, v.31, n.4, p.443, 1978.

DANIEL, L. F. *Atitudes interpessoais em enfermagem*. São Paulo, EPU, 1983.

DAVIS, A. J. Nursing and medical student attitudes towards nursing disclosure of information to patients: a pilot study. *J. of Advanced Nursing*. n.12, p.529-33, 1986

DE MARTINO, M. N. F. *Alterações circadianas dos sinais e de estados emocionais e mudanças de atitudes em enfermeiros em função do trabalho noturno*. Ribeirão Preto. SP. 1989. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

- DI LÁSCIO, C. M. D. S. Satisfação no desempenho profissional do enfermeiro: estudo sobre necessidade psicossociais. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.14, n.3, p.321-31, 1980.
- DRUGGE, S. Essence of nursing. *The Canadian Nurse*. v.32,n.28, p.28, 1992
- DUTRA, V. de O. Administração de recursos no hospital. In: GONÇALVES, E. L. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. Pioneira, 1983. cap.2, p.67-114.
- ELMS, R. ; DIERS, D. The patient comes to the hospital. *Nursing Forum*, v.2, n.3, p. 88-89, 1963.
- ELSAS, B. X. *Intercorrências psiquiátricas em hospital geral*. Natal, RN. Universitária, 1979. p. 39. (Cadernos Científicos da ABEn).
- EPSTEIN, C. *Interação efetiva na enfermagem*. São Paulo. EPU-EDUSP, 1977.
- FAIRBAIRN, W. R. D. *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires, Hormé/Paidós. 1962.
- FELDMANN, M. A. *Administração do serviço de enfermagem*. São Paulo. União Social Camiliana, p.138, s.d.
- FENICHEL, E. *Teoria psicanalítica das neuroses*. (Trad. Samuel Pena Reis), São Paulo. Ed. Atheneu, 1981.
- FERNICOLA, J. Stigmatization by nurses of patients with sel-inflicted illnesses. (tese não publicada). Yale University School of Nursing. In: PODRANSKY, D. L.; SEXTON, D. L. Nurses' reactions to difficult patients. *Image*. v.20, n.1, p.16-21, 1988.

- FERREIRA, N. M. L. A . Assistência emocional - dificuldades do enfermeiro. *Rev. Baiana Enf.*, Salvador, v.5, n.1, p.30-41, 1992.
- FOTTER, M. D. Attitudes of female nurses towards the male nurses: a study of acceptance segregation. *J. of Health and Social Behavior*. n 17, p.187, 1976.
- FRAGA, M. N. et al. Influência das percepções, observações e anotações do enfermeiro sobre as ações da equipe de saúde no atendimento do paciente psiquiátrico. *Rev. Bras. Enf.*, v.33, n.2, p.223-35, 1980.
- FRANCISCO FILHO, J. *Estudo sobre as emoções dos estudantes de enfermagem em disciplinas profissionais : uma contribuição aos educadores*. Ribeirão Preto. 1990. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- GARCIA, Z. H. P. *Opiniões do pessoal de enfermagem, da área médico-cirúrgica, sobre pacientes com perturbação mental*. São Paulo. 1982. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- GIARDINA-ROCHE, C. Attitudes of diploma student nurses towards adult clients. *J. of Nursing Education*. v.29, n.5, p.208-14, 1990.
- GIGLIO, J. S. *Bem estar emocional em estudantes universitários: um estudo preliminar*. Campinas, 1976. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- GOFFMAN, E. *Estigma*. 4.ed. Guanabara S.A., Rio de Janeiro, 1988
- GREEN, C. How recognize hostility and what to do about it. *Am. J. Nurs.* p.1230-4, 1986.

- HARLOW, P.; GOBY, M. Changing nursing students attitudes toward alcoholic patients: examining effects of a clinical practicum. *Nursing Research*, v.20, n.1, p. 59-60, 1980.
- HIGLEY, B.L.; NORRIS, C.M. When a student dislike a patient. *Am. J. Nurs.* v.9, p.1167, 1957.
- HIRST, P. Understanding the difficult patient. *Nursing Management*. v.14, n.2, p.68-70, 1983.
- HOJAJI, C. R. O paciente psiquiátrico no hospital geral. *Prát. Méd.*, v.2, n.3, p.12-4. 1980.
- HOLT, J. Mr. MacLean had two words for us "I can't". *Nursing92*. p.52-3, 1992
- HORTA, W. A. Gente que cuida de gente. \Editorial\ *Enf. Novas Dimens.*, v.2, n.4, p.1, 1976.
- HORTA, W. A. Os mitos da enfermagem. *Enf. Novas Dimens.* n.1, v.2, p.60-3, 1976b.
- HORTA, W. Processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. *Enf. Novas Dimes.*, v.1, n.1, p.10-6, 1975
- HORTA. W. ; KAMIYAMA, Y. Estudo preliminar sobre o grau de satisfação do paciente hospitalizado em relação à assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, v.26, n.1 e 2, p.81-92, 1973.
- INGLES, T. Understanding the nurse/patient relationship. *Nursing Outlook*. v.9, p.698-700, 1961.

IRVING, S. *Enfermagem psiquiátrica básica*. 2.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979, p.239-254.

JONES, M. K. For the patient who makes caring difficult. *Nursing*86, p.45, 1986.

KAMIYAMA, Y. *Assistência centrada na identidade social: aspectos psicossociais do cuidado de enfermagem ao paciente com hepatite infecciosa*. São Paulo. 1979. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

KAMIYAMA, Y. *Doente hospitalizado e sua percepção quanto a prioridade de seus problemas*. São Paulo. 1972. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

KING, I. *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York. John Wiley & Sons. Inc., 1981.

KLEEHAMER, K. Nursing student' perceptions of anxiety - producing in the clinical setting. *J. of Nursing Education*. n.29, v.4, 183-7, 1990.

KNOBEL, M. *Entrevista na adolescência*. Material didático dos cursos de setor de adolescência do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 1982. (trabalho não publicado).

KNOBEL, M. Psicoterapia: comunicação verbal e não verbal. *Rev. de Psicol. da Pontifícia Universidade Católica de Campinas*. v.1, n.2, 1984.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. (Trad. Paulo Menezes). Martins Fontes. 1ª ed., São Paulo. 1991. p.147-62.

- KUS, R.J. Nurses and unpopular patients. *Am. J. Nurs.*, p. 62-6, 1990.
- LARSON, P. A. Nurse perception of patient characteristics. *Nursing Research*, v.26, n.6, p.416-421,1977.
- LEININGER, M. Becoming aware of types of health paracticioners and cultural imposition. *J. Transcultural Nursing*. v.2, n.2, 1991.
- LEITE, A. A. As emoções da estudante de enfermagem face ao seu ajustamento profiissional. *Rev. Bras. Enf.* v.24, n.6, p.165-174, 1971.
- LEWIS, J. A. Reflexion on self. *Am. J. Nurs.*, v.60, n.6, p.828-30, 1960.
- MACHADO, A. L. *Um estudo das práticas religiosas do doente mental internado: incidências, influências e história de vida*. Campinas. 1993 Tese (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- MALLISON, M. Putting your patient-care philosophy to test. *Am. J. Nurs.* v.39, n.8, p.1021, 1989.
- MANZOLLI, M. C. Observações e anotações de aspectos psicológicos do paciente pelo enfermeiro - considerações. *Enf. Nov. Dimens.* v.4, n.2, p.75-8, 1978.
- MANZOLLI, M.C. *Relacionamento em enfermagem - Aspectos Psicológicos*. Servier. São Paulo, 1989.
- MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. 2.ed., NewYork, Harper & Row Publishers, 1970.

MATHENEY, V.; TOPALIS, M. La enfermera y el paciente. In: *Enfermeria Psiquiátrica*. 5.ed., México, Interamericana, 1971. cap7, p.90-104.

MAY, C. Research on nursing patient relationship: problems of theory, problems of practice. *J. of Advanced Nursing*. n.15, p.307-15, 1990.

McGREGOR, F. C. Uncooperative patients: some cultural interpretations . *Am. J. Nurs.*, v.67, n.1, p.88-91, 1967

McNELLIS, N.P. - Are there true problem patients? *Am. J. Nurs.*, v.79, n.10, p.320-22, 1979.

MEDICE, A. et al. A força de trabalho em saúde: aspectos teóricos conceituais e metodológicos (mimeografiado) in: PITTA, A. *O hospital - dor e morte como ofício*. Hucitec. São Paulo, 1990.

MELLO, C. *A divisão social do trabalho de enfermagem*. São Paulo, Cortez, 1986.

MENZIES, I. E. P. *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade*. Londres. 1970. Folheto n.956. (Trad. de Aracy M.R.).

MARENESS, D. ; KARNOSH, L. J. Como mejorar los cuidados de enfermeria psiquiátrica en el individuo fisicamente enfermo. In: *Elementos de Enfermeria Psiquiátrica*. México, Prensa Médica Mexicana, 1964. Cap.9, p.108-15.

MONTEGOMERY, C. L. How to set limits when a patient demands too much. *Am. J. Nurs.* p. 365-6, 1987.

NIGHTINGALE, F. Notes on nursing: what is, and what is not. Philadelphia. Lippincott. 1945 (facsimile pf the first, 2. ed.), 1959.

- NORONHA, R. *Experiência participativa mobilizadora de enfermagem - condições prévias para o auto-cuidado*. Rio de Janeiro. 1984. Tese (Mestrado) Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- NORRIS, C. M. The nurse and the crying patient. *Am. J. Nurs.*, v.57, n.3, p.323-327, 1957.
- OLIVEIRA, A. de L. *Contribuição ao estudo do conhecimento de enfermeiras e obstetizas que trabalham em unidades de neonatologia, puerpério e centro obstétrico, sobre alguns aspectos da assistência global ao recém-nascido normal, durante sua permanência na unidade neonatalógica de maternidades e hospitais, do município de São Paulo*. São Paulo. 1982. Tese (Mestrado). Área de Conhecimento em Enfermagem Pediátrica e Pediatria Social. Escola Paulista de Medicina.
- ORLANDO, I. J. *O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente*. São Paulo. EDU/EDUSP, 1978.
- PEPLAU, H. E. *Interpersonal relations in nursing*. New York. G. P. Putnam's Sons., 1952.
- PETERSON, D. I. Developing the difficult patient. *Am. J. Nurs.* v.3, p. 352, 1967.
- PISARSIC, G. Recognizing a patient's potencial for violence. *Nursing Life*. p.36, 1987.
- PITTA, A. *O hospital - dor e morte como ofício*. Hucitec. São Paulo, p.132, 1990.
- PODRASKY, D. L. ; SEXTON, D. L. Nurses reations to the difficult patients . *Image - J. of Nursing Scholarship*, v. 2, n.1, p.16-21, 1988.

REVISTA ISTO É SENHOR. Católicos em guerra santa. São Paulo, v.12, n.328, p.48-54, 1993.

RITVO, M. N. - Who are: "good" and "bad" patient? *The Modern Hospital* . v.100, n.60, p.79-81, 1963.

ROGERS, M. *An introduction to the theoretical bases of nursing*. Philadelphia, F.A. Davis Co., 1970.

ROGNESS, H. Man nurses students: how they perceive their situation: a study surveys his classmates. *Nursing Outlook*. n 24, p.304, 1976.

ROPER, N. et al. *Learning to use the process of nursing*. New York, Churchill Livingstone, 1988.

RUIZ, M. J. Open-closed mindedness, intolerance of ambiguity and nursing faculty attitudes toward culturally different patients. *Nursing Research*, v.30, n.3, P.177-81, 1981.

SÁ, E. S. de et al. *Manual de normatização de trabalhos técnicos, científicos e culturais*. Rio de Janeiro. Vozes. 1994. p.78.

SANTOS, C. A. F. *Os profissionais de saúde enfrentam-negam a morte*. In: MARTINS, J. de S. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. Hucitec. São Paulo. Cap. I, p. 15-24, 1983.

SANTOS, S. R. dos Cálculo de pessoal de enfermagem: estudo de dois métodos. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.26, n.2, p.137-54, 1992.

- SARANO, J. *O relacionamento com o doente: dificuldades e perspectivas no relacionamento entre terapeutas e clientes*. E.P.U. São Paulo. 1978.
- SCHURTZ, D. R. - Uncooperative patients? *Am. J. Nurs.*, v.58, p.75-7, 1958.
- SEROSI, G. M. - A critical theory: the nurse as a fully human person. *Nursing Forum*, v.4, n.4, p.349, 1968.
- SHULMAN, B. H. et al. The contributions of a psychiatric nurse on medical service. *Perspect. Psychiat. Care*, v.14, p.2-4, 1972.
- SILVA, A. G. C. R. R. da *Adolescência, modalidades relacionais e utilização de psicofarmacos*. 1988. Tese (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 333p.
- SILVA, J. A. da; SILVA, M. J. Expressões faciais e emoções humanas. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 46, Porto Alegre, 1994. *Anais*.
- SIMÕES, C. Glossário de enfermagem. *Cadernos de Enfermagem da ABEn*. n.3, 1980.
- SOUZA, E. de F. *Manual de enfermagem*. Cultura Médica. 6.ed., 1978. p.23-4.
- STEFANELLI, M. C. Importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.15, n.3, p.239-245, 1981.
- STOCKWELL, F. *The nursing process in psychiatric nursing*. Croon Helm. London, 1985.
- STOCKWELL, F. *The unpopular patient*. Royal College of Nursing, 1972. p.14-17.
- TADESCO-CARRERAS, P. Communicating with difficult patients. *Imprint*. 1986.

- TAKAHASHI, E. I. U. As fontes de stresse emcional que afetam a enfermeira na assistência à criança grave. *Rev. Enf. USP.* v,19, n.1, p.5-20, 1985.
- TALLEY, S. et al. Effect of psychiatric liason nurse specialist consultation on care of medical-surgical patients with stress. *Archives of Psychiatric Nursing.* v.14, n.2, p.114-23, 1990.
- TAYLOR, C. M. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness*; 13. ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1992. (Trad. Dayse Batista).
- TEIXEIRA, M. B. et al. Desenvolvimento do sentimento de confiança no relacionamento enfermeira-paciente. *Rev. Paul. Enf.*, v.5, n.1, p.12-14, 1985.
- TELLIS, C. M. T. *Estudo sobre algumas características do comportamento de pacientes com câncer avançado.* Campinas. 1987. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- TURATO , E. R. *Infarto do miocárdio : histórias de vida e opiniões de pacientes.* Campinas. 1987. Tese. (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- VESTAL, C. Men nurses: who needs them? *Imprint.* 1983.
- YUEN, F. K. H. The nurse-client relaonship: a mutual experience. *J. of Advanced Nursing.* n.11, p.529-33, 1986.
- YURA, H. *The nursing process.* 2 ed. Appleton-Century-Grofts. New York, 1973.
- WHITLEY, G. G. Anxiety - defining the diagnosis. *J. Psychossocial Nursing.* n.10, v.21, p.7-12, 1989.



*9 - ANEXOS*

## **ANEXO I**

### **“RAPPORT”**

*PREZADO COLEGA*

*Meu nome é José Francisco Filho e sou estudante do Curso de Pós-Graduação, Área de Saúde Mental, Nível Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e também, Professor Assistente do Departamento de Enfermagem, da mesma Faculdade.*

*Estou realizando um trabalho de pesquisa como parte do programa de doutorado e que tem por tema : o relacionamento do pessoal de enfermagem com pacientes considerados “difíceis”*

*Estou pedindo que você responda, por gentileza, aos questionamentos que se seguem e sem a influência de outras pessoas. Gostaria que as respostas fossem pessoais.*

*Cumpre-me informar-lhe que as suas respostas são muito importantes para que eu possa contribuir e sugerir rumos à assistência de enfermagem, bem como, acredito, possa estar colaborando para o desenvolvimento de nossa profissão.*

*PEÇO-LHE, ENCARECIDAMENTE, QUE ATENDA À SOLICITAÇÃO SEM RECEIOS, POIS GARANTO-LHE O MAIS ABSOLUTO SIGILO DAS RESPOSTAS. ELAS SÃO MUITO IMPORTANTES, POIS VOCÊ FOI SORTEADO/A, ALEATORIAMENTE, PARA FAZER PARTE DESTA PESQUISA.*

*Muito Obrigado*

***José Francisco Filho***

## ***ESQUEMA DE COLETA DADOS I***

(Assinale com um “x “ entre os colchetes ou complete as linhas pontilhadas)

### **1 - Categorização do Quadro de Pessoal de Enfermagem:**

1.1 - Unidade de internação em que está trabalhando atualmente (escreva o nome)

.....

1.2 - Grau Profissional.

a - Enfermeiro/a

b - Técnico/a

c - Auxiliar

d - Atendente

1.3 - Sexo

a - Masculino

b - Feminino

1.4 - Nascimento:

a - Data do nascimento.....

b - Cidade.....

c - Estado.....

d - Estrangeiro (escrever o nome do país) .....

1.5 - Religião:

a - Católica

b - Protestante

Especificar.....

c - Pentecostal

Especificar.....

*(Continua na próxima página)*

(Continuação da página anterior)

- d - Espírita
- e - Culto Afro-Brasileiro (Umbanda, Candomblé ou outro)  
Especificar .....
- f - Judaica
- g - Outra                      Especificar.....
- h - Não tem Religião
- i - Prática de duas destas    Especificar.....
  
- j - Mistura de Religiões    Especificar.....

#### 1.6 - Intensidade da Prática Religiosa

- a - Praticante                       b- Não Praticante
- c - Participante de Movimentos Religiosos

#### 1.7 - Local de Residência Atual

Cidade (Escrever o Nome) .....

#### 1.8 - Meio de Transporte Utilizado Para Chegar ao Trabalho

- a - Ônibus Coletivo
- b - Ônibus Fretado
- c - Condução Própria
- d - Carona
- e - Bicicleta
- f - A pé
- g - Outro              Qual ? .....

1.9 - Tempo gasto para chegar ao trabalho.....

1.10 - Qual é ou qual foi a ocupação mais importante de sua mãe ?

.....

1.11 - Qual é ou qual foi a ocupação mais importante do seu pai ?

.....

1-12 - Escola ou Faculdade na qual se formou (escreva o nome completo ou deixe em branco, se  
você for atendente) .....

1.13 - Há quanto tempo você trabalha em atividades de enfermagem? (Escreva em anos)

.....

1-14 - Há quanto tempo você trabalha neste hospital? (Escreva em anos)

.....

1-15 - Há quanto tempo você trabalha nesta enfermaria? (Escreva em anos)

.....

1-16 - Qual a sua participação na vida econômica da família?

( ) a - Trabalha, mas recebe ajuda financeira da família ou de outras  
pessoas.

( ) b - Trabalha e é responsável pelo seu próprio sustento e  
contribui parcialmente para o sustento da família ou de outra  
pessoa.

( ) c - Trabalha e é o principal responsável pelo sustento da família.

1.17 - Qualificação Profissional:

- a - Enfermeiro/a Graduado/a
- b - Enfermeiro/a Especializado  
Especificar.....
- c - Enfermeiro Mestre  
Especificar:.....
- d - Enfermeiro Doutor  
Especificar.....
- e - Técnico de Enfermagem (Citar a área de maior treinamento)  
.....
- f - Auxiliar de Enfermagem ( Citar a área de maior  
treinamento)  
.....
- g - Atendente (Citar a área de maior treinamento)  
.....

1.18 - Assinale entre os parênteses as palavras correspondentes às áreas nas quais  
você tenha atuado ao longo de suas experiências profissionais (assinale as cinco  
mais importantes)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a- Ortopedia      | <input type="checkbox"/> l- Otorrinolaringologia         |
| <input type="checkbox"/> b- Gastroclínica  | <input type="checkbox"/> m- Oftalmologia                 |
| <input type="checkbox"/> c- Neurologia     | <input type="checkbox"/> n- Psiquiatria                  |
| <input type="checkbox"/> d- Vascular       | <input type="checkbox"/> o- Oncologia                    |
| <input type="checkbox"/> e- Renal          | <input type="checkbox"/> p- Doenças Transmissíveis       |
| <input type="checkbox"/> f- Cardiologia    | <input type="checkbox"/> q- Pediatria                    |
| <input type="checkbox"/> g- Obstetria      | <input type="checkbox"/> r- Pronto Socorro               |
| <input type="checkbox"/> h- Hematologia    | <input type="checkbox"/> s- Centro Cirúrgico             |
| <input type="checkbox"/> i- Dermatologia   | <input type="checkbox"/> t- Ensino de Enfermagem         |
| <input type="checkbox"/> j- Endocrinologia | <input type="checkbox"/> u- Administração                |
| <input type="checkbox"/> k- Urologia       | <input type="checkbox"/> v- Cirurgia de cabeça e pescoço |



## ESQUEMA DE COLETA DE DADOS III

### 1- Lista de afirmações sobre o Paciente.

Abaixo há uma lista de afirmações sobre pacientes.

Por favor, indique-nos o que você sente, ou como reage a estas afirmações, checando, APENAS, a coluna que coincidir com o seu sentimento.

AFIRMAÇÕES	CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO POUCO	DISCORDO PLENAMENTE
1 - Quanto maior for a experiência do paciente no hospital é mais fácil cuidar dele					
2 - Os pacientes que se ajudam, são mais simpáticos para o pessoal de enfermagem					
3 - Os pacientes mais jovens são os que dão mais trabalho que os velhos					
4 - O paciente com bons hábitos de higiene é uma maravilha					
5 - O paciente que solicita muito irrita o pessoal de enfermagem					
6 - Quando o paciente fala mais de seus problemas pessoais, o pessoal de enfermagem o trata com mais carinho					
7 - Paciente que expressam gratidão, receberão mais atenção do pessoal de enfermagem					
8 - Quando a família do paciente presenteia o pessoal de enfermagem, o paciente é bem tratado					
9 - Pacientes sem comunicação e dependentes do pessoal de enfermagem sempre são atendidos em primeiro lugar					
10 - Um paciente bem educado satisfaz mais o pessoal de enfermagem					

11 - Um paciente colaborador melhora mais rápido do que aquele que não colabora					
12- Os pacientes precisam ser adaptáveis para saírem bem do hospital					
13 - É muito bom, de acordo com o ponto de vista do pessoal de enfermagem, quando os pacientes querem falar de seus problemas pessoais					
14 - Os homens são mais fáceis de serem cuidados					
15 - Pacientes muito complicados me tomam muito tempo					
16 - Tenho muita dificuldade em trabalhar com o paciente em fase terminal					
17 - Quando vejo paciente que me lembram alguma situação ruim que eu já tenha vivido ou vivo, fico pensando nele o dia todo					
18 - Fico um pouco irritado/a com os pacientes que recusam o tratamento prescrito pelos médicos e pelos enfermeiros					
19 - Pacientes com deformação física chocam mais o pessoal de enfermagem					
20 - Quando o paciente é rebelde, sempre é necessário impor-lhe limites					
21 - Um paciente queixoso sempre tem razão					
22 - Paciente mais ricos, dão mais trabalho para o pessoal de enfermagem					
23 - Todos os pacientes, ao meu ver, devem receber os mesmos cuidados de enfermagem					
24 - Tenho medo de ser contaminado, pelos pacientes, converso com eles, mas, de longe					

## ***ESQUEMA DE COLETA DE DADOS IV***

### **1 - Motivação para a escolha da profissão**

1.1 - Que motivos o/a levaram a escolher a enfermagem como profissão?

.....  
.....

1.2 - Houve algum fato importante na sua vida na época da escolha da profissão e, se houve, que fatos foram estes?

.....  
.....  
.....

1.3 - Há algum tipo de paciente que mexe com você ou lhe representa algum situação de sua vida?

.....  
.....  
.....

### **2 - Serviço em que trabalha**

2.1 - Como você está em seu trabalho? Está bem ou não (Explique)

.....  
.....  
.....  
.....

2.2 - Em que serviços gostaria de trabalhar?

.....  
.....

2.3 - Qual o serviço em que mais se realizou?

.....  
.....

2.4 - Qual o serviço em que mais você não gostaria de trabalhar?

.....  
.....

2.5 - Já se sentiu impotente diante de situações difíceis no serviço ao cuidar de um paciente? (Explique)

.....  
.....  
.....

2.6 - O saber o diagnóstico médico, interfere ou não nos cuidados de enfermagem?

.....  
.....

2.7 - Um paciente com defeito físico ou de aparência que você considera anormal chega a mexer com os seus sentimentos e interferir no seu trabalho?

.....

.....

.....

2.8 - O não recebimento de visitas, por parte dos pacientes, interfere no seu trabalho junto a ele? (Explique)

.....

.....

.....

2.9 - Comente sobre um tipo de paciente que mexe muito com você.

.....

.....

.....

2.10 - Espaço reservado para qualquer comentário que queira fazer.

.....

.....

.....

.....



15-Pacientes muito complicados me tomam muito tempo	36	14	2	2	3	5	6	7	3	1	2	19	13	17	3	11	7	8	3	2	3	4	5
16-Tenho muita dificuldade em trabalhar com pacientes em fase terminal	6	19	15	5	15	2	2	5	7	2	3	7	12	16	4	26	5	1	1	4	4	10	5
17-Quando vejo um paciente que me lembra alguma situação ruim, que eu já tenha vivido ou vivo, fico pensando nele o tempo todo	3	15	11	6	25	2	2	9	1	1	6	10	9	11	10	25	5	4	5	1	1	8	6
18-Fico um pouco irritado(a) com os pacientes que recusam o tratamento prescrito pelos médicos e pelos enfermeiros.	19	20	6	7	8	2	2	7	2	3	5	15	19	16	7	9	4	6	4	6	3	6	6
19-Pacientes com deformações físicas chocam mais o pessoal de enfermagem	15	18	6	10	11	2	6	4	3	4	3	15	16	13	6	15	5	3	2	4	1	9	6
20-Quando o paciente é rebelde sempre é necessário impor-lhe limites	39	17		2	2	2	14	4			1	46	16	1	2	1	4	14	3	2		1	5
21-Lim paciente queixoso sempre tem razão	2	14		10	34	2		5	1	4	9	5	13	6	9	32	5	1	8	2	2	5	7
22-Pacientes mais ricos dão mais trabalho para o pessoal de enfermagem	18	20	9	7	6	2	5	6	3	4	1	14	20	13	7	12	4	8	1	4	2	5	5
23-Todos os pacientes, a meu ver, devem receber os mesmos cuidados de enfermagem	51	5		2	2	2	18	1				61	1	2	2	4	4	19				1	5
24-Tenho medo de ser contaminado pelos pacientes, converso com eles, mas de longe.		4	7	1	48	2		4	2	1	12		3	13	8	42	4		2	3		14	6